

ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ НЕГАТИВНОЇ КОМУНІКАТИВНОЇ УСТАНОВКИ ЛІКАРЯ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ В УКРАЇНІ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Лавриш Юліана Едуардівна,

доктор педагогічних наук, професор,
завідувач кафедри англійської мови технічного спрямування № 2,
Національний технічний університет України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»
ORCID: 0000-0001-7713-120X

Литовченко Ірина Миколаївна,

доктор педагогічних наук, професор,
професор кафедри англійської мови технічного спрямування № 2,
Національний технічний університет України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»
ORCID: 0000-0002-8578-3985

Яхно Тетяна Володимирівна,

викладач кафедри мовної підготовки,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
ORCID: 0000-0002-7994-165X

У статті проаналізовано проблему формування та прояву негативної комунікативної установки в лікарів в умовах сучасних реалій, зокрема в умовах війни в Україні. Показано, що ключовим періодом виникнення негативізму в комунікації є етап додипломної підготовки, коли особистість майбутнього фахівця ще формується. Визначено негативну комунікативну установку медичного працівника як внутрішню налаштованість, що проявляється у вигляді емоційної відстороненості, недовіри до пацієнта, реактивності, авторитарності або пасивності в професійному спілкуванні. Проаналізовано типові форми її прояву: вербальна агресія, уникання діалогу, знецінення емоцій пацієнта, ігнорування, порушення зорового контакту, мовчазність або, навпаки, надмірна директивність. Визначено, що ці прояви зазвичай є результатом внутрішніх конфліктів, психоемоційного виснаження, низького рівня емпатійності, а також наслідком недостатньої уваги до розвитку комунікативної компетентності під час додипломного навчання. Наголошено, що повномасштабна війна в Україні істотно посилила стресові фактори, що сприяють формуванню негативної установки. У статті виділено ключові чинники, що зумовлюють виникнення негативної комунікативної установки: хронічний стрес, дефіцит емоційного інтелекту, відсутність сформованого досвіду конструктивного спілкування, недооцінка значущості комунікативної складника професії. Окреслено можливі напрями корекції негативної установки на рівні закладів вищої медичної освіти: впровадження тренінгів з розвитку емоційного інтелекту, практик саморефлексії і самоконтролю, моделювання складних ситуацій лікарсько-пацієнтської взаємодії, створення психологічно безпечного освітнього середовища, наставництво з боку клінічних викладачів та рефлексивне опрацювання досвіду спілкування. Обґрунтовано доцільність інтеграції психопрофілактичних та освітніх програм у структуру додипломної підготовки з метою формування позитивної комунікативної установки лікаря.

Ключові слова: негативна та позитивна комунікативна установка лікаря, професійна комунікація, формування особистості, додипломна підготовка, медична освіта.

Lavrysh Yuliana, Lytovchenko Iryna, Yakhno Tetyana. Factors Contributing to Formation of a Doctor's Negative Communicative Mindset in Contemporary Ukraine and their Correction

The article addresses the issue of the formation and manifestation of a negative communicative mindset in physicians in the context of current realities, particularly under wartime conditions in Ukraine. It highlights that the key period for the development of communicative negativism is the stage of undergraduate training, when the personality of a future specialist is still being formed. A negative communicative mindset in a healthcare professional is defined as an internal disposition that manifests itself in professional behavior through emotional detachment, distrust of the patient, reactivity, authoritarianism, or passivity in communication. The article analyzes typical manifestations of such a mindset, including

verbal aggression, avoidance of dialogue, devaluation of the patient's emotions, ignoring, lack of eye contact, silence, or, conversely, excessive directiveness. It is emphasized that these manifestations are typically the result of internal conflicts, psycho-emotional exhaustion, and a low level of empathy, but also stem from insufficient attention to the development of communicative competence during undergraduate education. The full-scale war in Ukraine has significantly intensified the stress factors that contribute to the formation of a negative mindset. The article identifies key factors leading to the emergence of a negative communicative attitude: chronic stress, a lack of emotional intelligence and empathy, absence of experience in constructive communication, and the undervaluation of communicative skills in the medical profession. The article outlines possible approaches to correcting this mindset within medical higher education institutions. These include the implementation of training sessions on emotional intelligence development, self-reflection and self-regulation practices, simulation of complex doctor-patient communication scenarios, creation of a psychologically safe educational environment, clinical mentorship, and reflective analysis of communication experiences. The integration of psycho-preventive and educational programs into the structure of undergraduate medical education is substantiated as an effective strategy for shaping a positive communicative mindset in future physicians.

