

УДК 613.86:378.046.4:616-0.895  
DOI: 10.25284/2519-2078.4(93).2020.220700



Усенко Л.В.<sup>1</sup>, Канчура Т.В.<sup>1</sup>, Шайда О.А.<sup>1</sup>,  
Дудукина С.А.<sup>1</sup>, Усенко А.А.<sup>2</sup>, Машин А.М.<sup>1</sup>

## КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ – НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА

<sup>1</sup> ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

<sup>2</sup> ООО «Днепровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины»

**Вступление.** В последние годы заметно возрос интерес к такой значимой составляющей профессиональной деятельности врача, как коммуникативная компетентность в виду ее существенного влияния на качество лечебного процесса и удовлетворенность больного.

Умелое общение врача с больным и членами его семьи повышает успех лечения и доверие больного к врачу.

Проблемы общения врача-анестезиолога с больным, рассмотренные в статье, в ключе постоянно возрастающей интенсивности его труда и повышения требований общества к медицинским работникам. Подчеркнута также важность развитых коммуникативных навыков в предупреждении жалоб и судебных исков.

**Цель** данной статьи обобщить разрозненную информацию о коммуникативной компетентности, особенностях общения врача-анестезиолога с больным и дать практикующему врачу действенный инструмент, который позволит вывести коммуникацию на качественно новый уровень.

**Материалы и методы.** Представленные в статье сведения основаны на анализе литературных данных, полученных при библиографическом поиске в PubMed, использовании рекомендаций Американской ассоциации анестезиологов и ключевых аспектов из «Полного руководства по навыкам общения в клинической практике», отдельных публикаций отечественных и зарубежных авторов, личного опыта.

**Результаты.** В освещенном в статье обзоре современных данных отражены трудности и особенности общения врача-анестезиолога с больными и их родственниками. Исходя из специфики работы в периоперационном периоде, на разных этапах анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств, и в условиях оказываемой медицинской помощи больным в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Акцентируется внимание на высокой напряженности в работе медицинского персонала, большой тяжести состояния больных, что сопровождается уменьшением возможного времени для общения с больным и его близкими.

Приведенные в статье рекомендации помогут врачу-анестезиологу улучшить имеющиеся коммуникативные навыки и повысить его стремление к дальнейшему их совершенствованию.

**Ключевые слова:** общение, коммуникативная компетентность, врач-анестезиолог, пациент

*«Самая главная формула успеха – знание как обращаться с людьми»  
Теодор Рузвельт*

Глобализация и интеграция современного общества, признание мировой общественностью проблем физического, морального и социального здоровья как главного показателя социально-экономической зрелости, культуры и успешности государства, социальный запрос на качество медицинских услуг обуславливают особые требования к профессиональной

деятельности медицинского персонала, среди которых все большее значение приобретает коммуникативная компетентность.

Врач ежедневно общается на разных уровнях с большим количеством людей: с администрацией лечебно-профилактических учреждений, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом,

Для корреспонденції: Усенко Людмила Василівна, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України. м. Дніпро, вул.Вернадського, 9, lyudmila.usenko@gmail.com.

больными, разными по своему культурному уровню и особенностям психологического статуса. Общение врача с больными и их родственниками занимает значимое место, так как успех лечения и удовлетворение больного и его близких зависит не только от точности диагностики, правильности выбранной лечебной тактики, но и от их партнерских взаимоотношений [1].

Внимание к этому вопросу возросло настолько, что в ряде стран обучение коммуникативным навыкам начинается уже в стенах медицинских ВУЗов и продолжается в дальнейшем на последипломном уровне [2, 3]. В США выпускники медицинских факультетов университетов сдают даже специальный экзамен [4].

Больной является непосредственным участником лечебного процесса. Это требует от медицинских работников хороших коммуникативных навыков. Качество общения, кроме того, играет важную роль в предупреждении жалоб и конфликтных ситуаций [5].

Общение (от лат. *communicare*) – сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми (межличностное общение) или группами людей (межгрупповое общение), порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя как минимум три различных составляющих:

- коммуникацию (обмен информацией),
- интеракцию (обмен действиями),
- социальную перцепцию (восприятия и понимание партнера) (рис. 1).

Коммуникативная компетентность – это способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с людьми, которые предполагают достижения взаимопонимания между партнерами по общению, осознание ситуации и предмета общения [6].

