
КОМУНІКАТИВНА ЕТИКА В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПОСЛУГУ ДИСТАНЦІЙНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ В КРИЗОВИХ УМОВАХ ТА УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

Рогачевський О. П., Белозерцева-Баранова Ю. Є.
DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-593-8-18>

ВСТУП

Ефективне спілкування між лікарем (або медичною сестрою) та пацієнтом є ключовим аспектом надання необхідної допомоги та значною мірою впливає як на якість діагностики, так й на ефективність лікування та його результат, а також сприяє набуттю пацієнтом загального досвіду щодо його хронічного захворювання та якості життя з ним.

До 2020 року переважна кількість медичних консультувань відбувалася в звичайному офлайн форматі. Але пандемія COVID-19 стала значним викликом для системи охорони здоров'я в усьому світі, що сприяло значному розвитку телемедичних технологій, які набули «другого дихання». Й в першу чергу це стосується технологій онлайн консультування. Це значно змінило парадігму телемедицини. Цифрові технології з моменту їх «потрапляння» в систему охорони здоров'я біля 90 років тому, використовувалися виключно для передавання зображень, відео та інших даних.

1. Історичні передумови виникнення телемедицини у світі

На думку багатьох авторів, попередником дистанційного медичного консультування стала служба дистанційної психологічної допомоги. Телефонна допомога людям, які перебувають у стані психологічної кризи або вирішили розлучитися з життям, виникла понад сімдесят років тому в Лондоні. Зачинателем і згодом керівником одного з міжнародних рухів телефонної допомоги став англіканський священник Чад Вара. Ідея Чаду Вари виявилася настільки плідною, що протягом найближчих семи років служби телефонної допомоги виникли в більшості європейських столиць або великих міст (1956 р. –

«Telefonseelsorge» у Західному Берліні, 1957 р. – «Die Dargebotene Hand» у Цюриху, в 1956 р. Роттердамі, “Kirkens Nattjeneste” в Осло, в 1959 р. “Tele-Accueil” в Брюсселі і “La Main Tendue” в Женеві, а в 1960 р. – “SOS Amitie” в Парижі). Мережа служб телефонної допомоги постійно зростала та розвивалася. Для взаємної підтримки в Женеві в 1959 році було створено Міжнародний інформаційний центр для цих організацій, а в 1960 році проведено перший Міжнародний конгрес працівників невідкладної телефонної допомоги та організовано штаб-квартиру в Женеві. У 1960-х роках відділення руху «Самаритяни» були відкриті в таких містах Великобританії як Единбург, Ліверпуль та Глазго. В цей же час були створені центри в Бразилії, Індії, Гонконгу та Зімбабве. Саме тоді рух «Самаритяне» поступово став синонімом боротьби за запобігання самогубствам. Ця мета досягалася за допомогою доброзичливих, добросердих і чуйних добровольців, які були готові забезпечувати роботу центру 24 години на добу 365 днів на рік. Сам же процес, коли доброволець активно вислуховував когось абсолютно зневіреного, став називатися «дружною допомогою» («встановленням довірчих відносин»). Рух, що зародився в Англії, ставав міжнародним досвідом незалежно від національної приналежності, кольору шкіри, віросповідання, культурних традицій або раси і перетворився в 1974 на міжнародну організацію “Befrienders International” (Міжнародна дружня допомога). У цей же час у країнах Азії та Австралії телефонні служби, які називалися Лінії життя, об’єдналися в Life Line International (Міжнародні Лінії Життя). Зараз більш ніж у 41 країнах світу працюють понад 357 центрів «Befrienders International», де віддані добровольці допомагають близьким до самогубства або зневіреном людям. За оцінками цієї організації, щороку у світі 30 мільйонів людей роблять суїцидальні спроби. Іноді самогубство є єдиним виходом для людини, що зіткнулася з непереборними обставинами (небажаною вагою, втратою близьких, хворобою) Подібна допомога благотворно впливає на стрес, психологічну кризу та зменшує прагнення до самогубства. Вона доступна для звернення будь-якої години дня і ночі і саме це часто рятує життя людей. Основне організаційне завдання «Befrienders International» полягає у відборі та підготовці добровольців, які вміють вислухати, зрозуміти, надати співчуття та духовну підтримку тим, хто її потребує¹.

В Україні засоби телемедицини вперше були застосовані професорами Мар’яном Франке та Вітольдом Липинським, які у 1935 році у Львові організували телеелектрокардіографію, передаваючи

¹ Befrienders International History. URL: <https://www.befrienders.org/history>

ЕКГ з одного закладу в інший². Удосконалення засобів діагностики в подальші роки створило умови для цифровізації отриманих даних та їх збереження на електронних носіях. Доеднання до процесу еволюції цифрових технологій в медицині телекомунікаційних та технологічних компаній у 90 роках XX сторіччя сприяло появі на початку 2000 років своєрідних єдиних інформаційних середовищ, які набули можливості збирати дані та обробляти їх через хмарові сервіси. Згодом з'явилися різноманітні трекери, біосенсори, мобільні додатки для підтримки здоров'я. Але, незважаючи на все, на перше місце серед телемедицинських технологій на сьогодні вийшли технології забезпечення якісної комунікації між лікарем та пацієнтом.

Лідером впровадження технологій онлайн консультування стали США: лише у першому кварталі 2020 року відвідування дистанційного медичного закладу зросли на 50% у порівнянні з тим самим періодом 2019 року (from SingleCare, Global Market Estimates, and Straits Research)^{3,4,5} що стало основою для різкого збільшення обсягу інвестицій у телемедицину. Так у першому кварталі 2021 року інвестиції в телемедицину сягнули 4,2 мільярда доларів США, що майже вдвічі перевищує суму, зібрану за той самий період 2020 року.

Що стосується Європейських країн, то лідерами в цій галузі є Франція, Польща та Германия. Активний розвиток телемедицинських комунікацій також спостерігається у Великобританії.

За даними Інституту досліджень здоров'я PwC США (PwC's Health Research Institute (HRI))⁶ зміни в поведінці споживачів, багато з яких були прискорені пандемією COVID-19, сприяють перебудові екосистеми здоров'я. Зміни стосуються навіть ставлення до того, як проводяться клінічні дослідження. Система охорони здоров'я завдяки цим змінам, на думку HRI, стає більш орієнтованою на споживача. За даними опитувань, у споживачів медичних послуг в США значно зростає сподівання на отримання більшої кількості медичних послуг вдома.

34% пацієнтів в США вважають дистанційне консультування при прояві перших симптомів захворювання «доброю практикою», але цю думку підтримують лише 10% лікарів. Що стосується повторних

² Nowicki W., Ziembicki W. and Moraczewski W. D. (eds.) Polska Gazeta Lekarska. 1937, nr 27 [online]. 4 June 1937. Spółka Wydawnicza Lekarska. URL: http://jbc.bj.uj.edu.pl/Content/261939/PDF/NDIGZAS007765_1937_027.pdf

³ Singlecare. URL: <https://www.singlecare.com> (дата звернення: 21.02.2025).

⁴ About Global Market Estimates Research & Consultants. URL: <https://www.globalmarketestimates.com> (дата звернення: 21.02.2025).

⁵ Straitsresearch. URL: <https://straitsresearch.com> (дата звернення: 21.02.2025).

⁶ Redesigning healthcare for the consumer: Survey insights from PwC's Health Research Institute. PWC. URL: <https://www.pwc.com/us/en/industries/health-industries/library/hri-insight-consumer-health-behavior-and-covid-19-pandemic.html> (дата звернення: 21.02.2025).

медичних консультацій у дистанційному форматі, то ситуація аналогічна: їх підтримує 37% пацієнтів та лише 17% лікарів. Але думка пацієнтів й лікарів щодо ефективності та бажаності дистанційного консультування при невідкладних станах збігається, є досить негативною, й складає 16% й 14% відповідно. Протилежне співвідношення позитивної оцінки дистанційних консультувань при психологічних проблемах (17% серед пацієнтів та 29% серед лікарів) свідчить, на нашу думку, про недостатню обізнаність лікарів щодо психологічних особливостей дистанційного консультування.

За даними опитування HRI 5% споживачів вперше скористувалися послугами телемедицини під час пандемії COVID-19. Це приблизно 16.5 мільйонів нових користувачів, 88% з яких планують подальше активне використання телемедичних технологій.

Дослідження економічного ефекту від розвитку телемедичних консультувань продемонстрували^{7,8,9} як значну фінансову віддачу медичним закладам від впровадження телемедицини, так й вигоду для пацієнтів від економії коштів завдяки скороченню поїздок і скороченню кількості офлайн відвідувань. За Американськими планами медичного страхування (ANIP), розвиток телемедичних технологій допоможе зекономити близько \$4,28 млрд витрат на охорону здоров'я на рік.

