

# Урахування особливостей сторін взаємовідносин «фізичний терапевт–пацієнт» як фактор підвищення якості послуг у системі фізичної терапії хворих ортопедичного профілю

УДК 616.7:615.8

**С. Федоренко, О. Лазарева, В. Вітомський, М. Вітомська**

Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ, Україна

**Резюме.** Управління у відносинах з пацієнтами, які проходять курс фізичної терапії, відіграє дуже важливу роль, оскільки від його особливостей залежить постановка цілей і можливість їх досягнення, задоволеність пацієнта отриманими реабілітаційними послугами та суб'єктивна оцінка результату їх впливу на функціональний стан, якість життя. **Мета.** Визначити ключові особливості сторін взаємовідносин «фізичний терапевт–пацієнт» та фактори раціональної організації взаємодії в умовах центру з надання послуг фізичної терапії для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату. **Методи.** Аналіз наукової літератури, синтез та узагальнення. **Результати.** Встановлено основні аспекти, умови і фактори взаємодії пацієнта і фахівців галузі охорони здоров'я, зокрема фізичної терапії. Розглянуто питання значущості професійно важливих якостей фахівців. Визначено, що особистість фізичного терапевта реабілітаційного центру для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, стиль поведінки можуть впливати на пацієнтів як позитивно, так і негативно. Відзначено, що наразі можливо використання класифікації молодшого медичного персоналу за І. Харді та класифікації за В. А. Ташликовим і для фахівців з фізичної терапії. Наголошено на важливості покращення якості послуг і врахування особливостей другої сторони відносин «фізичний терапевт–пацієнт», зокрема психотипу пацієнта. **Висновки.** Підбір для пацієнта правильного типу управління та відносин, фахівця з відповідними індивідуальними якостями, а також урахування суб'єктивних відчуттів під час застосування засобів та проведення процедур фізичної терапії мають бути спрямовані на підвищення ефективності програми фізичної терапії, зниження ймовірності її завчасного завершення з ініціативи пацієнта, підвищення рівня задоволеності пацієнта послугами, покращення якості життя.

**Ключові слова:** реабілітація, фізична терапія, відновлення, опорно-руховий апарат, система, послуга, якість.

**Учет особенностей сторон взаимоотношений «физический терапевт–пациент» как фактор повышения качества услуг в системе физической терапии больных ортопедического профиля**

**С. Федоренко, Е. Лазарева, В. Витомский, М. Витомская**

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины, Киев, Украина

**Резюме.** Управление в отношениях с пациентами, проходящими курс физической терапии, играет очень важную роль, поскольку от его особенностей зависит постановка целей и возможность их достижения, удовлетворенность пациента полученными реабилитационными услугами и субъективная оценка результата их воздействия на функциональное состояние, качество жизни. **Цель.** Определить ключевые особенности сторон взаимоотношений «физический терапевт–пациент» и факторы рациональной организации взаимодействия в условиях центра по предоставлению услуг физической терапии для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата. **Методы.** Анализ научной литературы, синтез и обобщение. **Результаты.** Установлены основные аспекты, условия и факторы взаимодействия пациента и специалистов отрасли здравоохранения, в частности физической терапии. Рассмотрен вопрос значимости профессионально важных качеств специалистов. Определено, что личность физического терапевта реабилитационного центра для лиц с нарушениями

опорно-двигательного аппарата, стиль поведения могут влиять на пациентов как положительно, так и отрицательно. Отмечено, что в настоящее время использование классификации младшего медицинского персонала по И. Харди и классификации по В. А. Ташлыкову возможно и для специалистов по физической терапии. Подчеркнута важность улучшения качества услуг и учета особенностей другой стороны отношений «физический терапевт–пациент», в частности психотипа пациента. **Выводы.** Подбор для пациента правильного типа управления и отношений, специалиста с рядом соответствующих индивидуальных качеств, а также учет субъективных ощущений при применении средств и проведении процедур физической терапии должны быть направлены на повышение эффективности программы физической терапии, снижение вероятности ее заблаговременного завершения по инициативе пациента, повышение уровня удовлетворенности пациента услугами, улучшение качества жизни.

**Ключевые слова:** реабилитация, физическая терапия, восстановление, опорно-двигательный аппарат, система, услуга, качество.