Key words: negative and positive communicative mindset of a physician, professional communication, personality formation, undergraduate training, medical education.

Вступ. Українське суспільство вже четвертий рік перебуває в стані тривалої повномасштабної війни, коли трансформуються не лише соціально-політичні й економічні аспекти життя, а й між-особистісні відносини, що особливо гостро проявляється у сфері медичної комунікації. Перед лікарями, які ведуть свою професійну діяльність у надзвичайно стресогенному середовищі, постають нові виклики: у багатьох відзначається високий рівень емоційного вигорання, перевантаження, фахівці постійно відчують тривогу, мають спілкуватися з пацієнтами, які перебувають у кризовому стані. Усе це формує в них негативну комунікативну установку, стійку поведінкову та емоційну схему, що виражається у відчуженості, дратівливості, знеособленні пацієнта, втраті емпатії і зниженні якості взаємодії. Негативна комунікативна установка лікаря є не лише індивідуальною реакцією на психотравмувальні умови, а й соціально зумовленим феноменом, що має системний вплив на весь процес лікування. Виражена негативна комунікативна установка лікаря здатна ускладнювати встановлення контакту з пацієнтом, знижувати рівень довіри, впливаючи так на ефективність медичної допомоги. Серед чинників, що сприяють її формуванню, хронічний стрес, неефективна система психологічної підтримки медичних працівників, відсутність часу на рефлексію, дефіцит навчальних програм, орієнтованих на розвиток комунікативної гнучкості. Саме відсутність належної підготовки медиків на додипломному етапі навчання, коли тільки формується особистість фахівця, зумовлює негативні комунікативні навички в майбутній професійній діяльності. Особливої актуальності набуває питання виявлення та корекції негативної комунікативної установки лікаря через упровадження спеціалізованих освітніх і психопрофілактичних програм на етапі додипломної підготовки, адже завжди легше формувати особистість, ніж її перетворювати.

Метою статті є аналіз факторів, що зумовлюють формування негативної комунікативної установки медичних працівників в умовах воєнного сьогодення в Україні та окреслення можливих підходів до її корекції протягом додипломної підготовки.

Аналіз попередніх досліджень. Проблема негативної комунікативної установки лікарів та її ролі в забезпеченні якості професійної взаємодії розглядали як українські, так і закордонні автори. Проблему активно досліджують починаючи з останньої чверті минулого сторіччя, коли питанню покращення комунікації лікаря з пацієнтом та налаштованості лікаря на безконфліктну взаємодію приділяли увагу європейські та американські автори [1; 2]. Водночас українські науковці активно звертають увагу на проблему вже у ХХІ сторіччі [3; 4]. У межах підготовки фахівців з менеджменту послуг охорони здоров'я численні кваліфікаційні роботи, присвячені питанню позитивної чи негативної налаштованості лікаря на взаємодію та подальші наслідки [5–8]. Зазначено, що позитивна комунікативна установка, налаштованість на взаємодію, а не конфлікт, комунікативна толерантність до пацієнтів є невід'ємними рисами особистості лікаря-професіонала [4]. Під час навчання одним із завдань підготовки лікарів є формування здатності взаємодіяти з пацієнтами саме в аспекті комунікації, і жодні фахові мануальні навички не можуть витіснити значущість комунікації зі структурної моделі лікаря [2]. Доведено, що ефективна комунікація лікаря з пацієнтом є запорукою успіху процесу лікування [1]. Коли ж лікар не знаходить спільної мови з пацієнтом, він може «випустити» важливі деталі для діагностики або ж пацієнт може покинути лікування в неприємного для нього лікаря. Негативна комунікативна установка може екстраполюватись і на колег, коли лікар без поваги спілкується з колегами чи комунікує з пацієнтами, негативно висловлюючись про

колег [9], що сприяє розвитку негативного мікроклімату в закладі охорони здоров'я та негативно впливає на кінцевий результат роботи. Ефективна комунікація визначається цілісною сформованою позитивною комунікативною установкою лікаря [3], а її розвиток у вже сформованій особистості професіоналу є завданням менеджменту закладу охорони здоров'я [7; 8]. Лікарі, стоматологи та інші працівники сфери охорони здоров'я також можуть розвивати негативне ставлення протягом лікарської діяльності, внаслідок емоційного вигорання [5; 10; 11]. Проте вважаємо, що первинне значення відіграє сформованість негативної комунікативної установки в молодого фахівця протягом його додипломної підготовки та практики, а отже, завдання формування позитивності в комунікації лікаря постає перед закладами вищої медичної освіти.