Це сприяло значному збільшенню зусиль щодо розширення послуг телемедицини у віддалених і недостатньо забезпечених регіонах всього світу, включаючи ініціативи з покращення мобільного доступу та навчання громад перевагам телемедицини, що стало одним з важливих шляхів подолання розриву у доступності медичної допомоги.

В Україні перші пілотні проекти щодо застосування телемедичних технологій також відбулися на початку 2000-х років в Одеській, Харківській та Дніпропетровській областях, але переважно у форматі «лікар-лікар». Основною метою цих проектів було консультування лікарів в районних лікарнях більш досвідченими лікарями обласних лікарень. На підставі результатів цих проектів була створена телемедична платформа Medinet, яка значно спростила процес організації консилиумів та спілкування між фахівцями різних лікарень.

Під час пандемії кількість дистанційних консультацій в Україні також виросла в багато разів. Так, за даними платформ medikit та martabot, станом на червень 2020 року вона склала близько 900 консультувань на день (станом на грудень 2019 року кількість

⁷ Singlecare. URL: <https://www.singlecare.com> (дата звернення: 21.02.2025).

⁸ About Global Market Estimates Research & Consultants. URL: <https://www.globalmarketestimates.com> (дата звернення: 21.02.2025).

⁹ Straitsresearch. URL: <https://straitsresearch.com> (дата звернення: 21.02.2025).

консультувань складала близько 150-170 на день) – дані платформ medikit¹⁰ та martabot¹¹.

Подальший розвиток телемедицини технологій є одним з найперспективніших й з позицій вирішення питань дефіциту медичних кадрів, який за даними ВООЗ к 2030 року може скласти 18 млн фахівців. В Україні дефіцит на 2020 рік складав 33000 осіб. Пандемія кардинально збільшила кількість дистанційних медичних послуг завдяки їх швидкої цифровізації. За даними Gartner за перші 8 місяців 2020 року кількість запитів на дистанційну допомогу зросла майже на 300% у порівнянні з 2019 роком.

2. Розвиток та трансформація телемедицини в Україні

Неспровокована військова агресія РФ стала найстрашнішим викликом для нашої країни й також значним чином вплинула на особливості надання медичної допомоги й зробила дистанційні технології ще більше значущими, а телемедицинські консультації пацієнтів практично незамінними. Кількість таких консультувань за даними телемедицини платформ medikit¹², doctoronline martabot¹³ та Української Академії Педіатричних Спеціальностей¹⁴ зросла до 1700–1750 консультувань на день в червні 2023 року. Станом на березень 2024 року загальна кількість телемедицини консультувань на українських платформах зберігається на рівні 1600-1700 на день.

Ситуаційний аналіз стану телемедицини в Україні станом на березень 2023 року здійснив Проєкт «Сталий розвиток національних систем охорони здоров'я» (LHSS) у межах проєкту USAID «Integrated Health Systems IDIQ»¹⁵. За їх даними крім загальних вразливих груп населення, зокрема осіб з інвалідністю, мешканців сільської місцевості, літніх людей та осіб з хронічними захворюваннями, в тому числі з проблемами ментального (психічного) здоров'я, було виділено нову групу – особи, вразливі через воєнну агресію, в тому числі внутрішньо

¹⁰ Медікіт – онлайн консультації лікарів. URL: <https://medikit.ua> (дата звернення: 21.02.2025).

¹¹ Медбот Марта. Медичний бот України. URL: <https://martabot.pro> (дата звернення: 21.02.2025).

¹² Медікіт – онлайн консультації лікарів. URL: <https://medikit.ua> (дата звернення: 21.02.2025).

¹³ Медбот Марта. Медичний бот України. URL: <https://martabot.pro> (дата звернення: 21.02.2025).

¹⁴ Українська Академія Педіатричних Спеціальностей. URL: <https://uaps.org.ua> (дата звернення: 21.02.2025).

¹⁵ Телемедицина в Україні: ситуаційний аналіз. Проєкт «Сталий розвиток національних систем охорони здоров'я» (LHSS) у межах проєкту USAID «Integrated Health Systems IDIQ». 2023 р. 63 с. URL: https://moz.gov.ua/uploads/10/50588-lhss_ukraine_report_for_moh_website_oct_2023.pdf (дата звернення: 21.02.2025).

переміщені особи та мешканці тимчасово окупованих і нещодавно деокупованих територій. При цьому найбільшу вигоду від розширення доступу до послуг з використанням телемедичних технологій, на думку авторів проєкту, можуть отримати сільське населення, літні люди та особи з інвалідністю, люди похилого віку та пацієнти з хронічними захворюваннями, які мешкають на тимчасово окупованих і нещодавно деокупованих територіях.

За даними дослідження LHSS найбільш активно телемедичні технології застосовуються в Дніпропетровській, Львівській, Одеській та Полтавській областях, де при закладах охорони здоров'я діють телемедичні центри та широко використовуються консультації «лікар – лікар». А Одеська область є одною з провідних за рахунок створення в 2019 році за ініціативою Департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації Регіонального центру телемедицини на базі Одеської обласної клінічної лікарні.

Все більше українців розуміють вигідність такого виду отримання медичної допомоги, тому ми вважаємо, що кількість телемедичних консультувань після війни буде збережена на тому ж рівні. Таким чином, йде формування нового напрямку в сучасній структурі охорони здоров'я, який також має свої виклики не лише до організації надання медичної допомоги, а й до таких сфер діяльності медичних закладів, як корпоративна культура. Й, в першу чергу, це стосується культури спілкування.

Кожен медичний заклад намагається впровадити телемедичні технології на свій розум та за власними потребами. Але в цьому процесі відсліджується спільна черта: на сьогодні вже сформувалися чіткі ніши для телемедичних технологій, які зайняли прочні позиції:

- надання допомоги без фізичного контакту пацієнтам, які знаходяться під постійним контролем (хронічні захворювання, диспансерні групи), для корекції призначень та дозування препаратів, призначення чергових аналізів та ін.;

- проведення консилиумів;
- обмін досвідом з колегами, в тому числі в режимі конференцій.

По відеозв'язку чи за допомогою месенджерів можна ефективно визначати ступінь терміновості, вирішувати не дуже серйозні медичні та адміністративні проблеми. Особливо, при взаємодії з пацієнтами похилого віку, з пацієнтами, які мають хронічні захворювання, коли лікар може відкоригувати лікування, а пацієнту не доведеться важко добиратися до поліклініки, не витрачаючи свої сили, і отримувати швидко відповідь.

Такий підхід має як плюси, так й мінуси. Зручність та швидкість передачі інформації протиставляються браку об'єктивних даних, які можна отримати лише під час огляду пацієнта.

Плюсами використання медичних онлайн-консультацій є:

- доступність – цифрові канали зв'язку дозволяють пацієнтам звертатися за допомогою до лікарів, які можуть перебувати не тільки в іншому місті, а й іншій області або навіть країні. Це особливо актуально, якщо у вашому населеному пункті немає фахівця з потрібною кваліфікацією чи досвідом;
- економія часу – записуючись на онлайн прийом до лікаря, пацієнтам не потрібно витрачати свій час на дорогу туди і назад, а також стомлююче очікування в черзі;
- безпека – відвідування клініки чи іншого медичного закладу, контакти з іншими хворими завжди несе у собі ризик інфекції;
- комфорт – отримати кваліфіковану консультацію лікаря можна безпосередньо вдома, перебуваючи у максимально зручній та знайомій обстановці;
- максимальний рівень анонімності під час спілкування – для деяких пацієнтів важливим є дотримання конфіденційності, а відвідування клініки чи лікарні, на відміну від онлайн-формату, не дозволяє повністю цього зробити;
- економічність – у разі надання платних медичних послуг онлайн-консультації для пацієнтів зазвичай коштують дешевше, ніж офлайн зустрічі з лікарем.

Недоліками (мінусами) телемедичних консультацій є:

- обмежені діагностичні можливості – екран смартфона, планшета чи комп'ютера не дозволяє лікарю провести необхідне обстеження фізичного стану пацієнта;
- технічні труднощі – не всі користувачі, особливо особи похилого віку та люди з обмеженими можливостями, мають гаджети або техніку з відповідними функціями. Крім того, погана якість зв'язку, тимчасові перешкоди зі звуком або зображення можуть стати серйозною проблемою під час консультації;
- знеособлений контакт із лікарем – для багатьох пацієнтів відсутність особистого контакту є серйозною проблемою, яка заважає встановити довірчі стосунки з лікарем. У разі сильно зростає ризик постановки неправильного діагнозу чи призначення неправильного курсу лікування;
- обмеженість дій – якщо онлайн-консультація виявила необхідність термінового втручання, лікар зможе оперативніше провести лікувальні процедури, зробити укол чи поставити крапельницю.