### **Account for the peculiarities of «physical therapist–patient» relationship as a factor for improving the quality of services in the system of physical therapy of orthopedic profile patients**

**S. Fedorenko, O. Lazarieva, V. Vitomskyi, M. Vitomska**

National University of Physical Education and Sport of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Abstract.** Managing the relations with patients undergoing physical therapy plays a very important role, since its peculiarities determine the goal setting and the ability to achieve them, the patient's satisfaction with the rehabilitation services received and the subjective assessment of their impact on functional status and quality of life. *Aim.* To determine the key features of «physical therapist–patient» relationship and the factors of its rational organization in the center providing physical therapy services for people with musculoskeletal disorders. *Methods.* Analysis of scientific literature, synthesis and generalization. *Results.* The basic aspects, conditions and factors of relationship between the patient and specialists in the field of public health, in particular physical therapy, have been established. The questions of significance of professionally important qualities of specialists have been considered. It has been determined that the personality of the physical therapist of the rehabilitation center for persons with musculoskeletal disorders, behavioral style can affect patients both positively and negatively. It has been noted that it is possible now to use the classification of junior medical staff according to I. Hardy and that according to V.A. Tashlykov for specialists in physical therapy. The importance of improving the quality of services and taking into account the features of the second aspect of the relationship «physical therapist–patient», in particular the psychotype of the patient, has been emphasized. *Conclusions.* Selection for the patient of the correct type of management and relations, a specialist with a number of relevant individual qualities, as well as taking into account subjective feelings when using tools and procedures for physical therapy is aimed at increasing the effectiveness of the program of physical therapy, reducing the likelihood of its early completion on the patient's initiative, increasing the level of patient satisfaction with services, enhancing the quality of life.

**Keywords:** rehabilitation, physical therapy, restoration, locomotorium, system, service, quality.

**Постановка проблеми та аналіз наукових досліджень і публікацій.** Управління у відносинах з пацієнтами, які проходять курс фізичної терапії, відіграє дуже важливу роль, оскільки від його особливостей залежить постановка цілей і можливість їх досягнення, задоволеність пацієнта отриманими реабілітаційними послугами та суб'єктивна оцінка результату їх впливу на функціональний стан, якість життя.

Повноцінність контакту з пацієнтом означається істинним розумінням його хвороби як індивідуальної реакції на ситуацію, яка загрожує здоров'ю. Хвороба — це серія важких втрат: фізичних і психологічних, дійсних і потенційних, іноді втрата знайомого оточення і са-

мосприйняття. Під втратою слід розуміти будь-яку ситуацію (дійсну, потенційну або уявну), у якій цінний для людини об'єкт змінюється чи стає недоступним. Хворий втрачає стабільність, незалежність, фізичне і душевне благополуччя, впевненість у собі і завтрашньому дні, можливість функціонувати на попередньому рівні, право на прийняття всіх рішень з приводу себе, контроль над ситуацією з можливістю повного самообслуговування, можливість фінансового забезпечення тощо [6].

До основних аспектів, умов і факторів взаємодії пацієнта і фахівців галузі охорони здоров'я, зокрема фізичної терапії, належать [7]:

1. Юридичні права пацієнтів.

2. Сучасні умови медичної практики та їх вплив на взаємодію пацієнта і фахівця галузі охорони здоров'я.

3. Критерії вибору фахівця галузі охорони здоров'я і переваги його особистих якостей з позицій пацієнта.

4. Ставлення пацієнтів до хвороби і психотипи особистості.

5. Сучасна медична конфліктологія про взаємодію пацієнта з лікарем.

6. Правила інформаційної взаємодії пацієнта і фахівця галузі охорони здоров'я під час використання сучасних технічних засобів комунікації.

7. Комунікативна компетентність фахівця галузі охорони здоров'я в забезпеченні взаємодії з пацієнтом.

8. Розроблення нових напрямів в оптимізації взаємодії пацієнта і фахівців галузі охорони здоров'я.

Щодо можливостей досягнення поставлених адекватних цілей слід відзначити, що вони значною мірою залежать від організованості пацієнта (систематичне відвідування процедур, занять з фізичним терапевтом, виконання самостійних завдань та зміна способу життя).

Тому у підборі членів робочого колективу центру з надання послуг фізичної терапії, в управлінні взаємовідносинами між фахівцем, що надає послугу і працює з пацієнтом, і самим пацієнтом окрім дотримання правил і норм професійної етики та деонтології важливими є знання історичних парадигм у відносинах «лікар—пацієнт» та їх застосування, психотипів пацієнтів та особливостей їх ставлення до хвороби.

**Зв'язок роботи з науковими планами і темами.** Роботу виконано відповідно до плану НДР НУФВСУ на 2016–2020 рр. за темою 4.2. «Організаційні та теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп» (номер держреєстрації 0116U001609).

**Мета дослідження** — визначити ключові особливості сторін взаємовідносин «фізичний терапевт—пацієнт» та фактори раціональної організації взаємодії в умовах центру з надання послуг фізичної терапії для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

**Методи дослідження:** аналіз наукової літератури, синтез та узагальнення.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Враховуючи особливості діяльності працівників центрів з надання послуг фізичної терапії для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, у підборі персоналу важливою є наявність професійно важливих якостей, які визначають-

ся у фаховій літературі [2, 12] як індивідуальні властивості суб'єкта діяльності, що слугують успішному виконанню професійної діяльності, ефективному вирішенню професійних завдань, особистісно-професійному зростанню та вдосконаленню, а також значущо пов'язані хоча б з одним результативним параметром діяльності (якістю, продуктивністю, надійністю).