Ее рассматривают как систему внутренних ресурсов, направленную на построение эффективной коммуникации в случае межличностного взаимодействия пациента и медицинского работника, с учетом как индивидуальных особенностей психики пациента, так и психологических свойств медицинского работника [6, 7].

Сбалансированность общения достигается умелым сочетанием вербальной и невербальной коммуникации (рис. 2).

Отправной точкой для совершенствования профессионального общения становится осознание индивидуальных моделей речи и поведения: язык тела,



Рис. 1. Составляющие общения между людьми.

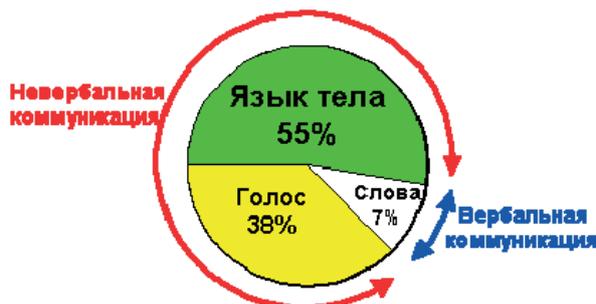


Рис. 2. Соотношение вербальной и невербальной коммуникации при общении

выражение лица, жесты, визуальный контакт; межличностные навыки [8].

Большую силу имеют слова. Их следует тщательно подбирать для достижения максимально эффективного восприятия больным.

Имеет значение голос: его громкость, высота, тембр, интонация. Голос тесно связан с эмоциями.

Как отмечает ответственный редактор «Файнэншл Таймс» Джиллиан Тетт (2007): «Мы употребляем слова бездумно и редко замечаем противоречия, которые они несут в себе, или недоразумения, которые они могут повлечь» [9].

Так, в ежегодном опросе Национальной службы здравоохранения США, проведенном среди 64500 пациентов, более 1/3 опрошенных отметили неудовлетворенность общением с врачом, а у 20% возникли проблемы с доверием к врачу.

В исследовании, опубликованном в «Британском журнале общей практики» (2007), было установлено, что через тон, интонацию и отсутствие визуального контакта больным казалось, что врач ими не интересуется [9].

Вышесказанное побудило ряд ведущих анестезиологических сообществ, например Американскую ассоциацию анестезиологов, разработать и в последующем регулярно дополнять рекомендации по общению с больными.

В «Полном руководстве по навыкам общения в клинической практике» (The Complete Guide to Communication Skills in Clinical Practice) W. T. Baile (2014) представлены специально разработанные протоколы (пошаговые модули) для развития и совершенствования навыков общения с пациентами и членами их семей в различных ситуациях, включающих 5 ключевых шагов:

- проведение общения в благоприятной для этого обстановке,
- проявление навыков внимательного выслушивания больного,
- осознание и овладение своими эмоциями (правило шести секунд), проявление эмпатии, стремление избегать обострения конфликта,
- выбор стратегии конкретных мероприятий,
- краткое резюме с предложением плана последующих медицинских действий, понятно и приемлемого для больного [10].

Врачи-анестезиологи в клинической практике в отличие от врачей других медицинских направлений встречаются с рядом специфических особенностей [11, 12].

Анестезиология-реаниматология является одной из наиболее сложных и ответственных видов деятельности, максимально насыщенной стрессогенными факторами, она многозадачна, высокотехнологична, с повышенным уровнем психоэмоционального напряжения вплоть до развития синдрома профессионального выгорания [13, 14, 15].

На современном этапе развития медицины постоянно растут темпы работы врача-анестезиолога в виду увеличения хирургической активности и числа оперируемых больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, расширения использования технического оборудования, исключительной тяжестью больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии, необходимости быстрого принятия ответственных решений, от которых порой зависит жизнь больного.

Это сопровождается дефицитом времени с уменьшением возможности для общения с больными и их родственниками [16].

Вышесказанное свидетельствует о существенном возрастании роли коммуникативной компетентности врача-анестезиолога в плане лечебного психологического воздействия на больного для повышения качества оказываемой ему медицинской помощи и уменьшения числа жалоб и конфликтных ситуаций [17, 18, 19].

Особенности профессионального общения анестезиолога с пациентом и членами его семьи рационально рассмотреть при проведении анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств и при оказании медицинской помощи в условиях ОРИТ.