Недивлячись на те, що Уряд України робить важливі кроки для розвитку телемедицини: розроблено та затверджено деякі нормативно-правові акти, які регулюють надання медичної допомоги на основі телемедичних технологій, створена робоча група з розроблення концепції розбудови телемедицини в Україні; відбувається активна підтримка Урядом ініціатив у сфері телемедицини, залишається багато не врегульованих питань. Вони пов'язані з наданням телемедичних та дистанційних послуг: ліцензування закладів, які надають медичну допомогу дистанційно; ступінь та суб'єкт відповідальності у разі медичної помилки, частково злочинної недбалості при лікуванні хворого. Також не визначеним є питання отримання інформованої добровільної згоди пацієнта, яка за діючим з 2012 року законодавством (Наказ МОЗ від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування») вимагає заповнювати затверджену форму № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього процесу» виключно в медичному закладі. На сьогодні ці питання опрацьовуються Міністерство охорони здоров'я України, яке разом з Державним підприємством «Електронне здоров'я» ще й відповідає за розроблення та впровадження телемедичних, інформаційних та інформаційно-комунікаційних систем для системи охорони здоров'я в Україні.

Значні кроки для розвитку телемедицини в Україні були зроблені в 2017 році, коли було внесено зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я, а саме в Статті 3. Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я, було введено термін «телемедицина» й дано його пояснення як «комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі», а також були чітко встановлені суб'єкти надання медичної допомоги із застосуванням телемедичних технологій¹⁶.

Далі в 2020 році «надання медичної допомоги з використанням технічних засобів електронного зв'язку» було затверджено Наказом МОЗ України від 28.02.2020 № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я». Цей наказ також визначив правила щодо

¹⁶ Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801-XII від 19 листопада 1992 року (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 03.03.2025).

строків обробки і зберігання персональних даних та іншої інформації, отриманої під час лікування, в електронному форматі.

Також важливим питання є приведення всіх засобів зберігання та використання медичної інформації в нашій країні до міжнародних стандартів. Що дозволить як покращити якість надаваних телемедичних послуг, так й значно збільшить можливості та географію послуг українських провайдерів на міжнародному ринку. За рекомендаціями проєкту LHSS¹⁷, такими стандартами повинні стати HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources / «Ресурси швидкої взаємодії в охороні здоров'я»); OpenEHR (Open Electronic Health Record / Відкритий стандарт управління, зберігання та обміну електронними записами); ISO/IEC 27001 (Standard for Information Security Management Systems (ISMS) / Стандарт для систем управління інформаційною безпекою); Загальний регламент про захист даних (GDPR) Європейського Союзу (ЄС); а також DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine / «Цифрові зображення та комунікації в медицині»).

Що стосується поглядів громади на юридичні аспекти дистанційного консультування, то часто вони є протилежними. Одні автори¹⁸ вважають, що застосування телемедичних технологій та дистанційне консультування збільшує ймовірність лікарської помилки та притягнення лікаря до відповідальності (наприклад, якщо технічні неполадки призвели до негативних наслідків або погана якість зображення не дозволила правильно поставити діагноз). Інші^{19,20}, навпаки, вважають, що телемедицина може забезпечити високоякісне медичне обслуговування, і лікарю доведеться нести відповідальність, якщо він не зможе використати ці можливості. Що стосується забезпечення конфіденційності, то на сьогодні в Україні з цього приводу діють два основних документи: ДСТУ 3396.0-96 «Захист інформації. Технічний захист

¹⁷ Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801-XII від 19 листопада 1992 року (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 03.03.2025).

¹⁸ Телемедицина в період воєнного стану. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/telemedicina-v-period-voyennogo-stanu> (дата звернення: 03.03.2025).

¹⁹ Жарікова Ю. В. COVID-19: юридичні аспекти онлайн-консультування. Український медичний часопис. Квітень 2020. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-176011-covid-19-yuridichni-aspekti-onlajn-konsultuvannya> (дата звернення: 03.03.2025).

²⁰ Юдин О. Ю. Телемедицина в період COVID-19: за, проти, утримався. Правові та юридичні аспекти. Український медичний часопис. Травень 2020. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-176622-telemeditsina-v-period-covid-19-za-proti-utrimavsya-pravovi-ta-yuridichni-aspekti> (дата звернення: 03.03.2025).

інформації. Основні положення»²¹ та наказ МОЗ України від 19.10.2015 № 681 «Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я», які регламентують всю телемедичну діяльність. Але за межами цих документів залишається ще багато питань політики безпеки, які потребують врегулювання. Деякі з них: механізми захисту персональних даних пацієнта, механізм підтвердження лікарем діагнозу чи переданої інформації лікарем-консультантом, захисту зображень. Окремі автори пропонують шляхи вирішення^{22,23}, але ці пропозиції потребують юридичного затвердження. Політика безпеки повинна розроблятися у кожному конкретному закладі для кожного випадку впровадження телемедицини.

3. Аналіз сучасного стану телемедицини в Україні.

Шляхи вирішення проблем

Одним з важливих питань, якому практично не приділяється увага ані в літературі ані в практичній охороні здоров'я – критерії вибору фахівця для проведення онлайн консультацій. В літературі зазначається, що лікар-консультант повинен бути висококваліфікованим та практикувати у відповідній галузі медицини. Але думка консультанта завжди є суб'єктивною і інколи діагноз, поставлений ним, може не відповідати дійсності. Тому, при оцінці якості допомоги, що надається медичним закладом в дистанційному форматі, обов'язково повинні бути використані механізми та критерії оцінювання кількості ефективних та неефективних консультацій, наданих кожним фахівцем.

Враховуючи те, що телемедичне консультування стає компонентом повсякденної лікувально-діагностичної роботи, кожен лікар на сьогодні повинен володіти навичками з проведення телемедичного консультування та підготовки медичної інформації для дистанційного використання, що значним чином впливатиме на ефективність прийняття подальшого клінічного рішення.

За даними платформи Doctor Online в 2020–2021 роках найчастіше пацієнти зверталися за онлайн допомогою до педіатрів та лікарів загальної практики. Ці звернення склали близько 80% запитів. Ще

²¹ ДСТУ 3396.0-96 Державний стандарт України. Захист інформації. Технічний захист інформації. Основні положення. Чинний від 01.01.1997 р. URL: <https://tzi.com.ua/downloads/DSTU%203396.0-96.pdf> (дата звернення: 03.03.2025).

²² Токарева К. С. Проблема захисту персональних даних у сфері охорони здоров'я в умовах інформатизації. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. № 11. doi/<https://doi.org/10.32782/2524-0374/2022-11/120/>

²³ Ямненко Т. М., Літвінова І. Ф. Захист персональних даних у сфері охорони здоров'я (кримінально-правові аспекти). *Юридичний вісник*. 2019. Вип. 1 (50). С. 185–191. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILE=&2_S21STR=Npnau_2019_1_29

одно направление, которое набирает популярность – дерматология. За даними платформи Medikit найчастіше (до 82% запитів) пацієнти зверталися до лікарів загальної практики та дерматологів.

За результатами дослідження LHSS²⁴, телемедичні послуги в Україні надаються як в закладах первинної допомоги, так й в закладах спеціалізованої (амбулаторної та стаціонарної) та невідкладної допомоги різних форм власності. При цьому використовується декілька телемедичних методів: відеоконсультація; консультація через повідомлення (або текстова консультація у форматі листування, зокрема з використанням чатботів); аудіоконсультація; передавання діагностичних даних; опис результатів діагностичних рентгенівських досліджень та медичних знімків; використання дистанційних персональних діагностичних пристроїв.

Найчастіше (12,48%, або 6,14 млн із 49,18 млн записів) телемедичні послуги надавалися у вигляді консультації з сімейним лікарем, та адміністративні процедури (отримання лікарняного або медичної досвідки). Найрідше зверталися з приводу імунізації (62238 випадків за рік відповідно).

Незважаючи на активний розвиток телемедичних технологій під час пандемії COVID-19 й подолання значної кількості перешкод, на сьогодні, під час війни, виникли додаткові проблеми, які обумовлені тим, що психологічний стан більшості громадян України (як лікарів так й пацієнтів) зараз значною мірою відрізняється від того, який був до початку військової агресії, що пов'язане з постійним стресом. Це створює додаткові вимоги до комунікативної етики медичних працівників та до їх вміння контролювати та відновлювати себе. Ефективне спілкування між лікарем та пацієнтом вимагає поєднання професійних знань з навичками міжособистісного спілкування, врахуванням емоційних потреб пацієнта і здатністю забезпечити психологічну підтримку в процесі лікування.

Необхідність психологічної підтримки під час онлайн консультацій підтверджується й результатами національних досліджень 2022 року, за якими стрес відчувають близько 70% українців. Цей факт ще й послужив підставою для запуску Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки Першою леді Оленою Зеленською.

Основу психології звичайного очного спілкування між лікарем та пацієнтом у звичайних обставинах складають:

1. Вербальна комунікація, до якої відносяться підтримуючий спокійний, доброзичливий тон (що сприяє зменшенню тривожності

²⁴ Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801-ХІІ від 19 листопада 1992 року (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 03.03.2025).