Особистість фізичного терапевта реабілітаційного центру для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, стиль поведінки можуть впливати на пацієнтів як позитивно, так і негативно.

Виділяють чотири основні групи індивідуальних якостей, що формують структуру професійної придатності фахівців [1, 10]:

✓ абсолютні — характеристики, що є необхідними для виконання роботи на мінімально допустимому або заданому нормативами рівні;

✓ відносні — такі, що передбачають можливість демонстрації суб'єктом високих кількісних результатів діяльності та майстерності;

✓ мотиваційна готовність до практичної реалізації роботи, що може компенсувати нижчий рівень розвитку інших професійно-важливих якостей;

✓ антиякості (професійні протипоказання), які у структурі професійної придатності мають бути на мінімальному рівні розвитку чи відсутні.

Певні поєднання професійно важливих якостей необхідні і є більш пріоритетними для конкретних сфер трудової діяльності. Так, Є. Климов висунув пропозицію цих якостей, а Л. Шеховцова та Є. Тютюнник систематизували їх [8, 11]. Наприклад, для професійної діяльності за типом «людина—людина» у літературі [11] зазначають такі професійно важливі інтелектуальні, моральні та естетичні якості: доброзичливість, товариськість, такт, чистота, чуйність, емпатія, витримка і емоційна стійкість, самостійність, наполегливість, домінантність, організаторські здібності, соціальний інтелект, експресія особи і поведінки, чіткість і виразність мови.

Проте для таких професій, як фізичний терапевт і фахівець з фізичної реабілітації, які спеціалізуються на наданні послуг для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, важливими також є фізична витривалість, енергетична зарядженість, швидкість реакції, координація рухів, просторове уявлення, м'язово-кінестетична чутливість.

З іншого боку, професійно значущі якості для однієї і тієї ж посади у різних за спеціалізацією організаціях можуть бути досить різними й іноді протилежними, що залежить від специфічних форм роботи, особливостей психології хворих.

Їх перелік під час підбору персоналу має уточнюватися з урахуванням особливостей (філософія та корпоративна культура організації) центру з надання реабілітаційних послуг, зокрема фізичної терапії, та запланованих посад (специфіка діяльності).

Для цього можна використовувати такий алгоритм:

- аналіз основних функцій та процедур, які проводить фахівець;
- виявлення й аналіз критичних моментів у практичній діяльності з пацієнтами (прогнозування щоденних складних робочих ситуацій);
- формування переліку професійно важливих якостей для успішного виконання завдань та обов'язків на конкретній посаді (інколи доцільно визначити необхідні якості для окремої функції чи критичної ситуації). Обов'язково об'єднати близькі за значенням якості та відсіяти зайві, провести ранжирування за рівнем значущості.

Враховуючи, що фізичні терапевти, як і медичні сестри, досить тісно співпрацюють із пацієнтами, виконуючи процедури лікувальної гімнастики з використанням терапевтичних вправ, а також є елементом взаємодії «лікар—фізичний терапевт—пацієнт» під час проведення фізичної терапії серед хворих ортопедичного профілю, типологічну класифікацію медичних сестер [13] можна певною мірою перенести на фізичних терапевтів. Так, у процесі підбору фізичних терапевтів центру з надання реабілітаційних послуг пацієнтам із захворюваннями опорно-рухового апарату слід враховувати класифікацію І. Харді:

✓ практичний тип (рутинер) у виконанні професійних обов'язків характеризується точністю і строгістю; до негативних моментів відносять зникнення самого пацієнта з уваги медичного працівника та надміру механічне виконання обов'язків;

✓ артистичний тип виділяється прагненням справити враження на пацієнта, наслідувати когось чи грати завчену роль (благодійник, наставник) з акцентом на власній важливості, безкорисливості. Проте нещирість відносин, у разі її розуміння пацієнтом, може негативно впливати на формування довіри;

✓ нервовий тип характеризується дратівливістю, втомленістю, відчуттям недооцінення праці, при цьому емоційне напруження передається пацієнтам, які вагаються звертатися зі своїми проблемами до такого фахівця;

✓ чоловікоподібний тип визначається великою статурою, енергійністю, самовпевненістю, рішучістю, безкомпромісністю. До позитивних

сторін належить можливість використання організаторських, педагогічних і виховних задатків при гарному інтелекті. Проте у незручних обставинах на перший план виходять негативні характеристики (негнучкість, прямолінійність, агресивність) у ставленні до пацієнтів;

✓ материнський тип визначає роботу як головну мету й обов'язкову умову життя, сумлінну турботу про хворого визнає життєвим призначенням; також характеризується душевністю, співпереживанням до стану пацієнтів;

✓ фахівці, які працюють з обладнанням, технічними засобами, зазвичай характеризуються відданістю своїм професійним обов'язкам, виявляють допитливість у конкретній сфері діяльності.