При анестезиологическом обеспечении оперативных вмешательств взаимодействие анестезиолога с больным является крайне важной частью периоперационного периода, направленного на установление контакта с ним уже при первом общении накануне операции. При этом важно не только оценить состояние здоровья больного и его готовность к оперативному вмешательству, но и заручиться доверием, создать ощущение неусыпного врачебного контроля, максимально снизить уровень тревоги, сформировать партнерские взаимоотношения, что является обязательным компонентом лечебно-диагностического процесса [20].

Каждое заболевание, требующее оперативного вмешательства, изменяет психологическое состояние человека, меняет его поведение, сопровождается типичными формами психологического реагирования и отношения к болезни в зависимости от её характера и тяжести.

В связи с этим для каждого больного необходим индивидуальный подход, индивидуальная форма общения и меры профессионального психотерапевтического воздействия [21].

В ходе обезболивания изменяется уровень сознания, сокращаются языковые возможности больного, происходит воздействие на память, уменьшается само-

стоятельность его действий. Во время общей анестезии сознание временно утрачивается, фиксируемые мониторами данные физиологического состояния больного позволяют анестезиологу судить о нем больше как о биологическом объекте, а не о личности. Это обуславливает свои особенности и трудности общения с больным на разных этапах анестезиологического обеспечения: предоперационном, интраоперационном и послеоперационном.

В предоперационном периоде общение с больным имеет следующие цели:

- определение уровня здоровья и установление гарантированной физической готовности к оперативному вмешательству, оценка степени анестезиологического риска и выбор определенного вида анестезии;
- составление и согласование с больным плана анестезиологического обеспечения оперативного вмешательства с получением его информированного согласия;
- уменьшение физиологического и психологического последствий страха и тревоги;
- планирование послеоперационного ухода и обезболивания [22, 23].

Достижение каждой из этих целей требует четких коммуникативных навыков, так как анестезиологу при предоперационном общении предстоит не только оценить физическое и психологическое состояние больного, но и ответить на множество вопросов его и его близких, желающих получить уверенность в обеспечении ему безопасного и эффективного обезболивания.

Качественное профессиональное общение позволяет анестезиологу учесть психологические особенности больного, обусловленные основным и сопутствующими заболеваниями, направить свои усилия на снижение характерного для большинства больных чувства страха, тревоги и других соматогенно обусловленных нарушений психики, которые чаще встречаются при сердечно- и церебрососудистых заболеваниях (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная патология) и у пациентов пожилого возраста.

У всех этих больных имеет место более частое проявление раздражительности, тревоги, беспокойства, депрессивного состояния различной степени выраженности. Они трудны в общении и требуют к себе повышенного внимания.

При общении с такими больными необходимо проявлять терпение, понимание их эмоционального состояния посредством сочувствия и сопереживания, быть особенно внимательными.

Установлению хорошего психологического контакта с больным, вызывающего доверие к врачу и удовлетворение от общения с ним, способствует визуальный контакт, доброжелательный, успокаивающий характер беседы, способность врача вступать в контакт с больным, объяснять обсуждаемое просто и доступно для понимания с возможным учетом его пожеланий, так называемое «мягкое общение» – «Soft Skills» [24]. Логическим завершением этой беседы

является подписание пациентом информированного согласия по выбору предполагаемого вида анестезии.

У пожилых больных, кроме эмоционально-личностных изменений, наблюдается снижение когнитивных функций [25]. Это требует дополнительного нейропсихологического обследования у таких больных и целенаправленных усилий в раннем послеоперационном периоде с целью профилактики стойких когнитивных расстройств в отдаленном послеоперационном периоде [26, 27].

Устное общение с пациентом может быть дополнено письменной информацией (информационное письмо), лучше просмотром информационного видео. Lin SY et al (2016) показали в рандомизированном исследовании в этих случаях достоверное снижение уровня предоперационной тревоги и повышение доверия пациентов к врачу [28].

Умелое сочетание вербальной и невербальной коммуникации уменьшает стресс, снижает чувство страха и тревоги, сокращает количество необходимых медикаментов.

В интраоперационном периоде важно при поступлении больного в операционную и в ходе индукции анестезии поддерживать с ним общение, объясняя некоторые проводимые мероприятия и незнакомые ему ранее ощущения. Это помогает пациенту осознать наличие врачебного контроля за его состоянием, что приносит ему успокоение и повышает доверие к врачу.