пацієнта), формулювання фраз з використанням простих та зрозумілих слів з уникненням медичних термінів (або з наданням їх пояснень у разі необхідності).

2. Невербальна комунікація, яка включає підтримку зорового контакту для демонстрації уваги та зацікавленості у проблемах пацієнта, а також мову тіла (відкрита поза, кивання головою, посмішка та ін.).

3. Емпатія та розуміння у вигляді активного слухання.

4. Психологічна підтримка у важкі моменти та підбадьорювання.

5. Інформаційна відкритість, яка стосується чіткого зрозумілого пояснення діагнозу та плану лікування, що сприятиме прийняттю пацієнтом обґрунтованого рішення.

6. Врахування культурних, релігійних та індивідуальних особливостей пацієнта, а також його особистісних вподобань, в процесі спілкування та прийняття рішень.

7. Створення довіри між лікарем та пацієнтом, що передбачає забезпечення пацієнту повної конфіденційності та надійності, а також додержання послідовності у словах і діях лікаря.

8. Володіння технологіями спілкування, такими, як використання електронних медичних записів та телемедичних технологій.

9. Заохочування пацієнтів до надання зворотного зв'язку щодо їхнього стану та лікування. Що надаю лікарю можливість вчасно зкоригувати свій підхід до лікування та спілкування.

Проте, дистанційне консультування пацієнтів має принципові відмінності та вимагає від фахівців адаптації та використання спеціальних технік для підтримки не лише ефективної комунікації, а й надання не тільки якісної медичної допомоги, але й ефективної психологічної допомоги. Тому дистанційне консультування має свої особливості, які відрізняють його від очної комунікації.

По-перше, це наявність емоційної дистанції. Відсутність фізичної присутності може створювати емоційну віддаленість, що може ускладнити встановлення довіри і розуміння між консультантом і пацієнтом. Недостатність невербальних сигналів (мова тіла, міміка), які відіграють важливу роль у спілкуванні, може призвести до непорозумінь.

Друге – це технічні бар'єри. Використання технологій (відеозв'язок, чати, електронна пошта) вимагає від пацієнта і консультанта певних навичок і зручності у користуванні ними. Технічні збої можуть переривати сесію і створювати додатковий стрес.

Третя проблема, яка виникає при дистанційному консультуванні – це складності в забезпеченні конфіденційності. Якщо дистанційні консультації можуть забезпечувати більшу анонімність для пацієнта,

що сприяє відкритості, то забезпечення конфіденційності інформації, яке є критично важливим, є дуже складним питанням. Тому пацієнти можуть мати побоювання щодо безпеки своїх даних, в тому числі й кібербезпеки.

Ще одною особливістю дистанційного консультування є значне підвищення значущості психологічної підтримки під час дистанційного консультування, ніж при очному спілкуванні. Тому у дистанційній взаємодії дуже важливо постійно активно проявляти підтримку та емпатію через вербальні засоби (слова підбадьорення, підтвердження почуттів пацієнта). Використання відкритих питань і перефразування під час дистанційної консультації стають провідними інструментами для уточнення та розуміння емоційного стану пацієнта.

Особливістю дистанційного консультування також є необхідність чіткого структурування сесій. Чітке планування та структурованість сесій є важливими для ефективності дистанційного консультування. Встановлення чітких меж часу і теми сесії допомагає уникнути розмитості і неясності у комунікації.

Одною з найбільш важливих особливостей дистанційного консультування також є психологічна готовність лікаря та пацієнта. Пацієнти і консультанти повинні бути психологічно готовими до такого формату взаємодії, усвідомлюючи його особливості та потенційні труднощі. Підготовка та навчання лікарів у сфері дистанційного консультування є необхідними для забезпечення високої якості та ефективності послуг.

Консультації в месенджерах, по телефону або онлайн мають особливості, що вимагають від лікаря максимальної включеності та досконалого володіння навичками активного слухання для вибудовування ефективних стосунків. Без ретельної підготовки фахівців, яка спрямована не лише на розвиток клінічного мислення, а й на вміння комунікувати, не обійтись. Комунікація – це «ключ», який допомагає точно проводити діагностику, впливати на стан здоров'я пацієнта, вибудовувати терапевтичний альянс, який задовольняє пацієнта та лікаря. Тимчасові межі консультації не повинні скорочуватися, вони не повинні бути коротшими, ніж зустрічі «очі в очі» у кабінеті та мають на увазі виконання протоколу базової медичної консультації CLASS. Ефективність консультації безпосередньо залежить від того, було створено довірчий контакт між лікарем і пацієнтом чи ні, чи зміг лікар вловити емоційний стан пацієнта, незважаючи на технічні обмеження, чи виявив інтерес, турботу, повагу, які є фундаментом партнерських відносин лікар-пацієнт. При телефонному консультуванні пацієнт не може бачити міміки, пози лікаря, тобто невербальних проявів, які повідомляють про емоції та

установки лікаря. Відсутність зорового контакту з пацієнтом змушує лікаря орієнтуватися на тембр голосу, інтонацію, швидкість промови, паузи, коли пацієнт обмірковує питання і, що частіше змушує лікаря використовувати навички фасилітації. Важливо з'ясовувати побоювання, ідеї, надії пацієнта у зв'язку з цією консультацією. Якщо пацієнту некомфортно консультуватися по телефону, це може бути обумовлено труднощами, випробуваними ним раніше під час телефонного консультування, причому необов'язково у медичному контексті. Уловлюючи сигнали пацієнта та відкрито реагуючи на них лікар у співчутливій формі може допомогти пацієнтові в цій ситуації «Я по голосу чую, що Вас ніби турбує...»

Важливим принципом будь-якої медичної консультації, а особливо онлайн, є структурування зустрічі, тому що пацієнт, перебуваючи у звичній атмосфері, наприклад, вдома, може відволікатися на різні стимули і не брати активну участь у консультації, перекладаючи відповідальність на плечі лікаря. Тому використання відкритих питань на початку консультації: "Як я можу Вам допомогти?" ведуть до більш позитивних міжособистісних відносин «лікар-пацієнт», таким чином лікар може продемонструвати свою готовність та вміння слухати та чути пацієнта та створювати атмосферу довіри. Теж можна сказати і про повторні консультації, коли лікареві необхідно прояснити причину звернення: «Слухаю Вас. Чи правильно я Вас розумію, що Ви хотіли б уточнити дозування препарату?...» І уважно вислуховувати очікування пацієнта, не перебиваючи, а не одразу переходити до розпитування. Не бачачи пацієнта-це досить складно зробити, оскільки є спокуса взяти ініціативу у свої руки, ставити закриті питання, щоб не затягувати час консультації. Це призводить до того, що лікар зосереджує увагу на діагностиці захворювання, а лікування знеособлюється, пацієнт стає пасивним учасником процесу лікування. На жаль, за такого підходу пацієнт може згадати важливі прояви хвороби, відповідати коротко, вважаючи що якщо компетентний лікар захоче щось дізнатися, він сам запитас. Підсумком буде неефективний збір інформації, що призведе до неправильної діагностики, а відповідно до неефективного лікування та можливих ускладнень. Під час онлайн-консультації, телефонному консультуванні значимість балансу між вислуховуванням і скринінгом для виявлення скарг відіграє велику роль. Це необхідно, щоб структурувати зустріч та погоджувати «порядок денний» Лікар демонструє бажання вислухати, приділити час кожній скарзі пацієнта та поділитися своїм планом дій у даній ситуації пріоритетами, таким чином спонукає пацієнта брати активну участь у лікуванні. Під час збору інформації уточнює послідовність подій. Визначає ідеї, побоювання, очікування на пацієнта. Дає короткі коментарі, уникаючи

професійного жаргону і пояснює причини виникнення тих чи інших проявів хвороби. Усі ці способи закріплюють позицію підтримки та співробітництва з пацієнтом. Корисно запитувати пацієнта, що він бачить чи відчуває «Як би Ви описали свій кашель...», «На що схожий ваш висип...», Ви робите пацієнта партнером в обговоренні і можете ефективно надавати допомогу. Особливо важливо повторювати та підсумовувати план лікування, уточнюючи згоду пацієнта. Просити пацієнта, щоб він міг ставити питання щодо прояснення неясних моментів і розповідати своїми словами про важливі деталі плану лікування. Для структурування консультації часто використовується узагальнення та сигналізація підтримки ефективної комунікації. Пацієнт розуміє, що він має можливість обговорити всі хвилюючі питання, що його турботи не залишаться поза увагою. Ці навички допомагають пов'язувати різні етапи консультації. Вислів, який привертає увагу до того, що ми збираємося сказати. Це інтерактивний процес залучення пацієнта, узгоджений перехід від знайомства до збору інформації, до різних частин анамнезу, до пояснення та планування лікування, до завершення.