Виклад основного матеріалу. Аналіз літературних джерел дав змогу виокремити поняття негативної комунікативної установки медика, яке походить від позитивної комунікативної установки фахівця. Так, можемо визначити негативну комунікативну установку медичного працівника як внутрішню налаштованість, що проявляється в його поведінці як емоційна дистанційованість, недовіра до пацієнта, реактивність, авторитарність або пасивність у спілкуванні. Усе це, окремо чи в поєднанні, спричиняє робочі конфлікти, які не мають шансів до продуктивного розв'язання, а закінчуються сварками, скаргами, конфліктами на більш високому рівні. Розглянемо ж основні прояви негативної комунікативної установки лікаря: вербальну агресію, уникання діалогу, невербальну відстороненість, авторитарність, ігнорування пацієнтів, знецінення почуттів пацієнта.

У разі вербальної агресії або холодності лікаря він використовує різкий, нетактовний, емоційно відсторонений або знеособлений тон комунікації, що викликає в пацієнта відчуття приниження, страху чи відторгнення. Прикладом цього можуть бути такі висловлювання: «Що ви хочете, якщо самі запустили зуби?» або «Це не моя проблема, звертайтеся до терапевта».

Обираючи стратегію уникнення діалогу з пацієнтом, лікар ігнорує запитання пацієнта, не дає пояснень щодо діагнозу чи плану лікування, не відповідає на телефонні дзвінки пацієнта. Наприклад, лікар може призначити лікування, не пояснюючи, чому воно потрібне, або відповідати на запитання пацієнта коротким «це все одно не допоможе вам зрозуміти». Іншою стратегією є невербальна відстороненість лікаря, яка проявляється невербальних ознаках: відсутності зорового

контакту, закритій позі, униканні фізичної присутності біля пацієнта, відсутності мінімального емоційного відгуку. Так, лікар може записувати інформацію в документах щодо пацієнта, не дивлячись на нього, або під час розмови відвертатися до комп'ютера.

Іншою поширеною тактикою негативної взаємодії є авторитарний стиль спілкування, коли лікар нав'язує рішення, не залучає пацієнта до обговорення, підкреслює свою верхність і не визнає права пацієнта на сумнів чи запитання. Фрази на кшталт «Я лікар – я краще знаю, що вам потрібно» або «Мені не цікаво, що ви читали в інтернеті» якнайкраще демонструють такий стиль.

Лікар може також ігнорувати емоційний стан пацієнта чи знецінювати його. Відсутність емпатії, несприйняття страху, болю, тривоги пацієнта, невміння або небажання підтримати словом чи тоном зумовлюють напруженість у відносинах, сприяють погіршенню результату лікування, коли пацієнт не хоче продовжувати лікування в лікаря. Яскравий приклад – коли пацієнт хвилюється перед процедурою, а лікар реагує: «Припиніть панікувати, у мене немає часу на це». Лікар може так само і знецінювати почуття пацієнта із сарказмом, пасивною агресією: «Ой, як страшно, уколів боїтесь? Це ж не дитячий садок».

Всі вищенаведені прояви негативної комунікативної установки медика зумовлені його внутрішніми конфліктами, стресовим станом, низькою емпатійністю, але всі вони, безумовно, мають підґрунтям погану підготовку протягом додипломного навчання. В умовах війни в Україні всі ці фактори посилюються. Варто виокремити ключові фактори, що сприяють негативній комунікативній установці: хронічний стрес, недостатність емоційного інтелекту, емпатійності, несформований досвід позитивної комунікації та відсутність уваги до комунікативної компетентності. Хронічний стрес і тривожність, спричинені війною, особистими втратами, переміщенням, фінансовою нестабільністю або переживанням за близьких знижують рівень емоційної стабільності, призводять до зростання дратівливості, замкнутості, втоми від міжособистісної взаємодії. Недостатній розвиток емоційного інтелекту та навичок саморегуляції, спричинені тим, що в умовах як психічного, так і професійного перевантаження медики часто не усвідомлюють власного емоційного стану та не мають навичок контролювати реакції в складних ситуаціях. Також відсутність позитивного комунікативного досвіду може бути зумовлена як недоліками програми підготовки фахівців, так і скороченням спілкування з пацієнтами вна-

слідок воєнних дій. Також тут значну роль відіграє комунікація з менторами, якщо такі є (інститут менторства лише починає запроваджуватись у системі медичної освіти). Відсутність системної уваги лікаря до формування комунікативної компетентності також відіграє свою роль, коли комунікація часто розглядається як другорядна навичка, що не вимагає спеціального навчання.