С наступлением наркоза психология больного трансформируется. Изменяется и восприятие больного медицинским персоналом. Фокус внимания с его личности смещается на физиологические параметры организма. Больной рассматривается скорее как биологический объект. Две взаимосвязанные сущности – физиологическая и психологическая разделяются. Анестезиолог принимает на себя ответственность за защиту психологической сущности с помощью контроля и ухода за сущностью физиологической [29].

В это время считают, что личностная составляющая больного уходит на второй план и становится объектом клинической работы. При этом в операционной меняется атмосфера: повышается уровень шума, увеличивается количество тем для обсуждения, они становятся менее обдуманными и менее техническими, уменьшается восприятие больного как личности.

Вместе с тем ошибочно считать, что во время наркоза больной не слышит и не запоминает. Американская Ассоциация Анестезиологов проанализировала 4183 жалобы больных, перенесших оперативное вмешательство в условиях общей анестезии, с целью выявления уровня интраоперационной осведомленности и установила, что в 2% случаев больные жаловались на наличие сознания во время наркоза. Такой инцидент может стать источником страданий пациента, развития осложнений в послеоперационном периоде и даже закончиться судебным иском [30].

В связи с этим после введения больного в наркоз следует придерживаться в операционной принятых норм общения. Анестезиолог и члены хирургической

бригады должны разговаривать так, будто больной всё слышит.

В послеоперационном периоде общение врача с больным восстанавливается поэтапно. Это требует от него во время выхода больного из наркоза правильной организации координирующих мер для возвращения его к статусу личности.

При появлении осознанности мнестические функции восстанавливаются лишь частично. Большинство ответов больного на обращение врача являются только сигналами того, что выход из наркоза проходит по плану с минимальным остаточным действием использованных во время общей анестезии лекарственных средств, которые могут оказывать влияние на процессы мышления, запоминания и психический статус.

В это время такие психологические события как боль, автономные реакции, активные действия в значительной степени управляются медиками. С точки зрения общения возвращение к формальному общению больного и врача-анестезиолога происходит как бы авансом до полного восстановления сознания и автономии.

Задавая соответствующие вопросы, постепенно восстанавливают ориентировку во времени и пространстве.

Последствия продолжающегося анксиолитизиса, ослабление сознания, функций памяти требует дальнейшего наблюдения и контроля до момента полного восстановления этих функций, когда становится возможным обсуждение с больным вопросов медицинского и личного характера.

Желательно общение анестезиолога с больным на следующий день после наркоза, которое проходит, как правило, в условиях ОРИТ или профильного хирургического отделения. Это дает ему возможность ответить на вопросы больного, оценить его состояние, найти доказательства связанных с наркозом травм и других осложнений и в соответствии с этим внести свои рекомендации по дальнейшему лечению.

Общение врача с больным в этот период может стать мерилом успеха и удовлетворения больного проведенным анестезиологическим пособием.

В условиях отделения интенсивной терапии и реанимации общение врача-анестезиолога с больным имеет свои проблемы и сложности, обусловленные спецификой работы в таких отделениях: высокая загруженность медицинского персонала, технологические особенности работы с аппаратурой, тяжесть больных, часто поступающих в критическом состоянии с различным уровнем сознания, необходимость срочных диагностических и лечебных мероприятий. Это минимизирует возможность вербального контакта с больным, который в ряде случаев вообще может быть невозможным в виду тяжести состояния [31].

При этом общение проходит на фоне действия используемых для лечения медикаментозных средств, отдельные из которых могут оказывать влияние на уровень сознания, память, другие психические функции, что усложняет общение врача с больным.

Важно отметить и ряд специфических условий для больного, влияющих на процесс его общения с медицинским персоналом: нравственные страдания, связанные с отправлением естественных потребностей в присутствии персонала, с осмотрами врачей и манипуляциями; возможностью наблюдения за процессом интенсивной терапии, реанимации и умирания других больных, что влияет на его психоэмоциональное состояние; чувство ущемлённости в вопросах выбора врача, пребывания и перевода из отделения; реальная опасность получения разноречивой информации о собственном состоянии здоровья и прогнозе заболевания, что вызывает у него чувство страха, тревоги, беспокойства, ухудшая сотрудничество с медицинским персоналом.

Вышеприведенное определяет следующие цели в ОРИТ:

- обеспечение реализации диагностических и лечебных действий в оптимально комфортных и безопасных условиях,
- улучшение состояния больного путем устранения последствий, связанных с имеющейся у него патологией таких, как боль, страх, возбуждение, могущих иметь неблагоприятные психологические эффекты, используя при этом и вербальную коммуникацию с больными [32].