Активне слухання – це процес, що включає 4 етапи. Всі ці етапи повинні дотримуватися при телефонній та онлайн-консультації:

1. Час очікування допомагає в медичній консультації пацієнтові розповісти про свої скарги і тривоги, поділитися своїм поглядом з приводу хвороби.

- 2 Фасилітація – спонукання пацієнтів говорити на певну тему, показуючи, що ми уважно слухаємо, не засуджуємо позицію пацієнта, таким чином залучаємо його до діалогу. Фасилітація може виражатися вербально та невербально. Це можуть бути слова «Ага», «Так», що підтримують, перефразування. При відеозв'язку, пацієнт може бачити нашу відкриту позу, зацікавлений погляд, кивання на знак згоди- ці наші сигнали допомагають пацієнтові брати участь у розмові. На жаль, при телефонному консультуванні, за відсутності зорового контакту лікар свою налаштованість на розмову може передати тільки голосом, паузами, фразами «Угу». Відсутність реакції прийняття лікарем слів пацієнта, засудження, оцінювання може кардинально вплинути на перебіг консультації та перервати її. На початку консультації навички фасилітації, що поспішно застосовуються, можуть «переривати» пацієнта і заважати створенню атмосфери довіри, і виявляти інші скарги. На пізніших етапах консультації фасилітація допомагає прояснити скарги та стимулювати пацієнта. Перефразування допомагає пацієнтам повідомити про свої емоції у зв'язку з хворобою, точніше і детальніше пояснювати свої скарги, розповідати про досвід хвороби.

3. Невербальні навички лікаря. При відеоконсультаціях, пацієнт може бачити поставу, міміку, напрям погляду лікаря, відзначати наявність зорового контакту, голос, прояв емоцій, відзначати зовнішній вигляд лікаря, навколишнє оточення, все це допомагає з самого початку консультації привернути до взаємної роботи, знизити хвилювання пацієнта перед консультацією. Крім цього, пацієнт зазначає, чи є відповідність між вербальними та невербальними посланнями, чи немає протиріч. Наприклад, лікар пропонує пацієнту докладно розповісти про перші ознаки хвороби, а сам відводить погляд або шумно видихає, така поведінка лікаря, навіть неусвідомлена, може сприйматися пацієнтом як неповага. Особливо важливим є дотримання конгруентності при телефонному консультуванні, відсутність якої може стати перешкодою в консультації та може знецінити дії лікаря.

4. Уловлювання вербальних та невербальних сигналів пацієнта. Як лікар перебуває під пильним наглядом пацієнта, і лікар спостерігає за поведінкою пацієнта і намагається не втрачати цінну інформацію. Звертає увагу, як пацієнт каже, чи відкрито формулює повідомлення, з якою інтонацією. Уточнює зміст сказаних слів пацієнта. При «живому» спілкуванні це зробити набагато простіше, ніж при прямому спілкуванні, або за відсутності відеозв'язку.

Консультування за допомогою месенджерів, яке набуває все більше обертів, представляє ще більшу проблему з позицій психології комунікацій. Такий тип консультування практично повністю виключає фактори невербального спілкування, можливість прояву емпатії, обмежує можливість психологічної підтримки пацієнта та вимагає від лікаря не аби яких навичок письменника та психолога.

Одною з найскладніших проблем дистанційної медичної допомоги стає медичний зміст багатьох сайтів. При першій прояві «незначних» симптомів захворювання багато пацієнтів намагаються знайти відповіді на свої запитання й навіть поставити собі попередній діагноз завдяки інформації, яку вони знаходять на інтернет ресурсах. Це в переважній більшості випадків призводить до невірного трактування інформації й спричинення пацієнтом шкоди своєму здоров'ю, або ускладненню перебіга захворювання. Але механізми медичної кібербезпеки знаходяться лише на початковому етапі. Спілкування з пацієнтами в таких випадках є опосередкованим через ьксти ресурсів. Тому, виставлення медичними закладами будь-якої інформації, яка стосується опису діагностичних процедур або симптомів захворювань, може мати дуже важкі наслідки. Кожне слово, кожна особливість формулювання речень в таких текстах повинні розглядатися не лише з позицій медичної грамотності, а й враховувати принципи психології спілкування. Це ж

стосується й роботи медичних ботів, які все чаще використовуються медичними закладами та медичними онлайн платформами.

Комунікативна культура для телемедицини набуває особливого значення. що пов'язане з наданням місії лікаря інших масштабів. Пацієнт може взаємодіяти тільки з фахівцем, він не бачить роботи іншого медичного персоналу, адміністраторів. В таких умовах, з одного боку пацієнт позбавлений можливості отримувати емоційну підтримку від інших співробітників медичного закладу. З другого боку, пацієнт також позбавлений від можливих конфліктів, які бувають у медичному середовищі. Таким чином вся комунікація лягає на плечі лікаря, що часто є більш значним навантаженням, ніж при звичайному консультуванні.

Крім того, перебування у постійному стресі на тлі постійного страху та стану невизначеності в наші нелегкі військові часи призведе до значного емоційного виснаження, забирає можливість розслабитися, що становиться причиною соматичних та неврологічних розладів, когнітивних змін, включаючи порушення пам'яті порушення уваги та неможливість зконцентруватися, викликає порушення сну, зниження порогу больової чутливості. Тривога може посилюватись у ситуаціях де оцінюються компетентності. Втрачається інтерес, ресурси стають заблокованими. З'являється стійкий негативний емоційний стан по відношенню до себе та до інших. Спалахи роздратування, агресії можуть ускладнювати взаємини на роботі та руйнувати сім'ю. Це також негативно впливає й на особливості спілкування між лікарем та пацієнтом, хоча в цей період, як ніколи є потреба у зовнішній підтримці, щоб пережити та інтегрувати травму. Поряд із включенням захисних механізмів, іншим проявом стресу є уникнення, небажання стикатися з досвідом травми, щоб не торкатися хворобливих тем. Все це є проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ймовірність виникнення ПТСР залежить від кількох факторів: ступінь контрольованості травматичної події під час її розвитку; наявність досвіду переживання травматичних подій в минулому; достатність рівня соціальної підтримки; наявність почуттів відповідальності, сорому, провини за подію. Але середній рівень тривоги навпаки може бути каталізатором для мобілізації ресурсів. Коли ми не відкладаємо «на потім» усі наші плани та мрії та починаємо їх реалізовувати «тут і зараз»

Тому, модель корпоративної культури у військовий час потребує значних доповнень для надання їй можливості працювати ефективно у воєнний час, з урахуванням трагічних подій, втрат близьких людей, житла, страху отримання поранень, втрати звичного устрою та ресурсів, що допомагають відновлювати сили. В роботі лікаря при дистанційному консультування в таких умовах, як ніколи, повинні бути

поєднані аспекти стійкої моральної, соціальної й професійної культури. Реакція людей на травму є дуже різною і наслідки для психічного здоров'я можуть непередбачуваними – від відсутності негативних наслідків до дуже виражених наслідків, зокреми психотичних, можуть виникати інтерперсональні зміни: зменшення емпатії і скривдження інших, конфлікти, ворожість, втрата стосунків, самотність, негативний імідж, погіршення здатності критично мислити і приймати рішення, надризикові дії, дії в афекті, вживання алкоголю, депресія. Результатом ПТСР можуть стати також такі соматичні порушення, як зниження імунітету, розвиток серцево-судинних захворювань та ін..

З приводу цього, в умовах, що склалися, для створення дійсно ефективної комунікативної культури важливо врахувати ще й такий аспект, як вміння подолати конфліктні ситуації, ж яких стає все більше й більше у зв'язку з вищеназваними факторами.

Для діагностики схильності особи до конфліктної поведінки ми рекомендуємо визначення превалюючого способу поведінки людини в конфліктних ситуаціях К.Томаса. На ранніх стадіях вивчення конфліктів широко використовувався термін «розв'язання конфліктів», який має на увазі, що конфлікт можна та необхідно вирішувати або елімінувати. Метою вирішення конфліктів тут виступає певний ідеальний безконфліктний стан, в якому люди перебувають у повній гармонії. Але усвідомлення марності зусиль щодо повної елімінації конфліктів та підтвердження наявності позитивних функцій конфліктів істотно змінили ставлення фахівців до цього аспекту дослідження конфліктів. Звідси, згідно з підходом К. Томаса, наголос має бути перенесено з елімінування конфліктів на управління ними. Автор вважає, що потрібно сконцентрувати увагу на таких аспектах зміни конфліктів:

- які форми поведінки у конфліктних ситуаціях притаманні для людей;
- які з цих форм поведінки є найбільш продуктивними чи найбільш деструктивними;
- яким чином можна стимулювати продуктивну поведінку;
- змагання (конкуренція) як прагнення досягти задоволення власних інтересів на шкоду іншій особі;
- пристосування – на противагу змагання жертвування власними інтересами заради іншої людини;
- компроміс;
- уникання – відсутність як прагнення до кооперації, так і прагнення до досягнення власних цілей;
- співпраця – коли учасники ситуації доходять альтернативи, яка повністю задовольняє інтереси обох сторін.