Для лікарів також є схожа класифікація. В. А. Ташликов описав чотири типи лікарів у двох альтернативних парах [9]:

✓ співпереживаючий лікар — наявна емпатія, здатність розділяти проблеми пацієнта (такий лікар потрібен емоційно нестійким, сенситивним пацієнтам); емоційно-нейтральний — відсторонений від переживань пацієнта, орієнтується на симптоми і користується технопрактичним підходом у лікуванні (прийнятний для пацієнтів-інтровертів та осіб із шизоїдним типом психіки);

✓ директивний тип відносин лікаря — заснований на авторитарній позиції, не підтримує дискусій з пацієнтом стосовно діагнозу і методів лікування, усуває вагання у своїй професійній компетенції, має тенденцію дратуватися під час критики (підхожий для пацієнтів, яким властиві тривожна недовірливість і педантизм); недирективний тип базується на принципах партнерства, а розпорядження, рекомендації та установки стосовно терапії надаються з урахуванням думки пацієнта. Проте такий лікар, надаючи допомогу пацієнту і переконуючи в успішності результату лікування, повинен бути обережним, щоб уникнути ятрогенії.

Для покращення якості сприймання послуг слід враховувати й другу сторону відносин «фахівець галузі охорони здоров'я—пацієнт». Пацієнт також є активним учасником процесу реабілітації та має ряд особливостей, не лише зумовлених захворюванням. До таких характеристик, що вимагають урахування під час проведення фізичної терапії, реабілітації та управління цим процесом, належить психотип пацієнта.

Використання у реабілітаційній практиці підходу до пацієнта з урахуванням психотипу має безпосереднє відношення до прогнозу лікування. Тому коли фізичний терапевт надає пацієнту послугу з відновлення здоров'я, необхідно врахову-



вати властивості психотипу людини для отримання найкращого результату.

В Європі одну з найвідоміших класифікацій «суб'єктивних типів ставлення до хвороби» (визначення, схоже з внутрішнім сприйняттям картини хвороби) запропонували психологи Роберт Конечний і Мілан Боухал у 1982 р. Згадана класифікація включає такі типи реакції: нормальний (характерною є реальна оцінка об'єктивного стану); зневажливий (наявна недооцінка важкості захворювання); заперечний (відбувається ігнорування самого факту хвороби); нозофобний (пацієнт розуміє своє перебільшення стану, але подолати паніку не здатний); іпохондричний (відбувається занурення у хворобу); нозофільний (своєрідна форма задоволення від того, що хвороба звільняє від ряду неприємних обов'язків); утилітарний (прагнення матеріально або морально нажитися на захворюванні) [14].

З 1980-х років у вітчизняній медичній психології успішно використовують класифікацію типів ставлення до хвороби, що була розроблена групою лікарів Ленінградського науково-дослідного психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева під керівництвом доктора медичних наук Андрія Личка. Ця класифікація описує дванадцять психотипів потенційних хворих: гармонійний, ергопатичний, анозогностичний, тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний, сенситивний, егоцентричний, паранойяльний, дисфоричний [3–5]. Вона охоплює практично весь спектр можливих реакцій на захворювання, що виникло [3, 14].

Таким чином, для підвищення якості надання послуг та задоволеності пацієнтів, формування адекватних програм фізичної терапії і розроблення комплексу профілактичних заходів, визначення стилю ведення та спілкування персоналу з пацієнтом психологічний статус є дуже важливим. Практичні рекомендації було розроблено на основі аналізу літератури [5] та практичного досвіду.

Загалом пацієнтам із гармонійним (реалістичним, зваженим) психотипом ставлення до хвороби притаманна тенденція не перебільшувати тяжкості свого стану, а також відсутність недооцінки серйозності хвороби. Серед представників цього психотипу спостерігається бажання сприяти досягненню успіху терапії, полегшити близькому оточенню труднощі, пов'язані з доглядом. За наявності несприятливого прогнозу у більшості випадків спостерігають переключення інтересів на доступні сфери життя, концентрацію уваги на власних справах, піклування про людей з близького оточення [4].

Гармонійне ставлення до хвороби та її симптомів або до свого стану здоров'я загалом передбачає найкращі можливості побудувати гарні відносини з пацієнтом. У таких пацієнтів зазвичай не виникає труднощів у відносинах із персоналом та близьким оточенням. Стосовно них використовують рекомендації до повної комплексної програми фізичної терапії та фізіотерапевтичних процедур, оскільки підґрунтя для результативної співпраці у цьому випадку найкраще.

Ергопатичний (стенічний) психотип характеризується зануренням у роботу, щоб відволіктися від хвороби. Йому властиве занадто відповідальне, вольове ставлення до роботи, що може бути більш виражене, ніж до хвороби. Хворому притаманне вибіркоче відношення до проведення обстеження та лікування, що обумовлено прагненням продовжувати працювати, незважаючи на хворобу. Спостерігається прагнення втримати професійний статус і зберегти можливість продовжувати активну трудову діяльність, не змінюючи колишні умови [3].