Боль вместе с присущим чувством страха может привести к отказу больного от ухода за ним, прекращению сотрудничества с врачом и медицинским персоналом, росту агрессивности.

Для преодоления страха на фоне устранения боли можно в зависимости от обстоятельств применять два эволюционно сформировавшихся способа – активный и пассивный.

Активный способ основан на действии пугающего фактора с тем, чтобы выработать способы нейтрализации вреда. Он полезен, но при умелом руководстве со стороны.

Активное преодоление страха для взрослых, как правило, процесс сознательный. В условиях ОРИТ больной стремится устранить неприятное для него положение вещей: удалить инородное тело (интубационную трубку, повязку, дренаж, зонд, электроды), изменить положение тела.

При пассивном способе больной как бы пытается спрятаться от потенциального вредного фактора за счёт угнетения сознания, судорог, гипертермии, анорексии, психического негативизма, нарушения сердечного ритма. Все эти реакции не только неэффективны, но могут причинить больному больший вред, чем основное заболевание.

Возможные варианты реакций медперсонала:

- окрик или другие формы командования с оттенком подбадривания и жесткого убеждения;
- «мягкая» фиксация до невозможности «неправильных» движений пациента;
- тотальная миорелаксация;
- повышение комфортности агрессивных манипуляций (обезболивание, подогревание

инородных предметов, смазывание вводимых трубок, защита кожи и слизистых, словесное и эмоциональное убеждение в необходимости манипуляций);

- медикаментозная седация и аналгезия.

Первые три варианта являются агрессивными, они подталкивают больного в сторону сопротивления, что неизбежно ухудшает прогноз. Полный отказ от них невозможен, они применяются ограничено. Жёсткое командование рекомендуется применять по отношению к больным, выходящим из комы, с целью выявления сознания. При этом команды должны быть простыми, выполнимыми при минимальном участии коры головного мозга.

Заслуживает внимания использование легкой седации (анксиолизиса), которая дает возможность не только создавать максимально комфортные и безопасные условия для проведения медицинских процедур, но при этом больной спокоен, речь и сознание сохранены, что позволяет взаимодействовать с врачом и медицинским персоналом [33, 34, 35].

Значительной проблемой в ОРИТ является полная зависимость больного от медицинского персонала. Она включает такие важные компоненты, как отношение к больному, у которого отсутствует сознание; психология персонала и сострадание.

Говоря об отношении медицинского персонала к таким больным следует исходить из того, что анестезиолог в условиях ОРИТ, чаще встречаясь с больными с отсутствующим сознанием вследствие нахождения в коматозном состоянии или под воздействием лекарственных средств, имеет почти абсолютную власть над ними во время проведения манипуляций.

Необходимо помнить и о том, что отсутствие внешних психических реакций у больного не всегда означает отсутствие психической деятельности. Зафиксированы случаи, когда после выхода из длительной комы больные оказывались хорошо ориентированными в фамилиях и именах врачей и медсестер, в нюансах взаимоотношений в отделении, помнили отдельные события, происходившие вокруг них в период комы, что требует отношения к такому больному, как к находящемуся в ясном сознании [36].

Условия работы в ОРИТ могут влиять на психологию медицинского персонала, когда притупляется чувство сострадания к больному, восприятие умирающего больного. Такая психологическая деформация чаще возможна у медсестер, так как они выполняют 80% работы с больным [37].

Поэтому так существенны наряду с высоким профессионализмом высокие морально-нравственные качества врача-анестезиолога, необходимым компонентом которых является сострадание, как важный приём, помогающий установлению доверительных межличностных отношений между врачом и пациентом.

Вышесказанное подчёркивает значимость успешного владения врачом-анестезиологом коммуникативными навыками, которые, как и профессиональное мастерство, нуждается в постоянном совершенствовании [17].

Тяжёлой травмирующей ситуацией для врача-анестезиолога является объяснение родственникам больного причины его смерти, когда несмотря на все усилия коллектива наступил летальный исход заболевания. Она сопровождается высоким психо-эмоциональным напряжением и при этом требует от него при общении с родственниками больного особого такта, умелого сочувствия и сопереживания, разделяющего с ними боль утраты [18, 19].

Индивидуальный подход, проявление спокойствия, сострадания, умение подавлять избыточную эмоциональность улучшают общение. Хорошие коммуникативные навыки предупреждают жалобы и судебные иски.

