

**МУКАЧІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ (УКРАЇНА)
ГУМАНІСТИЧНО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. ЯНА ДЛУГОША
В МІСТІ ЧЕНСТОХОВІ (ПОЛЬЩА)**

**ISSN (print) 2617-0833
ISSN (online) 2617-0841**

**Міжнародний науковий журнал
«ОСВІТА І НАУКА»**

**ПРИРОДНИЧІ ТА ТЕХНІЧНІ НАУКИ
ГУМАНІТАРНІ ТА СУСПІЛЬНІ НАУКИ
ЕКОНОМІЧНІ НАУКИ**

Виходить два рази на рік

Випуск 1(34) 2023

МУКАЧЕВО-ЧЕНСТОХОВА

УДК 159.942.5:316.772.4:614.253(045)**ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ ПАЦІЄНТА У СПІЛКУВАННІ З ЛІКАРЕМ**
Щербан Т. Д., Долинай Т. Т.**PSYCHOEMOTIONAL STATES OF THE PATIENT IN COMMUNICATION
WITH THE DOCTOR**

Shcherban Tetiana, Dolynay Tyberiy

У статті розглядається специфіка організації комунікації лікаря через врахування психоемоційних станів пацієнта. Доводиться, що негативні психоемоційні здійснюють деструктивний вплив на процес лікування. У статті представлено результати діагностичного дослідження психоемоційних станів хворих. Зазначено, що до процесу лікування пацієнтів з негативними психоемоційними станами потрібно залучати психологів.

Ключові слова: комунікативна компетентність лікаря, партнерська модель спілкування, психоемоційні стани пацієнта, самопочуття, процес лікування.

The article examines the specifics of the doctor's communicative competence by taking into account the psycho-emotional states of the patient. It is noted that negative psycho-emotional states can exert a destructive influence, hinder the treatment process. In order to determine the emotional state, the doctor can carry out appropriate diagnostics at the stage of medical laboratory research. The article presents the results of a diagnostic study of psychoemotional states of patients. It was established that the vast majority of clients have a positive sense of well-being. However, 15% of respondents have a negative feeling of well-being. Such patients may feel fear, anger, sadness, despair or hopelessness. They can feel bad intentions and aggressiveness; feeling of impossibility to achieve a positive result in treatment, etc. It is precisely such negative psycho-emotional states that cause a significant violation of the treatment capabilities of the individual, make healing difficult, communication with such patients is difficult. It is noted that it is necessary to involve psychologists in the process of treatment of such patients, who will be able to adjust their motivation for healing. Prospects for further scientific research can be seen in the development of training for the correction of psycho-emotional states of individuals with various somatic diseases.

Keywords: communicative competence of the doctor, partner model of communication, psycho-emotional states of the patient, well-being, treatment process.

Проблема реформування медичної галузі висуває нові вимоги до роботи лікаря. Формування комунікації між лікарем та пацієнтом характеризується заміною авторитарної моделі спілкування на партнерську. Саме партнерська модель спілкування забезпечує активну участь і хворого і медика у процесі зцілення. Лише за допомогою спільної співпраці можна досягти успіхів у лікуванні. Однією з причин недостатньої медичної допомоги є невміння, неготовність лікарів спілкуватися з пацієнтами, будувати з ними ефективні

міжособистісні взаємовідносини. Сьогодні медик повинен мати не тільки професійні, фахові знання, а бути і вмілим психологом, володіти комунікативною компетентністю.

Комунікативна компетентність лікаря має свою специфіку та особливості. Преш за все, у комунікації хворого та медика реалізуються їх здатності до продуктивних взаємин: лікар, як суб'єкт процесу лікування, сприяє розумінню пацієнтом зусиль медиків та відповідних препаратів. Про те, цілительно необхідно враховувати, що під тиском хвороби пацієнти часто відчують стрес, дискомфорт, сильне емоційне напруження, негативний психоемоційний стан. Лікар, як психолог, повинен враховувати емоції та психічні стани пацієнта в організації їх спільної взаємодії.