Анозогностичний психотип характеризується дуже завзятим відхиленням наявності захворювання, вірогідних її наслідків, можливе навіть спростування й ігнорування наявних фактичних проблем. Симптоми можуть сприйматися як прояв «несерйозних» захворювань чи змін у самопочутті, що обумовлює відмову від діагностичних заходів, візитів до лікаря та терапії. Проявляється бажання розібратися власними силами, самотійно. Характерною особливістю є надія на те, що все обійдеться і самотійно вирішиться (вилікується).

При ейфоричному варіанті анозогностичного типу відмічається необґрунтовано підвищений настрій, зневажливе, легковажне ставлення до хвороби і лікування, бажання продовжувати отримувати від життя все, як і раніше. Легкість порушення пацієнтом режиму і лікарських рекомендацій згубно позначається на перебігу хвороби [4].

При роботі з ергопатичним та анозогностичним типами важливим є надання повної та раціонально обґрунтованої інформації про особливості захворювання та його симптоми, оскільки обидва типи характеризуються загальною особливістю — запереченням хвороби: шляхом «бажання найшвидше повернутися до роботи» в ергопатичного типу і «невпізнання очевидного захворювання» — в анозогностичного. Для таких пацієнтів важливим елементом у програмах фізичної терапії є блок рекомендацій для самотійного виконання та профілактичні заходи, оскільки у відносинах з фізичним терапевтом і

медичним персоналом спостерігається невисоке бажання співпрацювати. Оскільки покращення у симптомах захворювання часто обумовлює передчасне припинення лікування до наступного загострення, то систематичне наголошення на необхідності продовження терапії після стихання симптомів також є характерною особливістю ведення таких пацієнтів.

Тривожний психотип (тривожно-депресивний і обсесивно-фобічний варіанти) характеризується наявністю постійного занепокоєння і недовірливості щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. Настрій тривожний, пригнічений, супроводжується зниженням психічної активності. Спостерігається пошук нових способів лікування, «авторитетів», додаткової інформації стосовно захворювання і методів лікування, а також відмічається часта зміна лікуючого лікаря. Більшою мірою виражений інтерес до об'єктивних даних (результатів аналізів, висновків фахівців), ніж до суб'єктивних, що є однією з відмінностей від іпохондричного типу. Таким чином, віддається перевага слухати прояви захворювання в інших, а не постійно висувати свої скарги. При обсесивно-фобічному варіанті тривожна недовірливість передусім стосується малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, змін взаємин з близькими у зв'язку з хворобою. Ритуали та прикмети стають захистом від тривоги [3, 4].

Засади співпраці лікаря, фізичного терапевта та іншого задіяного медичного персоналу у роботі з пацієнтами тривожного типу базуються на прояві терпіння, періодичних підбадьорень та заохочень, що загалом можна охарактеризувати як материнський підхід. Як пацієнтові, так і його родичам надається повна інформація про захворювання та його особливості, пропонується повна програма фізичної терапії з включенням інших засобів реабілітації, оскільки пацієнти такого типу більш схильні до комплексних програм відновного лікування. У веденні таких пацієнтів медичний персонал має бути готовий до можливості зменшення рівня тривожності стосовно попередніх факторів й формування нових тривожних моментів. Тривога супроводжує цих людей протягом усього життя як риса типу конституції.

Серед пацієнтів з іпохондричним типом спостерігається надмірна концентрація уваги на особистих хворобливих та інших дискомфортних відчуттях. У відносинах з медичним персоналом виявляється прагнення постійно розповідати про них, аналогічна ситуація наявна й у спілкуванні з іншими людьми. Виявляється гіперболіза-

ція наявних, а також пошук неіснуючих хвороб і проблем, симптомів побічної дії засобів терапії. Характерною є комбінація готовності лікуватися і відсутності надії на результативне лікування. Це може виявлятися бажанням постійно проходити діагностичні обстеження, вимогами більш ретельного обстеження іншими, наприклад відомими чи авторитетними, фахівцями, побоюваннями отримати ще більшу шкоду від процедур [3, 5, 7].

Іпохондричний належить до типів з високим рівнем неприємностей та важкої співпраці з персоналом, який реалізує програму фізичної терапії. У скаргах пацієнта стосовно його відчуттів необхідно виокремлювати ті, що пов'язані з ураженими структурами, від сенестоалгій і сенестопатій. Відповідно до деонтологічних принципів, таких пацієнтів та їхні сім'ї повною мірою інформують стосовно захворювання і необхідного лікування. Реабілітаційна команда має бути поінформованою, що «добре» такому пацієнтові не буває, і, відповідно, подяка чи визнання наявності ефективності терапії від пацієнта є рідкістю. Виконання програми фізичної терапії може супроводжуватися наданням їй пацієнтом певної дивакуватості. У веденні пацієнтів обов'язково встановлюють терміни наступних процедур і повторних курсів.