На підставі типів поведінки людей у конфліктних ситуаціях К. Томас запропонував двомірну модель регулювання конфліктів, базовими вимірами в якій є кооперація (пов'язана з увагою людини до інтересів інших людей, які залучені до конфлікту) та настирливість (для якої притаманним є акцентування на захисті власних інтересів). К. Томас вважає, що при униканні конфлікту жодна зі сторін не досягає успіху. У таких формах поведінки, як конкуренція, пристосування та компроміс, або один з учасників виявляється у виграші, а інший програє, або вони обидва програють, тому що йдуть на компромісні поступки. Та лише в ситуації співпраці обидві сторони опиняються у виграші.

Виходячи з цього, для подальшого розвитку телемедицини технологій, на наш погляд, на сьогодні стає необхідність створення методики оцінки ефективності тих технологій, які вже застосовані. Найбільш цікавим з цього погляду, на нашу думку, є запропонована в 2020 році С. Броніковою в посібнику «Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід»²⁵ адаптована модель Agile для оцінки ефективності корпоративної культури медичних закладів, які надають дистанційну медичну допомогу. Модель дозволяє створити актуальне бачення комунікативної культури медичного закладу та сформулювати базові морально-етичні норми та правила, що сприяють налагодженню конструктивного діалогу між спеціалістами та пацієнтом, а також між медперсоналом, в даному закладі.

Підхід Agile стосується в першу чергу розробки спеціального програмного забезпечення для проведення комунікації. Але в нашому контексті він має певні цінності, які можна описати таким чином: 1. люди та взаємодії важливіші за процеси та інструменти; 2. працююча програма важливіша за вичерпну документацію; 3. співробітництво з стейкхолдером (користувачем) важливіше узгодження умов договору; 4. готовність до змін важливіша за проходження початкового плану. Підхід Agile був розроблений на початку 2001 року в місті Сноуберд, штат Юта, де відбулася зустріч 17 осіб, які займалися розробкою програмного забезпечення. Вони зійшлися на думці, що надмірно займаються плануванням, документуванням, але забувають про головне, що їхні клієнти мають не просто отримувати якісні послуги, а й відчувати радість від взаємодії з співробітниками корпорацій. Цінності та принципи Agile-маніфесту мають на увазі адаптацію під кожну конкретну ситуацію. Тому Agile знаходить втілення у різних фреймворках (англ. framework – каркас; програмне середовище, яке спрощує та прискорює створення програмного забезпечення).

²⁵ Бронікова А. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід. 2020. 72 с.

Саме створення каркасу ефективних відносин, в якому враховуються комунікативні навички лікаря, для залучення пацієнта до діалогу, навички самоорганізації, націленості на результат, командного духу, є дуже важливими для надання своєчасної кваліфікованої допомоги. Провміння ставити уточнюючі питання, пояснювати тактику лікування, виявляючи навички процесу взаємодії (невербальні навички взаємодії) для успішного лікування та реабілітації. Завдяки програмному забезпеченню, не витрачаються сили медпрацівників на пошук інформації про пацієнта, його аналізи, операції, тому що є загальний доступ до бази даних, куди стікається вся інформація про здоров'я пацієнта. Основою моделі Agile лежить Scrum-структурний підхід, де в команді є чіткий розподіл ролей, щоб було менше перешкод, що відволікають, факторів, щоб медичний персонал міг розкрити свій творчий потенціал та працювати із задоволенням. Один із найпопулярніших серед них – Scrum. Згідно з опитуванням за 2015 рік від ScrumAlliance²⁶, він широко застосовується і буде застосовуватися в різних бізнесових галузях для успішної розробки різних проєктів.

Цей підхід на нашу думку, найбільш підходить для створення саме медичних комунікативних середовищ, зокрема для проведення дистанційних комунікацій. Він має в своїй основі відкрите поважне спілкування та усвідомлення потреб членів команди (в нашому випадку команда – це лікар-пацієнт), делегування відповідальності, передбачає адаптацію під кожну ситуацію, тому що відносини між людьми є унікальними. Спільна робота, довірчі відносини між учасниками команди медичного закладу, готовність до набуття нових навичок та зворотний зв'язок з пацієнтами, допомагають удосконалювати роботу медичних працівників та підвищувати якість медичних послуг.

Для вивчення ефективності створених в США медичних комунікативних середовищ HRI в 2021 році провів вивчення 5 категорій вражень пацієнтів від закладів медичної освіти, які надають дистанційні послуги²⁷.

В категорії «Зручність» пацієнти як найважливіше виділили можливість призначати зустрічі заздалегідь, зручність розташування (або часу консультації), можливість отримання результатів обстеження без зустрічі з лікарем; можливість здійснити платіж онлайн; дуже малий час очікування на зв'язку для отримання невідкладної допомоги; можливість перегляду інформації про власне здоров'я в одному

²⁶ The 2015 State of Scrum Alliance. 2015. 30 p.

²⁷ Redesigning healthcare for the consumer: Survey insights from PwC's Health Research Institute. PwC. URL: <https://www.pwc.com/us/en/industries/health-industries/library/hri-insight-consumer-health-behavior-and-covid-19-pandemic.html> (дата звернення: 21.02.2025).

конкретному місці; можливість змамовляти ліка онлайн з доставкою до дому.

В категорії «Якість» як найважливіші були відмічені проведення обстежень виключно у випадках необхідності; використання лікарями-консультантами результатів останніх досліджень; сучасність обладнання; призначення ефективних ліків з малою кількістю побічних ефектів.

В категорії «Підтримка» на першому місці була відмічена менша вартість варіантів догляду. Також були відмічені допомога пацієнту в керуванні лікуванням; супровід дій при наданні догляду близькій людині; можливість отримання послуг на дому.

В категорії «Персоналізація» в першу чергу пацієнти відмітили уважність персоналу до потреб та вподобань пацієнтів; формування планів догляду з урахуванням звичного образу життя пацієнта; базування комунікації на подобаннях пацієнта.

В категорії «Комунікація» пацієнти як найголовніше відмітили задіяність пацієнта в розробку палан лікування з урахуванням його вподобань; терпляче спілкування; пояснення фактичних расходів заздалегідь; наявність онлайн порталу для керування своїм здоров'ям.

Такий аналіз створив умови для розуміння подальших кроків на шляху розвитку телемедицини технологій.

На сьогодні в Україні працює багато сайтів, які пропонують телемедицинські послуги. Найвідвіднішими з яких є <https://e-likari.com.ua>; doctoronline.care; <https://medikit.ua>; <https://uaps.org.ua>; <https://martabot.pro>; <https://doctoronline.com.ua>; <https://medibor.com.ua/uslugi/onlayn-konsultatsii/>; <https://medispark.io/telemeditsina-2/>; <https://medinet.com.ua/>.

Також працює телемедицинський сервіс для пацієнтів «Поліклініка без черг», багато приватних клінік пропонують своїм клієнтам телемедицинські послуги: <https://onclinic.ua/blog/vrach-v-smartphone>; <https://www.okc.com.ua/uk/telemed>; <https://amosovinstitute.org.ua/slider/distantsijne-konsultuvannya/>; <https://www.symbiotyka.ua/amp/free-consult>; <https://ksm-clinic.com.ua/online-konsultatsii>; https://www.laserhouse.com.ua/ua/vneve_zoom.

4. Рідкісні та нестандартні виклики під час телемедицинської консультації

З розвитком телемедицини технологій та їх впровадженням у систему охорони здоров'я з'являються не лише нові можливості, а й виклики. Крім типових клінічних випадків, лікарям доводиться стикатися з рідкісними та нестандартними ситуаціями, до яких вони часто не підготовлені. Ми розглянемо 3 такі феномени: розіграші, симулянти та стандартизовані пацієнти як метод перевірки компетентності

медичного працівника. Й прогресивне збільшення їх частоти змушує шукати адекватні алгоритми реагування та поширювати їх серед фахівців, які надають телемедичну допомогу. Крім того, ці ситуації зачіпають як клінічну, так й етико-правову сферу телемедицини²⁸.

1. Розіграші та провокаційні консультації

Розіграші (пранки) є навмисними діями, мета яких – викликати у лікаря збентеження, ввести в оману або викликати емоційну реакцію. Вони часто записуються та публікуються у соціальних мережах заради розваги чи провокації. Одним з яскравих прикладів є серія фейкових консультацій з різними телемедичними службами у Німеччині у 2021 році, які отримали невідомі особи прикидаючись пацієнтами з рідкісними психічними симптомами. Метою було перевірити реакцію лікарів, проте частину записів виклали в інтернет без згоди медичного персоналу²⁹.

Як необхідно відповідати на подібні ситуації?