Ознакою сьогодення українського соціуму є гостре переживання інтенсивного почуття тривоги, через тиск війни та воєнного стану. Майже кожний індивід має негативні психоемоційні стани, зокрема і лікар і пацієнт. Саме ці обставини загострюють різні психосоматичні хвороби і утруднюють процес лікування. Емоції визначають якість лікування. Вони можуть сприяти одужанню, але можуть здійснювати негативний вплив, перешкоджати цьому процесу. Тому медику, спочатку необхідно визначити психоемоційний стан пацієнта, зрозуміти його відношення до процесу лікування спрямовувати емоційну поведінку в конструктивне русло. Отже, актуалізується потреби розвитку у медиків навиків: діагностування, корекції психоемоційних станів пацієнтів; керування власними емоціями; спілкування з клієнтами з різним рівнем тривожності.

Проблема психології взаємин лікаря та пацієнта досліджувалася багатьма українськими науковцями, а саме: О. Бондаренко, Л. Бурлачук, С. Максименко, І. Коваль, М. Папуча та ін. Психологічна підготовка майбутнього лікаря була об'єктом уваги багатьох дослідників [1]. Вчені підкреслювали, що взаємини лікаря та пацієнта є важливим фактором лікування, чинником зцілення хворого. Вчені підкреслюють важливість формування психологічної підготовки майбутнього медика, яка включає навик діалогічного спілкування, діагностика

психоемоційного стану пацієнта, перцептивні здібності лікаря. Зазначені дослідження вивчали психологічні особливості: професійної діяльності лікаря; особистості медика; спілкування з пацієнтом. Водночас, дослідження психологічних особливостей розвитку міжособистісних взаємин, комунікації доктора та хворого не враховували психоемоційного стану останнього. А саме психоемоційний стан клієнта стає вирішальним фактором формування довіри та партнерських відносин.

Теоретико-методологічна основа дослідження сформована на підставі аналізу результатів наукових пошуків висвітлених у працях науковців, які представляють окремі питання зазначеної проблеми, а саме:

- специфіка професійної діяльності медика ([2; 3] та ін.);
- виявлення емоційних переживань в генезі та перебігу захворювань ([1; 4; 5; 6] та ін.);
- психологічні особливості спілкування лікаря та пацієнта ([7; 8; 9] та ін.

Також слід зазначити, що сучасні дослідження констатують зростання тривожності, емоційної напруги, агресивності у людей на тлі війни. Це накладає відбиток і на комунікацію медика та пацієнта, адже всі учасники спілкування характеризуються загостренням психоемоційного стану. Про те, лікар повинен не тільки справитися з власними емоціями, але і діагностувати та коригувати емоційні стани хворого. Узагальнюючи відмітимо, представлені дослідження проблема спілкування лікаря та пацієнта не розглядалася через призму переживань, психоемоційних станів останнього.

Мета даного дослідження – вивчення психологічних особливостей психоемоційних станів пацієнтів, які впливають на спілкування з лікарем.

Науковці зазначають, що у психологічній науці немає чіткого й однозначного трактування поняття «психоемоційний стан». Вчені, зазвичай, використовують різну термінологію: «психічний стан», «емоційний стан», «психоемоційний стан». У нашому дослідженні ми визначали психоемоційний стан – як інтегративну, цілісну характеристику психічної діяльності індивіда за

певний часовий період, що демонструє протікання психічних процесів залежно від відображення предметів та явищ, попередніх станів, психологічних особливостей особистості [4]. Психічні стани виникають під впливом різних життєвих ситуацій. Деколи ситуації детерміновані стресами та конфліктами. Такі життєві ситуації формують сильно негативні емоційні стани. Стан здоров'я є одним із важливих детермінуючих факторів психічного стану особистості. Переживання людиною за своє здоров'я проявляється і у її зовнішній поведінці. Вивчення й аналіз психоемоційного стану, викликаного хворобою, дає змогу прогнозувати поведінку особистості у процесі її лікування.

Для визначення емоційного стану лікар повинен спостерігати за пацієнтом, за його емоціями, за його поведінкою. Порушення поведінкової самоорганізації, які відбуваються на тлі негативних психоемоційних станів можуть проявлятися в спрямованості на уникнення, не бажання лікування або і взагалі не віра у позитивний результат зцілення.