Неврастенічний тип характеризується поведінкою за типом «дратівливої слабкості» — спалахами роздратування, що більшою мірою проявляються при болю, дискомфорті, невдачах лікування і спрямовуються на першого-ліпшого, а також завершуються критичним ставленням до своїх вчинків, каяттям і докорами сумління. Такий хворий не вмє і не бажає терпіти больові відчуття [3]. З метою формування продуктивної співпраці з пацієнтами неврастенічного типу важливим є визнання недоліків (наявних чи надуманих) та неможливість включення у зтяжні «виправдальні дебати». Це допомагає заспокоїти пацієнта та формувати подальші відносини з наданням раціональної інформації за типом «дорослий—дорослий». Також враховувалися можливі причини стимуляції «дратівливої слабкості» з метою їх нівелювання.

Меланхолійний тип проявляється відсутністю віри у результативну фізичну терапію і одужання навіть за наявності сприятливих об'єктивних показників і задовільного самопочуття. Переважає песимістичний погляд на все навколо.

Дещо схожий підхід, як до пацієнта з тривожним типом, застосовується до осіб із меланхолійним типом. Так, під час обстежень та фізичної терапії пацієнтів перевага надається материнській методиці взаємовідносин та спілкування, яка

характеризується систематичними підбадьореннями, висловленням похвали за певні результати й успіхи. Як і тривожний тип, меланхолійний тип більш схильний до застосування комплексних програм відновного лікування і профілактики.

У пацієнтів з апатичним типом спостерігається повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби й лікування, втрата інтересу до життя й усього, що раніше хвилювало. Відбувається пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні. Характерні млявість і апатія у поведінці, діяльності і міжособистісних відносинах [3, 4]. До фізичних терапевтів центру з надання реабілітаційних послуг висувається вимога у роботі з пацієнтами апатичного типу брати всю ініціативу на себе. Необхідною також є стимуляція підтримки сім'ї.

Сенситивному типу притаманні надмірна вразливість, занепокоєння можливими несприятливими враженнями, які можуть виникнути у оточуючих у зв'язку з його хворобою. Характерною є боязнь стати тягарем, коливання настрою пов'язані з міжособистісними контактами [4]. Серед особливостей ведення пацієнтів сенситивного типу виділяють схильність до материнської методики з постійними переконаннями у відсутності реальних і уявних причин побоювань, у позитивні наслідки запропонованої терапії.

У представників егоцентричного (істероїдно-го) типу відбувається «ухвалення» хвороби, пошуки вигоди від неї. Спостерігається виставлення напоказ своїх страждань і переживань для збільшення співчуття і підвищення уваги. Формується вимога винятково турбуватися про себе на шкоду іншим справам та цілковита байдужість до близьких [4, 5, 7]. Головним аспектом у менеджменті пацієнтів егоцентричного типу є уникнення «поневолення». У відносинах з пацієнтом такого типу необхідно відповісти на питання «хто кого лікує?», не виконувати забаганки та не припускати командування пацієнта. Відносини між фізичним терапевтом та пацієнтом будуються за типом «дорослий—дорослий».

Для пацієнтів з паранойяльним типом характерні впевненість, що хвороба є результатом зовнішніх причин чи злого наміру; підозрілість і настороженість щодо розмов про себе, до ліків і процедур; прагнення приписувати можливі ускладнення, побічні дії недбалості і злому наміру фахівців з подальшими звинуваченнями і вимогами покарань [4, 6, 14]. Паранойяльний тип не рідкість, враховуючи ментальність. Необхідність переконувати пацієнта у помилковості його сприйняття хвороби та обраного підходу до лікування захворювання визначається індивідуально. Мож-

ливі варіанти, що після застосування нетрадиційних методів («зняття порчі», «очищення житла») пацієнти паранойяльного типу стають спокійнішими і схильними до фізичної терапії [5].

Дисфоричний (агресивний) тип характеризується домінуванням гнівливо-похмурого настрою, постійним незадоволеним виглядом; спостерігаються заздрість і ненависть до здорових, включаючи близьких, спалахи озлобленості зі схильністю звинувачувати у хворобі інших. Пацієнт вимагає особливої уваги до себе, підозріло ставиться до процедур і лікування. Агресивно, часом деспотично ставиться до близьких, вимагає в усьому догоджати [3, 4]. Дисфоричний тип є важким у роботі фізичного терапевта. Взаємовідносини мають будуватися за принципом «дорослий—дорослий» з характерними рисами офіційності. Персонал реабілітаційної команди має бути поінформований про необхідність виконання професійного обов'язку на тлі відсутності задоволеності у пацієнта. Пацієнтів з таким типом слід приймати такими, якими вони є. Спроби змінити їх особливості вважаються недоцільними.

Слід зазначити, що перші три типи реакції вважаються раціональними, оскільки соціальна адаптація у таких пацієнтів не порушена і вони можуть самостійно впоратися зі своїми психологічними проблемами [7, 14].