- Ввести обов'язкову верифікацію особи (двофакторна автентифікація та прив'язка до ID);
- Забезпечити юридичний захист лікаря – всі консультації повинні записуватися та зберігатися в медичному закладі відповідно до закону про захист персональних даних;
- Впровадити в медичному закладі протокол поведінки медичного персоналу у разі підозри на пранк.

2. Симулянти у телемедицині

У клінічній практиці лікарі нерідко стикаються з феноменом симуляції або провокаційної поведінки пацієнтів під час консультації. Симуляція – це навмисне перебільшення або вигадкування симптомів захворювання з метою отримання певної вигоди, наприклад, оформлення лікарняного листа, призначення соціальної допомоги, уникнення юридичної відповідальності або отримання медикаментів. Провокаційна поведінка, у свою чергу, може бути виявом емоційного зриву, протестної поведінки або елементом психологічної нестабільності пацієнта. Симулянт – людина, яка свідомо спотворює симптоми з метою отримання вигоди: звільнення від роботи, рецепту на певні препарати, довідки для суду і т.д. У разі телемедицини виявлення симуляції утруднено, оскільки відсутня можливість фізичного огляду.

На одній з телемедичних платформ в США в 2020 році було зафіксовано випадок, коли пацієнт протягом місяця звертався до різних

²⁸ Кисельова О. А., Щербакова О. М. Етичні аспекти онлайн-консультацій. *Лікар та інформаційні технології*. 2021. Вип. 3. С. 15–19.

²⁹ Greenhalgh T., Vijayaraghavan S., Wherton J. et al. Virtual consultations for Covid-19: клінічні, юридичні і етичні питання. *BMJ*. 2020. 369. P. m1182. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>

лікарів зі скаргами на сильну тривожність та безсоння, наполягаючи на виписці бензодіазепінів. При аналізі логів з'ясувалося, що пацієнт під різними іменами використовував одну і ту ж IP-адресу. В Україні у 2023 році лікар повідомив про пацієнта, який протягом трьох консультацій описував гострі симптоми апендициту, але відмовлявся від очної діагностики. Після четвертого звернення з'ясувалося, що це була спроба отримати лікарняний без візиту до поліклініки³⁰.

Що стосується алгоритму дій лікаря за підозри на симуляцію, то перше, необхідне ретельне документування анамнезу та протиріч у скаргах; по-друге: пряма рекомендація очного візиту; по-третє, на кожній телемедицинській платформі необхідно впровадити додаткову позначку про підозру на симуляцію в розділі безпеки; при повторних підозрілих зверненнях необхідно повідомити адміністрацію закладу та адміністратора сервісу.

До ознак, які можуть допомогти лікарю розпізнати симуляцію відносяться, в першу чергу, певні поведінкові ознаки: непослідовність у скаргах, зміна симптомів залежно від формулювання запитань, театральність емоційної реакції, відсутність об'єктивних ознак хвороби при виражених суб'єктивних скаргах. Також повинні насторожувати уникання пацієнтом додаткових досліджень, активне нав'язування діагнозу або наявності конфліктів з медичними працівниками в анамнезі.

У разі підозри на симуляцію лікар має дотримуватися професійної стратегії поведінки під час збору анамнезу. Насамперед необхідно зберігати нейтралітет, уникати прямої конфронтації або прояви недовіри. Збір анамнезу доцільно проводити структуровано, застосовуючи як відкриті, так і закриті запитання, фіксуючи мовленнєві та невербальні реакції пацієнта. Необхідно порівнювати розповідь пацієнта з наявними результатами фізикального або лабораторного обстеження та іншими наявними об'єктивними клінічними даними. Усі спостереження повинні бути детально задокументовані.

При встановленні діагнозу лікареві слід обережно формулювати висновки. Якщо підтвердити скарги клінічно не вдається, доцільно використати формулювання «синдром невизначених симптомів» або МКХ-код Z76.5 – «особа, що симулює хворобу». Пацієнту варто пояснити, що на даному етапі відсутні об'єктивні підтвердження захворювання, і запропонувати альтернативні шляхи – зокрема, психологічну підтримку або консультацію психіатра. Важливо уникати фраз, які можуть викликати конфлікт або образу, таких як «ви вигадуєте» чи «ви симулюєте». Натомість варто зосередитися на фаховому поясненні логіки медичного аналізу.

³⁰ Rogers R., Gresham R. Detecting malingering in telehealth: psychological approaches. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2020. 26 (7). Pp. 453–458. <https://doi.org/10.1177/1357633X19868276>

Якщо пацієнт проявляє агресію або деструктивну поведінку, лікар повинен діяти відповідно до внутрішніх інструкцій безпеки закладу. Обов'язковим є протоколювання контактів, результатів обстежень та змісту консультації. У складних випадках доцільно залучити міждисциплінарну команду: психіатра, психолога, соціального працівника або медичного юриста.

Таким чином, ситуації симуляції чи провокаційної поведінки становлять комплексний виклик для лікаря, що потребує не лише клінічної, а й комунікативної, психологічної та правової компетентності. Від зваженої поведінки лікаря залежить не тільки точність діагнозу, але й збереження професійної етики та довіри до медичної системи загалом. Застосування алгоритмізованих підходів дозволяє зменшити ризики конфліктів, уникнути помилкових рішень і сприяти формуванню пацієнт-орієнтованого середовища в медичних установах.

3. Стандартизовані пацієнти як інструмент перевірки.

Для перевірки ефективності діяльності лікаря телемедицини, вміння комунікувати з різними пацієнтами, а також для проведення внутрішнього аудиту, сертифікації, використовується програма підготовки стандартизованого пацієнта. Стандартизованим пацієнтом називають актора, який відіграє роль пацієнта за заданим сценарієм. Таким чином є можливість перевіряти якість наданих послуг у медичній установі³¹. Хоча цей напрям є новим та ще потребує удосконалення, але вже практикується в деяких країнах (США, Великобританія). Головними його особливостями є ретельна підготовка стандартизованого пацієнта; юридично обґрунтоване використання методики; обов'язкове погодження з адміністрацією закладу³². Ми наполягаємо, що лікар повинен бути поінформований про можливість проведення таємних перевірок у рамках внутрішньої оцінки якості. Такі практики повинні відповідати законам про захист праці, медичній таємниці та правам лікаря.

Приклади застосування: у 2021 році у Великій Британії мережа приватних телемедичних клінік використовувала СП для перевірки якості консультацій при скаргах пацієнтів. Результати показали, що 28% лікарів не уточнили лікарську алергологію, а 12% не поставили обов'язкових питань щодо анамнезу. У Казахстані в 2022 році стандартизовані пацієнти застосовувалися в рамках акредитації нових телемедичних платформ, щоб протестувати безпеку та ефективність алгоритмів.

³¹ Cleland J., Abe K., Rethans JJ. Simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Medical Teacher*. 2009. 31 (6). Pp. 477–486. <https://doi.org/10.1080/01421590903002821>

³² Суслова О. В. Стандартизовані пацієнти у телемедицини: нові горизонти. *Телемедицина та eHealth*. 2022. Вип. 1. С. 34–39.

ВИСНОВКИ

Ефективне спілкування між медичним працівником та пацієнтом є фундаментальним фактором для забезпечення якісної медичної допомоги та покращення результатів лікування. Телемедицина не тільки має значний потенціал та підтверджує можливість надання своєчасної, безпечної та якісної допомоги дистанційно, а й створює умови для зменшення витрат, зручного доступу до медичної допомоги для найбільш уразливих груп пацієнтів, а також сприяє забезпеченню безперервного догляду за пацієнтами з хронічними захворюваннями на будь-якій відстані.

Пандемія COVID-19 суттєво прискорила розвиток телемедицини технологій, які тепер займають важливе місце в системі охорони здоров'я. В Україні телемедицинські послуги продовжують активно розвиватися в умовах військової агресії Росії, яка ускладнює традиційний доступ до медичної допомоги. Виклики останніх років, пов'язані з військовою агресією та значним розповсюдженням посттравматичного стрессового розладу, як у пацієнтів так й лікарів, значно змінили умови спілкування, не лише зробивши дистанційну комунікацію провідним шляхом спілкування, а й призвела до виходу психологічних аспектів на перший план.

Телемедицина дозволяє підвищити доступність медичних послуг, особливо у віддалених і недостатньо забезпечених регіонах. Телемедицина пройшла шлях від фантастичного зображення в 1924 році в журналі «Radio News» сім'ї, яка спілкується з лікарем через екран телевізора, до набуття офіційної назви «телемедицина» в 1997 році завдяки рішенням ВООЗ, та отримала друге дихання. На сьогодні, без її цифрових технологій на можливо уявити ані надання допомоги пацієнтам без фізичного контакту, ані проведення консиліумів, ані конференцій з обміну досвідом з колегами. І все це залишаючись на робочому місці. По відеозв'язку чи телефону можна ефективно визначати ступінь терміновості, вирішувати не дуже серйозні медичні та адміністративні проблеми. Особливо, при взаємодії з пацієнтами похилого віку, з пацієнтами, які мають хронічні захворювання, коли лікар може відкоригувати лікування, а пацієнту не доведеться важко добиратися до поліклініки, не витрачаючи свої сили, і отримувати швидку відповідь.