Проте, простого спостереження може бути замало для визначення психоемоційного стану пацієнта. Можливо, доцільно застосовувати певні опитувальники на етапі реалізації медико лабораторних досліджень. з цією метою ми провели психологічне тестування. Вибірку дослідження склали 60 осіб - клієнти медичної лабораторії «ДІЛА», які дали свою добровільну згоду на участь у психологічному діагностуванні. Середній вік досліджуваних склав 40,5 років. Переважна більшість респондентів були жіночої статі, тому ми не проводили порівняльного аналізу між статями. Нами застосовано методика диференціальних емоцій К. Ізарда для розуміння переважаючих базових фундаментальних емоцій серед пацієнтів.

Теорія диференціальних емоцій базується на положенні про наявність базових емоцій, які розуміються як відмінні переживально-мотиваційні процеси і мають центральне значення для мотивації, соціальної комунікації, пізнання та дії. Запропонована методика включає 30 монополярних шкал, представлених прикметниками, що відповідають різним відтінкам емоційних переживань. Для

оцінки кожної базових емоцій використовуються три приватні шкали. Автором виокремлено 10 базових емоцій: цікавість, радість, здивування, горе, гнів, відраза, презирство, страх, сором, відчуття провини. Методика призначена для самооцінки інтенсивності та частоти виникнення основних емоцій. Кожна основна емоція (тестова шкала) має три градації (три пункти опитувальника). Пацієнтам необхідно було оцінити за 4-бальною шкалою, те в якій мірі кожне поняття описує самопочуття в даний момент: 1 - зовсім не підходить; 2 – мабуть, правильно; 3 – правильно; 4 - абсолютно правильно.

За даною методикою ми отримали наступні результати. Інтерес відчують на мінімальному рівні 15 опитаних, що становить 25,0%, середній рівень зацікавленості у 45 опитаних (75,0%). Радість відчують на мінімальному рівні 12 (20,0%); на середньому рівні радісні емоції відчують 43 (71,7%) досліджуваних. Подив: мінімальний рівень 39 (65,0%) досліджуваних; 21 опитаних (35,0%) відчують цю емоцію посередньо. Горе на мінімальному рівні відчують 51 (85%); на середньому рівні 9 досліджуваних, що ставить 15%; максимального рівня вираженості немає у жодного респондента. Гнів: мінімально відчують 28 досліджуваних 46,7%; середній бал отримали 25 опитаних (41,7%); високу вираженість даної емоції визначено у 9 опитаних (15%). Відраза: на мінімальному рівні її відчують 51 досліджуваний (85%); середній прояв емоції – у 8 (13,3%); високий прояв – у 2 (3,3%) респондентів. Презирство: мінімальну кількість балів набрали 51 респондент, а це 85% опитаних; на середньому рівні відчуття – 6 (10%). Щодо переживання страху, то 33 опитаних відчують таку емоцію на мінімальному рівні, що становить 55,0%; середню кількість балів ми визначили у 25 опитаних (41,7%); і у 4 респондентів (6,7%) доволі сильне відчуття страху, оскільки вони набрали максимальну кількість балів. Сором: низький рівень визначили у 25 осіб (41,7); середній рівень прояву емоції у 23 (38,3%) та у 12 опитаних (20,0%) достатньо високий рівень прояву сорому. Відчуття провини: мінімальне значення визначено у 39 (65,0%) респондентів, які прийняли участь у дослідженні; посередньо проявлена у 20 (33,3%) і на високому рівні, емоція

провини визначена у 3 респондентів, це становить 5% опитаних.

Також ми вирішили порівняти суми позитивних та негативних емоцій. Шкали 1 (Інтерес), шкала 2 (Радість), шкала 3 (Подив), шкала 9 (Сором) та шкала 10 (Провина) додавались за результатами кожного респондента. Також окремо ми додавали результати за шкалами 4 (Горе), шкала 5 (Гнів), шкала 6 (Відраза), шкала 7 (Презирство) та шкала 8 (Страх). Потім ми поділили суму одних шкал на суму других. В результаті ми отримали значення СП (самопочуття) > 1 у 41 досліджуваних, що відповідно становить 67%. Це означає, що переважна більшість клієнтів мають позитивне самопочуття. Про те, у 19 (15%) респондентів ми визначили результат менше 1, що говорить про негативне самопочуття. Зазначимо, що даний показник є достатньо тривожним. То ж, ми можемо стверджувати, що у 15% опитаних все ж спостерігаються негативні психоемоційні стани. Вони можуть відчувати страх, злість, смуток, розпач чи зневіру. Вони можуть відчувати погані наміри і агресивність; відчуття неможливості мати позитивний результат лікування; можуть не складатись взаємини з оточуючими; можуть руйнуватись близькі стосунки тощо. Ми можемо прогнозувати, що саме у таких пацієнтів лікування буде відбуватися повільно, з великими труднощами.