Работа врача-анестезиолога в условиях постоянного стресса требует высокого профессионализма, моральной стойкости, владения навыками коммуникативной компетентности, которая является важнейшим компонентом его многогранной деятельности, позволяющей найти правильные грани отношения с коллегами и больными, а также осознать свою роль в сохранении личного и общественного здоровья.

Фінансування / Funding  
Немає джерела фінансування / There is no funding source.

Конфлікт інтересів / Conflicts of interest  
Усі автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів / All authors report no conflict of interest

Етичне схвалення / Ethical approval

Це дослідження було проведено відповідно до Гельсінкської декларації та затверджено місцевим комітетом з етики досліджень / This study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the local research ethics committee.

Надійшла до редакції / Received: 21.10.2020

Після доопрацювання / Revised: 05.11.2020

Прийнято до друку / Accepted: 13.11.2020

Опубліковано онлайн / Published online: 29.12.2020

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Селезнев С. Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: Электрон. науч. журн. - 2011. - №4 (9). URL: <http://medpsy.ru>.
- Васильева Л. Н. Коммуникативная компетентность в профессиональном и личностном становлении будущего врача. Автореф. дисс. к. психол. н. Кострома. - 2010.
- Аканов А. А. Модель медицинского образования Казахского национального медицинского университета им. С. Д. Асфендирова - коммуникативные навыки выпускника / под ред. А. А. Аканова, О. М. Мирзабекова, К. А. Тумбаева и других. - 2011. - 126 с.
- Parand N. Mehta. Communication Skills. - Talking to Patients. *Indian Pediatrics May.* - 2014. - Vol. 51, №5. - P.41-44.
- Капунов К. О. Оптимизация отношений врача и родственников ребенка-пациента в клинике детских инфекций. Автореф. дис. к. м. н. - Волгоград. - 2014. - 25 с.
- Бадалев А. А. Психология общения. Энциклопедический словарь / Под общей редакцией А. А. Бадалева - М.: изд. «Когито-центр». - 2015. - 672 с.
- Шмаков А., Кохно В. Этические и деонтологические проблемы в анестезиологии и реаниматологии / *Танатотерапия. Хрестоматия по танатотерапии.* <http://tanatoterra.com/index.php?art=240>
- Морозов В. Невербальная коммуникация. Экспериментально-психологическое исследование. - М.: изд. «Когито-центр». - 2015. - 592 с.
- Борз Д. Мистецтво говорити. Тасмниці ефективного спілкування (перекл. з англ. Н. Лазаревич) Харків: вид-во «Ранок»: Фабула - 2020. - 304 с.
- Bail W. F. *The Complete Guide to Communication Skills in Clinical Practice. Program.* - 2014. - 34 p.
- Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больным. *Budapest: Academiani Kiado - 1974.* - 286 с.
- Мазурок В. А., Решетова Т. В., Лебединский К. М., Кузнецова О. А., Корзулин В. А., Павлов А. С., Врач - анестезиолог-реаниматолог: проблемы подготовки и обеспечения профессиональной деятельности/ *Клиническая анестезиология и реаниматология.* - 2006. - т. 164, №4. - с. 54-59.
- Кузнецова О. А. Психологические особенности развития и коррекции синдрома профессионального выгорания у врачей-анестезиологов. *СПб.* - 2012. - 177 с.
- Баклаев А. В., Смирнов И. В., Мизаков В. М., Буянтян А. А. Информационный стресс анестезиологов-реаниматологов/ *Анестезиология и реаниматология.* - 2002. - №2. - с. 4-9.
- Коряхова М. В., Соловьев А. Г., Киров М. Ю., Новикова И. А. Психологические факторы выгорания врачей анестезиологов-реаниматологов / *Электронный журнал «Клиническая и специальная психология».* - 2019. - т. 8, №2, - с. 16-37.
- Борович О. Сучасному лікарю бракує часу на спілкування з пацієнтом / *Ваше здоров'я.* - 2020. - №1-2 (1545-1546). - с. 22-23.
- Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений / *Вопросы философии.* - 1994. - №3. - с. 67-72.