З огляду на вказані фактори, корекція негативної комунікативної установки має здійснюватися комплексно й системно на етапі додипломної підготовки. Серед ефективних педагогічних підходів можна запропонувати: запровадження тренінгів з розвитку емоційного інтелекту, саморефлексії та самоконтролю, інтеграцію симуляції комунікації лікаря з пацієнтами у складних умовах, створення безпечного фізичного та психологічного освітнього середовища, запровадження програм менторства з боку викладачів-медиків, а також ведення щоденників досвіду з обговоренням їх у групах колег.

Висновки. Питання виявлення та корекції негативної комунікативної установки лікаря через упровадження спеціалізованих освітніх і психопрофілактичних програм на етапі додипломної підготовки надзвичайно важливе, адже формувати особистість лікаря легше, ніж її перевиховувати. Первинне значення в негативізмі лікаря відіграє сформованість негативної комунікативної установки в молодого фахівця протягом його додипломної підготовки та практики, а отже, завдання формування позитивності в комунікації

лікаря постає перед закладами вищої медичної освіти. Визначено негативну комунікативну установку медичного працівника як внутрішню налаштованість, що проявляється в його поведінці як емоційна дистанційованість, недовіра до пацієнта, реактивність, авторитарність або пасивність у спілкуванні. Основні прояви негативної комунікативної установки лікаря передбачають вербальну агресію, уникання діалогу, невербальну відстороненість, авторитарність, ігнорування пацієнтів, знецінення почуттів пацієнта. Усі ці прояви негативної комунікативної установки медика зумовлені його внутрішніми конфліктами, стресовим станом, низькою емпатійністю і мають підґрунтям погану підготовку протягом додипломного навчання. В умовах війни в Україні всі ці фактори посилюються. Варто виокремити ключові фактори, що сприяють негативній комунікативній установці: хронічний стрес, недостатність емоційного інтелекту, емпатійності, несформований досвід позитивної комунікації та відсутність уваги до комунікативної компетентності. Серед ефективних педагогічних підходів можна запропонувати: запровадження тренінгів з розвитку емоційного інтелекту, саморефлексії та самоконтролю, інтеграцію симуляції комунікації лікаря з пацієнтами у складних умовах, створення безпечного фізичного та психологічного освітнього середовища, запровадження програм менторства з боку викладачів-медиків, а також ведення щоденників досвіду з обговоренням їх у групах колег.

Список літератури:

1. Stewart M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1995. Vol. 152, № 9. P. 1423–1433.
2. Lee S. J., Back A. L., Block S. D., Stewart S. K. Enhancing physician-patient communication. *ASH Education Program Book*. 2002. № 1. P. 464–483.
3. Камінська А. О. Особливості комунікативної установки у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів. *Архів психіатрії*. 2014. Т.2, № 20. С. 136–139.
4. Вергелес К. М., Куліш П. Л., Школьнікова Т. Ю., Вергелес Т. М. Етико-моральні проблеми лікаря: від навчання до професіоналізму та повного зникнення. *Суспільні науки: сучасні тенденції та фактори розвитку* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 17–18 січня 2020 р., м. Одеса. Одеса : Причорномор. центр дослідж. проблем суспільства, 2020. С. 18–21.
5. Амбрутіс А. Ю. Особливості професійного вигорання у лікарів хірургічного та терапевтичного профілю роботи: кваліфікац. робота. Запоріжжя : ЗНУ, 2020. 101 с.
6. Росоловський О. О. Врегулювання міжособистісних конфліктів в трудовому колективі закладу охорони здоров'я. *Interpersonal conflict resolution in the workforce of a health care institution*: кваліфікац. робота. Тернопіль : ЗУНУ, 2023. 76 с.
7. Чернишова К. М. Основні напрями вдосконалення системи управління конфліктами в закладах охорони здоров'я (на прикладі КП «Хмельницька інфекційна лікарня» Хмельницької міської ради) : дипломна робота. Хмельницький: Хмельниц. нац. ун-т., 2023. 81 с.
8. Каритун В. В. Організація взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг : кваліфікац. робота : спец. 073 – менеджмент, освіт.-проф. програма – менеджмент закладів охорони здоров'я. Тернопіль: ЗУНУ, 2023. 112 с.
9. McDaniel S. H., Morse D. S., Reis S., Edwardsen E. A., Gurnsey M. G., Taupin A., Shields C. G. Physicians criticizing physicians to patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2013. Vol. 28, № 11. P. 1405–1409.