Необхідно зауважити, що оптимістичні люди мають позитивне світосприйняття, краще долають труднощі, їм легше адаптуватись. Ця якість дозволяє їм досягати кращих успіхів у лікуванні, і загалом вони більш здорові та функціональні. Гарний настрій стимулює думки про доброзичливу поведінку. В позитивному настрої люди сприймають інших з позиції симпатії. Тоді, як негативні психоемоційні стани спричиняють значне порушення лікувальних можливостей особистості, утруднюють зцілення, спілкування з такими пацієнтами є складним. Доцільно у процес лікування таких пацієнтів залучати і психологів, які зможуть скорегувати їх мотивацію до зцілення.

Комунікативна компетентність лікаря має свою специфіку та особливості, адже саме він формує розуміння пацієнтом його зусиль. Медик повинен враховувати, що під тиском хвороби пацієнти часто відчують стрес,

дискомфорт, сильне емоційне напруження, негативний психоемоційний стан. Негативні психоемоційні стани можуть здійснювати деструктивний вплив, перешкоджати процесу лікування. Тому медик повинен спочатку діагностувати психоемоційний стан пацієнта, зрозуміти його відношення до процесу лікування і після цього спрямовувати емоційну поведінку в конструктивне русло.

Для визначення емоційного стану лікар може не тільки спостерігати за поведінкою пацієнта, за його емоціями, але може застосовувати і визначені опитувальники. Діагностування доцільно проводити на етапі реалізації медико лабораторних досліджень. Прикладом такого методичного інструментарію може бути методика диференціальних емоцій К. Ізарда

Нами проведено діагностичне дослідження 60 пацієнтів за зазначеною методикою. В результаті отримано значення СП (самопочуття) > 1 у 41 досліджуваних, що відповідно становить 67%. Це означає, що переважна більшість клієнтів мають позитивне самопочуття. Проте, у 19 (15%) респондентів ми визначили результат менше 1, що говорить про негативне самопочуття. Такі пацієнти можуть відчувати страх, злість, смуток, розпач чи зневіру. Вони можуть відчувати погані наміри і агресивність; відчуття неможливості досягти позитивного результату в лікуванні тощо. Саме такі негативні психоемоційні стани спричиняють значне порушення лікувальних можливостей особистості, утруднюють зцілення, спілкування з такими пацієнтами є складним.

Доцільно у процес лікування таких пацієнтів залучати і психологів, які зможуть скорегувати їх мотивацію до зцілення. Перспективи подальшого наукового дослідження вбачаються у розробці тренінгу корекції психоемоційних станів особистостей з різними соматичними хворобами.

Список використаних джерел

1. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер. – К.: Сварог, 2018. – 624 с.
2. Медична психологія: підруч. для студентів ВНЗ / С. Д. Максименко та ін.; за заг. ред. акад. С. Д. Максименка. – К.: Слово, 2014. – 515 с.
3. Медична психологія: навч. посібник / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан. – 2-ге вид. – Вінниця: Горбачук І. П., 2012. – 135 с.
4. Кічук А. В. Особистісні особливості психоемоційного здоров'я студентів: монографія /

А. В. Кічук. – Ізмаїл: ІДГУ, 2020. – 406 с.

5. Психічне здоров'я особистості: посіб. для студентів вищих навч. закладів / С. Д. Максименко, Я. В. Руденко, А. М. Кушнерьова, В. М. Невмержицький. – К.: Вид-во «Людмила», 2021. – С. 93–100.

6. Лукомська С.О. Посттравматичне зростання: теоретичні підходи, емпіричні методики та методичні рекомендації. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: монографія / С. О. Лукомська; за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. – Книга 2. – Київ-Суми, 2017. – С. 216–237.