- Казаков В. Н. Размышления о медицине (философия естествознания). Книга первая. Донецк. Изд. «Ноулидж» (Донецкое отделение). - 2010. - 419 с.
- Запорожан В. Н. «Этюды о нравственности». Одесса, Одесский медуниверситет. - 2018. - с. 231.
- Leigh J. M., Walker J., Janaganathan P. Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *Br. Med J.* 1977 Oct. 15; 2(6093): p. 987-989.
- Усенко Л. В., Криштафор А. А., Тютюнник А. Г. и др. Особенности общения врача с особыми группами больных и в конфликтных ситуациях / *Мед. перспективи.* - 2020. - Т. 24, №3, - с. 4 - 9.
- Винсент Дж. Копп, Одрю Шэфер. Анестезиологи и периоперативное общение (общение во время операции). *Анестезиология.* - 2000. - т. 93, №2. <https://www.critical.ru/actual/etica/communication.htm>.
- Encyclopedia Britannica. Patient Rights. <https://www.britannica.com/science/health-law/patients-rights#ref973958>.
- Базярова Ф. А., Курбанова А. О. Проблемы формирования коммуникативных навыков в педиатрической практике / *Вестник Казанского национального медицинского университета [Эл. ресурс]. URL: https://kaznmu.kz/press/2014/09/25/*
- Усенко Л. В., Каниюк Г. В., Оленюк Д. В., Силкина Ю. В., Абрамов А. В., Хеханевич О. Б., Усенко А. А. Состояние когнитивных функций у лиц пожилого возраста, современные возможности их сохранения (современный взгляд и личный опыт). *Метод. реком., изд. 2-е, перераб. и доп. Днепр.* - 2018. - 42 с.
- Усенко Л. В. Послеоперационная когнитивная дисфункция в практике врача-анестезиолога/ *Медицина неотложных состояний.* - 2017. - №4 (83). - с. 9-15.
- Усенко Л. В., Тютюнник А. Г., Халимончик В. В. Профилактика и коррекция послеоперационной когнитивной дисфункции у больных, перенесших каротидную эндартерэктомию в условиях общей анестезии./ *Нейронауки: теоретичні та клінічні аспекти.* - 2013. - №1-2. - с. 11-16.
- Lin SY The effect of an anaesthetic patient information video on perioperative anxiety: A randomised study / *Lin SY, Huang HA, Lin SC, Huang YT, Wang KY, Shi HY// Eur. J. Anaesthesiol.* - 2016 Feb. - 33 (2). - p. 134-139.
- Lenmarken C. Victims of awareness/ *Lenmarken C., Bildfords K., Enlund G., Samuelsson G., Sandin R.//Acta Anaesthesiol. Scand.* - 2002. Mar. - №46 (3), p. 229-231.
- Американская Ассоциация Анестезиологов. Официальный сайт. <https://www.asahq.org/>.
- Черняховский Ф. Р. Организация отделения анестезиологии-реаниматологии. - 2-е изд. перераб. и доп. - М.: Медицина, 1992. - 191 с.
- Потиевский В.И., Гридчик И.Е., Грицан А.И., Еременко А.А., Заболотских И.Б., Козлов И.А., Лебединский К.М., Левит А.Л., Мазурок В.А., Молчанов И.В., Николаенко Э.М., Овечкин А.М. Седация пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Клинические рекомендации ФАР. *Анестезиология и реаниматология.* - 2018. - 63(2). - с. 165-175.
- Овечкин А. М., Кориенко П. А., Заболотских И. Б., Уваров Д. Н. Аналгезия и седация в интенсивной терапии. В кн: Гельфанд Б. Р., Заболотских И. Б., ред. «Интенсивная терапия. Краткое издание». - М. «ГЕОТАР-Медиа» - 2017. - с. 152-164.
- Riker R.R., Fraser G. L. Altering intensive care sedation paradigms to improve patient outcomes// *Crit.Care Clin.* - 2009. - №25 (3), p 527-538.
- Козлов И. А. Современные подходы к седации в отделениях реанимации и интенсивной терапии / *Мед. алфавит. Неотложная медицина.* - 2013. - №1 (8). - 22-31.
- Проценко Д. Н. Пациент в ОРПТ личность или объект? <https://www.youtube.com/watch?v=x3qUKe2OSfg>.

37. Димитрова Л. В. Профессиональная деформация личности мед-сестер разных профилей/ Димитрова Л. В., Дуреченская В. М., Мансурова О. В., Уварова Г. Н.// Мед. сестра. – 2014.- №1. – с. 50-53.
38. Яровинский М. Я. Размышления о морали, этике, биоэтике// Мед. помощь. – 1999. - №4. – с. 43-47.
39. Владыка А. С., Сулов В. В., Тарабрин О. А. Анестезиология в лицах под ред. проф. В. В. Сулова. Изд. 3-е, исправл. и дополн. – Сумы: Университетская клиника. – 2016. – 350 с.