10. Assonov D. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2021. Vol. 6, № 2. С. e0602295-e0602295.
11. Ratanawongsa N., Roter D., Beach M. C., Laird S. L., Larson S. M., Carson K. A., Cooper L. A. Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. *Journal of General Internal Medicine*. 2008. Vol. 23, № 10. P. 1581–1588.

References:

1. Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423–1433.
2. Lee, S. J., Back, A. L., Block, S. D., & Stewart, S. K. (2002). Enhancing physician-patient communication. *ASH Education Program Book*, 2002(1), 464–483. <https://doi.org/10.1182/asheducation-2002.1.464>
3. Kaminska, A. O. (2014). Osoblyvosti komunikatyvnoi ustanovky u likariv khirurhichnoho ta terapevtychnoho profiliv [Peculiarities of communicative attitude in surgeons and therapists]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of Psychiatry*, 20(2), 136–139. [in Ukrainian].
4. Vergeles, K. M., Kulish, P. L., Shkolnikova, T. Yu., & Vergeles, T. M. (2020). Etyko-moralni problemy likariv: vid navchannia do profesionalizmu ta povnoho znyknennia [Ethical and moral problems of doctors: from education to professionalism and complete disappearance]. In *Suspilni nauky: suchasni tendentsii ta factory rozvytku* [Social Sciences: Current Trends and Development Factors] (pp. 18–21). Odesa: Prychornomorskyi tsentr doslidzhen problem suspilstva. [in Ukrainian].
5. Ambrutys, A. Yu. (2020). Osoblyvosti profesiinoho vyhorannia u likariv khirurhichnoho ta terapevtychnoho profilu roboty: Kvalifikatsiina robota [Features of professional burnout in doctors of surgical and therapeutic profile] (Qualification paper, ZNU). 101 p. [in Ukrainian].
6. Rosolovskiy, O. O. (2023). Vrehuliuvannia mizhosobystisnykh konfliktiv v trudovomu kolektyvi zakladu okhorony zdorovia [Interpersonal conflict resolution in the workforce of a health care institution] (Qualification work). Ternopil: ZUNU. [in Ukrainian].
7. Chernyshova, K. M. (2023). Osnovni napriamy vdoskonalennia systemy upravlinnia konfliktamy v zakladakh okhorony zdorovia (na prykladi KP «Khmelnyska infektsiina likarnia» Khmelnytskoi miskoi rady) [Main directions of improving conflict management in health care institutions (on the example of Khmelnytskyi Infectious Diseases Hospital)] (Qualification paper). 81 p. [in Ukrainian].
8. Karytun, V. V. (2023). Orhanizatsiia vzaємodii zakladu okhorony zdorovia zi spozhyvachamy medychnykh posluh: kvalifikatsiina robota [Organization of interaction between a health care institution and consumers of medical services]. Ternopil: ZUNU. [in Ukrainian].
9. McDaniel, S. H., Morse, D. S., Reis, S., Edwardsen, E. A., Gurnsey, M. G., Taupin, A., & Shields, C. G. (2013). Physicians criticizing physicians to patients. *Journal of General Internal Medicine*, 28(11), 1405–1409. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2499-9>
10. Assonov, D. (2021). Emotsiine vyhorannia medychnykh pratsivnykiv: modeli, factory ryzyku ta protektyvni factory [Emotional burnout of medical workers: models, risk factors and protective factors]. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 6(2), e0602295-e0602295. [in Ukrainian].
11. Ratanawongsa, N., Roter, D., Beach, M. C., Laird, S. L., Larson, S. M., Carson, K. A., & Cooper, L. A. (2008). Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 23(10), 1581–1588. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0702-1>

Дата надходження статті: 30.07.2025

Дата прийняття статті: 21.08.2025

Опубліковано: 14.10.2025