Перехід на онлайн консультування пацієнтів з рівня штучних послуг до рівня рутинної роботи лікаря поставило вимоги до удосконалення психологічної обізнаності лікарів. Це зробило необхідністю створення корпоративної комунікативної культури в медичних закладах. Телефонні служби психологічної допомоги стали важливим попередником сучасних дистанційних консультацій, що підтверджує їх значення у кризових ситуаціях.

Таким чином, модель комунікативної культури медичного закладу, який надає й послуги дистанційного консультування, й інші телемедичні послуги, повинна складатися з таких аспектів:

- професійне володіння всім персоналом медичного закладу психологічними основами комунікації всередині колективу та з пацієнтами;
- професійне володіння технікою психологічної підтримки пацієнта, особливо при дистанційному консультуванні;
- досконале володіння методами подолання конфліктних ситуацій;
- обов'язкове врахування персоналом потреб та вподобань пацієнтів на всіх етапах надання допомоги;
- досконале володіння персоналом медичного закладу, який надає телемедичні послуги, всім технічним арсеналом та програмним забезпеченням, які задіяні в процесі надання послуг;
- створення зручного та зрозумілого інтерфейсу програмного забезпечення;
- створення інформаційного середовища для спрощення пацієнту пошуків інформації про його захворювання й варіанти вирішення проблеми;
- задіяння ефективних засобів забезпечення конфіденційності інформації про пацієнта.

Подальший розвиток та інтеграція телемедичних технологій є необхідним кроком для адаптації системи охорони здоров'я до сучасних викликів та підвищення якості медичних послуг. Зростання кількості дистанційних консультацій сприяє ефективному використанню медичних ресурсів і зменшенню навантаження на медичний персонал. Впровадження телемедицини також сприяє подоланню дефіциту медичних кадрів, що є гострою проблемою для України та світу.

АНОТАЦІЯ

Розділ присвячено комплексному аналізу комунікативної етики в закладах охорони здоров'я, які надають послуги дистанційного консультування в умовах кризи та невизначеності. Висвітлено історичні витoki телемедицини, її трансформацію від телефонної психологічної допомоги до сучасних цифрових рішень у медичній практиці. Особлива увага приділяється розвитку телемедицини в Україні, включаючи пандемічні та воєнні виклики, що актуалізували дистанційні медичні послуги як інструмент забезпечення доступу до лікування для вразливих категорій населення.

У центрі дослідження – етичні та комунікативні аспекти дистанційної взаємодії між медичним працівником і пацієнтом. Розглянуто специфіку дистанційного консультування, виклики, пов'язані з браком невербального зворотного зв'язку, зниженням емоційної залученості та

ризиками порушення конфіденційності. Підкреслюється необхідність психологічної готовності лікарів до дистанційної практики, важливість активного слухання, структурованого діалогу, формування довіри та вміння керувати конфліктами.

Проаналізовано роль корпоративної комунікативної культури в умовах війни, враховуючи стресові та посттравматичні розлади серед пацієнтів і медичного персоналу. Визначено етичні виклики, пов'язані з розіграшами, симуляцією та стандартизованими пацієнтами як засобами контролю якості. Запропоновано впровадження адаптивної моделі Agile як інструменту розвитку ефективного комунікативного середовища в телемедицинських закладах.

Розділ формує концептуальну основу для стратегічного вдосконалення телемедицинських послуг через призму гуманістичних і етичних принципів взаємодії, надає рекомендації щодо удосконалення політик, навчальних програм і комунікаційних протоколів у сфері цифрової медицини.

Література

1. Befrienders International History. URL: <https://www.befrienders.org/history> (дата звернення: 21.02.2025).
2. Nowicki W., Ziembicki W. and Moraczewski W. D. (eds.) Polska Gazeta Lekarska. 1937, nr 27 [online]. 4 June 1937. Spółka Wydawnicza Lekarska. URL: http://jbc.bj.uj.edu.pl/Content/261939/PDF/NDIGCZAS007765_1937_027.pdf (дата звернення: 21.02.2025).
3. Singlecare. URL: <https://www.singlecare.com> (дата звернення: 21.02.2025).
4. About Global Market Estimates Research & Consultants. URL: <https://www.globalmarketestimates.com> (дата звернення: 21.02.2025).
5. Straitsresearch. URL: <https://straitsresearch.com> (дата звернення: 21.02.2025).
6. Redesigning healthcare for the consumer: Survey insights from PwC's Health Research Institute. PWC. URL: <https://www.pwc.com/us/en/industries/health-industries/library/hri-insight-consumer-health-behavior-and-covid-19-pandemic.html> (дата звернення: 21.02.2025).
7. Медікіт – онлайн консультації лікарів. URL: <https://medikit.ua> (дата звернення: 21.02.2025).
8. Медбот Марта. Медичний бот України. URL: <https://martabot.pro> (дата звернення: 21.02.2025).
9. Українська Академія Педіатричних Спеціальностей. URL: <https://uaps.org.ua> (дата звернення: 21.02.2025).
10. Телемедицина в Україні: ситуаційний аналіз. Проєкт «Сталий розвиток національних систем охорони здоров'я» (LHSS) у межах

проекту USAID «Integrated Health Systems IDIQ». 2023 р. 63 с. URL: https://moz.gov.ua/uploads/10/50588-lhss_ukraine_report_for_moh_website_oct_2023.pdf (дата звернення: 21.02.2025).

11. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801-XII від 19 листопада 1992 року (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 03.03.2025).

12. Телемедицина в період воєнного стану. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/telemedicina-v-period-voeyennogo-stanu> (дата звернення: 03.03.2025).

13. Жарікова Ю. В. COVID-19: юридичні аспекти онлайн-консультування. *Український медичний часопис*. Квітень 2020. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-176011-covid-19-yuridichni-aspekti-onlajn-konsultuvannya> (дата звернення: 03.03.2025).

14. Юдин О. Ю. Телемедицина в період COVID-19: за, проти, утримався. Правові та юридичні аспекти. *Український медичний часопис*. Травень 2020. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-176622-telemeditsina-v-period-covid-19-za-proti-utrimavsysya-pravovi-ta-yuridichni-aspekti> (дата звернення: 03.03.2025).

15. ДСТУ 3396.0-96 Державний стандарт України. Захист інформації. Технічний захист інформації. Основні положення. Чинний від 01.01.1997 р. URL: <https://tzi.com.ua/downloads/DSTU%203396.0-96.pdf> (дата звернення: 03.03.2025).

16. Токарева К. С. Проблема захисту персональних даних у сфері охорони здоров'я в умовах інформатизації. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2022. № 11. doi/<https://doi.org/10.32782/2524-0374/2022-11/120/>

17. Ямненко Т. М., Літвінова І. Ф. Захист персональних даних у сфері охорони здоров'я (кримінально-правові аспекти). *Юридичний вісник*. 2019. Вип. 1 (50). С. 185–191. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILEA=&2_S21STR=Npnau_2019_1_29

18. Бронікова А. Практики комунікативної культури в медичному закладі. *Пацієнт-центрований підхід*. 2020. 72 с.

19. The 2015 State of Scrum Report. *Scrum Alliance*. 2015. 30 р.

20. Кисельова О. А., Щербакова О. М. Етичні аспекти онлайн-консультацій. *Лікар та інформаційні технології*. 2021. Вип. 3. С. 15–19.

21. Greenhalgh T., Vijayaraghavan S., Wherton J. et al. Virtual consultations for Covid-19: клінічні, юридичні і етичні питання. *BMJ*. 2020. 369. P. m1182. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>

22. Rogers R., Gresham R. Detecting malingering in telehealth: psychological approaches. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2020. 26 (7). Pp. 453–458. <https://doi.org/10.1177/1357633X19868276>

23. Cleland J., Abe K., Rethans JJ. Simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Medical Teacher*. 2009. 31 (6). Pp. 477–486. <https://doi.org/10.1080/01421590903002821>

24. Сулова О. В. Стандартизовані пацієнти у телемедицині: нові горизонти. *Телемедицина та eHealth*. 2022. Вип. 1. С. 34–39.

Information about the authors:

Rogachevskyi Oleksandr Petrovych,

<https://orcid.org/0000-0002-8063-258X>

Doctor of Economic Sciences, Candidate of Medical Sciences,

Head of the Department of Simulation Medical Technologies,

Odesa National Medical University

2, Valikhovsky Lane, Odesa, 65062, Ukraine

Belozertseva-Baranova Yuliya Yevhenivna,

<https://orcid.org/0000-0002-8089-0183>

Psychologist,

Assistant Professor at the Department of Simulation Medical

Technologies,

Odesa National Medical University

2, Valikhovsky Lane, Odesa, 65062, Ukraine