**Висновок.** Враховуючи широкий спектр наведених особливостей пацієнтів і можливість їх поєднань, актуалізується роль психології встановлення контакту з пацієнтом під час первинної консультації, використання технік психологічного приєднання і ведення, аналізу і виявлення потреб пацієнта, основ активного слухання і задавання відкритих питань, технології і психології безконфліктного спілкування, правил поведінки в конфлікті, роботи з запереченнями пацієнтів (види заперечень: умова, сумнів, відмовка; потреби клієнта, що ховаються за запереченням) у діяльності медичного центру, що спеціалізується у фізичній терапії та наданні реабілітаційних послуг пацієнтам із захворюваннями та пошкодженнями опорно-рухового апарату. Підбір для пацієнта правильного типу управління та відносин, фахівця з відповідними індивідуальними якостями, а також урахування суб'єктивних відчуттів під час застосування засобів та проведення процедур фізичної терапії спрямовані на підвищення ефективності програми фізичної терапії, зниження ймовірності її завчасного завершення з ініціативи пацієнта, підвищення рівня задоволеності пацієнтом послугами, покращення якості життя.



## Література

1. Алексеева И. Ю. Диагностика профессионально важных качеств / И. Ю. Алексеева, А. В. Батаршев, Е. В. Майорова. – СПб. : Питер, 2007. – 192 с.
2. Ашеров А. Т. Професійно важливі якості фахівця як складова його проектної культури / А. Т. Ашеров, В. І. Шеховцова, Ю. М. Полякова // Вісн. Нац. техн. ун-ту України «Київський політехнічний інститут» (Сер. Філософія. Психологія. Педагогіка). – 2010. – № 2. – С. 127–131.
3. Вассерман Л. И. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни : метод. рекомендации / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, А. Я. Вукс. – Л., 1987. – 26 с.
4. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей [Электронный ресурс] / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. – СПб. : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005 [цит. 2016 Січ 21], 32 с. – Режим доступа : <http://www.medpsy.com/library/library122.pdf>
5. Денисов И. Н. Общая врачебная практика: внутренние болезни – интернология. Практическое руководство / И. Н. Денисов, Б. Л. Мовшович. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 496 с.
6. Калашников Н. А. Аспекты взаимодействия пациента и врача, возможность их оптимизации в медицинской практике (Часть 1). *Therapia* / Н. А. Калашников. – 2015 [цит. 2016 Січ 21]. – № 6(99). – С. 36. – Режим доступа : <http://therapia.ua/therapia/2015-/6-99/aspekty-vzaimodeistviya-patsienta-i-vracha-vozmozhnost-ikh-optimizatsii-v-meditsinskoj-praktike-chast-1>
7. Калашников Н. А. Аспекты взаимодействия пациента и врача, возможность их оптимизации в медицинской практике (Часть 2). *Therapia* / Н. А. Калашников. – 2015 [цит. 2016 Січ 21]. – № 7-8(100). Режим доступа : <http://therapia.ua/therapia/2015-/7-8-100/aspekty-vzaimodeistviya-patsienta-i-vracha-vozmozhnost-ikh-optimizatsii-v-meditsinskoj-praktike-chast-2>.
8. Климов Е. А. Пути в профессионализм (психологический взгляд) : учеб. пособие / Е. А. Климов. – М. : Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2003. – 320 с.
9. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навч. посіб. / Ю. П. Никоненко. – К. : КНТ, 2016. – 369 с.
10. Понятие профессионально важных качеств деятельности. Психология труда: учебник для студентов высш. учеб. заведений / под ред. А. В. Карлова. – М. : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 352 с.
11. Силкін О. О. Зміст терміну «Професійно значущі якості особистості» і технологія визначення цих якостей для окремого фахівця / О. О. Силкін // Наукові праці Донецького національного технічного університету (Сер. Педагогіка, психологія і соціологія). – 2011 [цит. 2016 Січ 21]. – № 9. – С. 4. Режим доступа : <http://ea.donntu.edu.ua/bitstream/123456789/24050/1/sylkin.pdf>
12. Смирнова Е. О. Педагогические системы и программы воспитания : учеб. пособие / Е. О. Смирнова. – М. : ВЛАДОС, 2005. – 119 с.
13. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. – Будапешт : Академия наук Венгрии, 1988. – 340 с.
14. Чернов А. 12 пациентов и их психотипы. KATRENTSTYLE [Электронный ресурс]. – 2013 [цит. 2016 Січ 21]. – 122 с. – Режим доступа : [https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/medicine/ethics/12\\_patsientov\\_i\\_ih\\_psihotipy](https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/medicine/ethics/12_patsientov_i_ih_psihotipy)