**УСЕНКО Л.В., КАНЧУРА Т.В., ШАЙДА О.О., ДУДУКИНА С.О., УСЕНКО О.О., МАШИН О.М.**  
**КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ – НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ЯКІСНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ-АНЕСТЕЗІОЛОГА**

**Вступ.** За останні роки помітно зріс інтерес до такої значущої складової професійної діяльності лікаря, як комунікативна компетентність з огляду на її суттєвий вплив на якість лікувального процесу і задоволення хворого.

Вміле спілкування лікаря з хворим і членами його родини підвищують успіх лікування і довіру хворого до лікаря.

Проблеми спілкування лікаря-анестезіолога з хворим розглянуті в статті в ключі постійно зростаючої інтенсивності його праці і підвищення вимог суспільства до медичних працівників. Підкреслено також важливість розвинених комунікативних навичок у попередженні скарг і судових позовів.

**Мета** даної статті узагальнити розрізнену інформацію щодо комунікативної компетентності, особливостях спілкування лікаря-анестезіолога з хворим і дати практикуючому лікарю дієвий інструмент, який дозволить вивести комунікацію на якісно новий рівень.

**Матеріали та методи.** Представлені в статті відомості засновані на аналізі літературних даних, отриманих при бібліографічному пошуку в PubMed, використанні рекомендацій Американської асоціації анестезіологів і ключових аспектів з «Повного керівництва по навичкам спілкування в клінічній практиці», окремих публікацій вітчизняних і зарубіжних авторів, особистого досвіду.

**Результати.** В освітленому в статті огляді сучасних даних відображені труднощі і особливості спілкування лікаря-анестезіолога з хворими та їхніми родичами, виходячи із специфіки його роботи в періопераційному періоді на різних етапах анестезіологічного забезпечення оперативних втручань і в умовах надання медичної допомоги хворим у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ).

Акцентовано увагу на високій напруженості в роботі медичного персоналу, великій тяжкості стану хворих, що супроводжується зменшенням можливого часу для спілкування з хворими та його близькими.

Наведені в статті рекомендації допоможуть лікарю-анестезіологу поліпшити наявні комунікативні навички та підвищити його прагнення до подальшого їх вдосконалення.

**Ключові слова:** спілкування, комунікативна компетентність, лікар-анестезіолог, пацієнт.

**USENKO L., KANCHURA T., SHAIDA O., DUDUKINA S., USENKO O., MASHIN O.**  
**COMMUNICATIVE COMPETENCE IS AN INTEGRAL PART OF THE QUALITY PROFESSIONAL ACTIVITY OF ANESTHESIOLOGIST**

**Preamble.** Last years there were noticeable increase of interest to communicative capability which is meaningful component of physician's professional activity seeing its considerable influence on quality of process of medical treatment and patient satisfaction. Capable physician behavior towards patient and his/her family members increase success of medical treatment and patient trust in physician.

**Problems** in communication of anesthesiologist with patient are discussed in this article considering continuous increase of intensity of work and society requirements to medical professionals. Significance of highly developed communication experience in prevention of complaints and judicial claims is underlined.

The aim of this article is to summarize separate information about communicative capability, peculiarities of communication of anesthesiologist with patient and show practical doctors' way how they can improve communication.

**Materials and methods.** Given in this article evidence are based on information that was derived from PubMed database, on recommendations of American Society of Anesthesiologists and data from «The Complete Guide to Communication Skills in Clinical Practice», materials published in foreign and domestic issues, experience.

**Results.** The review of modern data highlighted in the article reflects the difficulties and peculiarities of communication between anesthesiologist and patients and their relatives, based on the specifics of his work in the perioperative period at different stages of anesthesiologic support of surgical interventions and in the conditions of medical care provided to patients in the intensive care unit (ICU).

Attention is focused on the high tension in the work of medical personnel, the high severity of the patient's condition, which is accompanied by a decrease in the possible time for communication with the patient and his relatives.

The recommendations given in the article will help the anesthesiologist to improve the existing communication skills and increase his desire to further improve them.

**Key words:** communication, communication competence, anesthesiologist and patient.