7. Кушнерьова А. М. До проблеми комунікації медичних працівників з пацієнтами: психологічний аспект / А. М. Кушнерьова // Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – 2020. – Том XIV, Вип. 4. – С. 208–216.

8. Кушнерьова А. М. Завдання комунікації в діаді «лікар – пацієнт» кардіологічного профілю / А. М. Кушнерьова // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. – Hamilton, 2021. – Vol. 43. – P. 26–30.

9. Chaban O. S. Komunikatyvni navychky likarja, Konspekt lekcij / O. S. Chaban. – K.: LAT&K, 2017.

References

1. Bleikher, V. M. 2018. *Klynycheskaia patopsykholohyia: rukovodstvo dlia vrachei y klynycheskykh psykholohov [Clinical pathopsychology: a guide for physicians and clinical psychologists]*. Kyiv: Svaroh.

2. Maksymenko, S. D. 2014. *Medychna psykholohiia [Medical psychology]*. Kyiv: Slovo.

3. Pshuk, N. H., Markova, M. V., Kondratiuk, A. I., and Stukan, L. V. 2012. *Medychna psykholohiia. 2 vyd. [Medical psychology. 2nd ed.]*. Vynnytsia: Horbachuk I. P.

4. Kichuk, A. V. 2020. *Osobystisni osoblyvosti psykhoemotsiinoho zdorov'ia studentiv [Personal features of psycho-emotional health of students]*. Izmail: IDHU.

5. Maksymenko, S. D., Rudenko, Ya. V., Kushnierov, a A. M., and Nevmerzhytskyi, V. M. 2021. *Psykhichne zdorovia osobystosti: posib. dlia studentiv vyshchykh navch. zakladiv [Mental health of the individual]*. Kyiv: Vyd-vo "Liudmyla".

6. Lukomska, S. O.; Maksymenko, S. D., Kuzikova, S. B., and Zlyvkova, V. L. eds., 2017. *Posttravmatychnе zrostannia: teoretychni pidkhody, empyrychni metodyky ta metodychni rekomendatsii. Osobystist yak subiekt podolannia kryzovykh sytuatsii. Knyha 2 [Posttraumatic growth: theoretical approaches, empirical methods and methodical recommendations. Personality as a subject of overcoming crisis situations]*. Kyiv-Sumy.

7. Kushnierova, A. M. 2020. Do problemy komunikatsii medychnykh pratsivnykiv z patsientamy: psykholohichnyi aspekt [To the problem of communication between medical workers and patients: the psychological aspect]. *Aktualni problemy psykholohii*, XIV, 4, pp. 208–216.

8. Kushnierova, A. M. 2021. Zavdannia komunikatsii v diadi «likar – patsient» kardiologichnoho profilii [The task of communication in the "doctor – patient" dyad of the cardiology profile]. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 43, pp. 26–30.

9. Chaban, O. S. 2017. *Komunikatyvni navychky likarja*. Kyiv: LAT&K.

УДК 159.91:316.472.4:004.77(045)

КОНФОРМНА ПОВЕДІНКА АКТИВНИХ КОРИСТУВАЧІВ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ

Щербан Т.Д., Самойлов О. С., Антоник Є. М.

CONFORMAL BEHAVIOR OF ACTIVE USERS OF SOCIAL NETWORKS

Shcherban Tetiana, Samoilo Oleksiy, Antonyk Evheniy

Віртуальна спільнота здійснює суттєвий вплив на формування мотивів та цінностей своїх користувачів, на маніпулювання їх діями. Діагностичне дослідження констатує, що 48% від загальної кількості респондентів продемонстрували високий ступінь конформної поведінки. Високий показник



МУКАЧІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

89600, м. Мукачево, вул. Ужгородська, 26

тел./факс +380-3131-21109

Веб-сайт університету: www.msu.edu.ua

E-mail: info@msu.edu.ua, pr@mail.msu.edu.ua

Веб-сайт Інституційного репозитарію Наукової бібліотеки МДУ: <http://dspace.msu.edu.ua:8080>

Веб-сайт Наукової бібліотеки МДУ: <http://msu.edu.ua/library/>