## References

1. Alekseyeva, I.Yu., Batarshv, A.V., & Mayorova, Y.V. (2007). *Diagnostika professional'no vazhnykh kachestv* [Diagnostics of professionally important qualities]. Sankt-Peterburg: Piter [in Russian].
2. Asherov, A.T., Shekhovtsova, V.I., & Polyakova, Y.M. (2010). Profesiyno vazhlyvi yakosti fakhivtsya yak skladova yoho proektnoyi kultury [Professionally important qualities of a specialist as a component of his design culture]. *Visnyk Natsionalnoho tekhnichnoho universytetu Ukrainy «Kyivskyi politekhnichnyi instytut»* (Ser. Filosofiya. Psykholohiya. Pedahohika) – *Bulletin of the National Technical University of Ukraine «Kyiv Polytechnic Institute»* (Ser. Philosophy. Psychology. Pedagogy), 2, 127-131 [in Ukrainian].
3. Vasserman, L.I., Iovlev, B.V., & Vuks, A.Y. (1987). *Metodika dlya psikhologicheskoy diagnostiki tipov otnosheniya k bolezni* [A method for the psychological diagnosis of types of attitudes towards the disease]. Leningrad [in Russian].
4. Vasserman, L.I., Iovlev, B.V., Karpova, E.B., & Vuks, A.Y. (2005). *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobiye dlya vrachei* [Psychological diagnosis of the relationship to the disease. Manual for doctors]. Sankt-Peterburg: Sankt-Peterburgskiy nauchno-issledovatel'skiy psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva [in Russian]. Retrieved from <http://www.medpsy.com/library/library122.pdf>
5. Denisov, I.N., & Movshovich, B.L. (2001). *Obshchaya vrachebnaya praktika: vnutrenniye bolezni – internologiya. Prakticheskoye rukovodstvo* [General medical practice: internal diseases – internology. A practical guide]. Moscow: GOU VUNMTS MZ RF [in Russian].
6. Kalashnikov, N.A. (2015). *Aspekty vzaimodeystviya patsiyenta i vracha, vozmozhnost' ikh optimizatsii v meditsinskoj praktike* (Chast' 1) [Aspects of patient and physician interaction, the possibility of their optimization in medical practice (Part 1)]. *Therapia*, 6(99), 36. Retrieved from <http://therapia.ua/therapia/2015-/6-99/aspekty-vzaimodeistviya-patsienta-i-vracha-vozmozhnost-ikh-optimizatsii-v-meditsinskoj-praktike-chast-1> [in Russian].
7. Kalashnikov, N.A. (2015). *Aspekty vzaimodeystviya patsiyenta i vracha, vozmozhnost' ikh optimizatsii v meditsinskoj praktike* (Chast' 2) [Aspects of patient and physician interaction, the possibility of their optimization in medical practice (Part 2)]. *Therapia*, 7-8(100). Retrieved from <http://therapia.ua/therapia/2015-/7-8-100/aspekty-vzaimodeistviya-patsienta-i-vracha-vozmozhnost-ikh-optimizatsii-v-meditsinskoj-praktike-chast-2> [in Russian].
8. Klimov, Y.A. (2003). *Puti v professionalizm (Psikhologicheskii vzglyad)* [Ways to professionalism (Psychological view)]. Moscow: Moskovskiy psikhologo-sotsial'nyy institut: Flinta [in Russian].
9. Nykonenko, Yu.P. (2019). *Klinichna psykholohiya* [Clinical Psychology]. Kiev: KNT [in Ukrainian].
10. Karpov, A.V. (Ed.) (2003). *Ponyatiye professional'no vazhnykh kachestv deyatel'nosti. Psikhologiya truda* [The concept of professionally important qualities of activity. Labor Psychology]. Moscow: VLADOS-PRESS [in Russian].
11. Sylkin, O.O. (2011). *Zmist terminu «Profesiyno znachushchi yakosti osobystosti» i tekhnolohiya vyznachenniya tsykh yakostey dlya okremoho fakhivtsya* [Maintenance of term «professionally meaning qualities of the person» and technology of definition of these qualities for the separate expert]. *Naukovi pratsi Donetskoho natsionalnoho tekhnichnoho universytetu* (Ser. Pedahohika, psykholohiya i sotsiolohiya) – *Scientific works of the Donetsk National Technical University* (Ser. Pedagogy, Psychology and Sociology), 9, 4. Retrieved from <http://ea.donntu.edu.ua/bitstream/123456789/24050/1/sylkin.pdf> [in Ukrainian].
12. Smirnova, Y.O. (2005). *Pedagogicheskiye sistemy i programmy vospitaniya* [Pedagogical education systems and programs]. Moscow: VLADOS [in Russian].
13. Khardi, I. (1988). *Vrach, sestra, bol'noy. Psikhologiya raboty s bol'nymi* [Doctor, sister, patient. Psychology of work with patients]. Budapest: Academy of Sciences of Hungary [in Russian].
14. Chernov, A. (2013). *12 patients and their psycho*. KATRENTSTYLE, 122. Retrieved from [https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/medicine/ethics/12\\_patsientov\\_i\\_ih\\_psihotipy](https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/medicine/ethics/12_patsientov_i_ih_psihotipy) [in Russian].