

УДК: 159.923: 316.6: 001.8: 614.253

О. О. Бородавко, мол. наук. співробітн. відділу медичної психології  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОМЕТРИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕТОДИКИ ДІАГНОСТИКИ МІЖОСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ

В статті подано результати розробки психодіагностичної методики для визначення особливостей міжособистісних відносин лікаря і пацієнта в процесі лікування. Наводяться дані щодо психометричних характеристик даної методики: валідності, надійності, стандартизації. Надається описання шкал опитувальника та їх змістовна інтерпретація.

*Ключові слова:* терапевтичний альянс, діагностика відносин лікаря і пацієнта, валідність, надійність, стандартизація.

Вивчення особливостей взаємин лікаря і пацієнта в ході лікування є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медичної психології. В роботах багатьох авторів показано, що характер терапевтичного альянсу (ТА) між лікарем і хворим має суттєве значення при лікуванні будь-якого захворювання [1, 3, 5—8]. Так, терапевтичний альянс міцно пов'язаний з комплаєнсом пацієнтів [1, 5, 6, 8]. Продуктивні відносини з лікарем є однією з основних умов високої комплаєнтності хворих [8]. Конструктивно сформований ТА є запорукою ефективності психотерапевтичної та психокорекційної роботи [3, 5, 7].

В дослідженні останніх років ТА розглядається як складна динамічна система міжособистісних відносин і взаємодій між лікарем і пацієнтом, що формується, розвивається і функціонує в процесі лікування та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів [1, 5, 6]. Основними формами ТА є партнерська, емпатійна, регламентувальна, формальна та дистантна [1].

Однак, багато аспектів проблеми терапевтичного альянсу до теперішнього часу залишаються невизначеними. Зокрема, недостатньо вивченими є особливості його формування та функціонування; клінічні, соціально-демографічні та психологічні чинники, значущі для встановлення продуктивних взаємин між лікарем і пацієнтом тощо. Також на сьогодні практично відсутні психологічні методи дослідження терапевтичного альянсу.

Метою даної роботи було розробити методику діагностики міжособистісних відносин лікаря і пацієнта в ході лікувального процесу та оцінити її психометричні [2] характеристики.

У дослідженні взяли участь 210 осіб, які на момент обстеження не проходили лікування, проте мали досвід спілкування і взаємодії з лікарем. 135 (64,20 %) жінок та 75 (35,80 %) чоловіків, віком від 18 до 69 років (середній вік  $34,67 \pm 13,28$ ). Вищу освіту мали 90 (42,80 %) респондентів, незакінчену вищу — 103 (49,04 %) та середню — 17 (8,16 %) опитуваних.

Методи дослідження: метод анкетування, в ході якого застосовували анкету, спрямовану на визначення таких характеристик ситуації лікування як тривалість захворювання опитованого, тривалість та форма (стаціонарне чи амбулаторне) лікування. Психодіагностичний метод був реалізований за допомогою спеціально розробленої методики для оцінки міжособистісних відносин лікаря та пацієнта в ході лікувального процесу (ДВЛП — варіант для пацієнтів). Метод експертних оцінок застосовували для дослідження змістовної валідності методики.

Експертами були шість дипломованих психологів, четверо з яких є кандидатами наук за спеціальністю 19.00.04 — медична психологія, троє працюють в медичних закладах психоневрологічного профілю. Стаж роботи експертів за фахом був в діапазоні від 3 до 21 року.

Статистичне оброблення даних здійснювали за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей (за критерієм множинних порівнянь пар середніх  $t$ -Шеффе, критерієм  $\lambda$  — Колмогорова — Смирнова для визначення відмінностей в розподілі ознак, однофакторного дисперсійного аналізу); методу Кронбаха (коефіцієнт  $\alpha$ ), кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції  $r_s$ -Спірмена); факторного аналізу методом головних компонент та кластерного аналізу методом  $K$ -середніх. Обчислювання отриманих даних проводили за допомогою статистичного пакету SPSS 17.0 for Windows.

Опитуваним була дана інструкція згадати будь-який випадок взаємодії з лікарем із власного досвіду та відповідно до нього відповісти на приведені питання.

Аналіз даних анкети показав, що 91 (43,33 %) опитуваних описували ситуацію стаціонарного лікування, 119 (56,67 %) — амбулаторного. Тривалість захворювання, відповідно до якого давались відповіді, була у межах від одного тижня до 25 років (середня тривалість захворювання  $6,54 \pm 7,06$  років). 81 (38,57 %) опитуваних оцінювали своє лікування як короткострокове, 129 (61,43 %) — як довгострокове. Таким чином, респонденти описували досить різні ситуації лікування.

Розроблення методики ДВЛП здійснювали в декілька етапів. Перший етап був присвячений конструюванню тверджень опитувальника. Було здійснено специфікацію методики, визначено змістовні області та їх маніфестації. Змістовні області методики відображали поведінковий, мотиваційний та емоційний компоненти міжособистісних відносин лікаря і пацієнта [6]. Маніфестаціями змістовних областей виступали уявлення респондентів щодо власної позиції та позиції лікаря в процесі спілкування і взаємодії з ним.

Первісний варіант опитувальника ДВЛП був складений на зразок Лайкертовської шкали [2], включав 46 тверджень.

На наступному етапі було здійснено апробацію методики на групі опитуваних 100 чоловік, які на момент обстеження не проходили лікування, проте мали досвід спілкування та взаємодії з лікарем. Завданнями даного етапу дослідження було сформувати окремі шкали методики (визначити її факторну структуру), перевірити якість розроблених тверджень, визначити попередню типологію міжособистісних відносин лікаря та пацієнта в ході лікування.

За результатами факторного аналізу було визначено внутрішню структуру методики і сформовано такі 7 шкал: «Емоційний комфорт» — характеризує рівень симпатії, довіри пацієнта до лікаря, загальної задоволеності емоційною підтримкою з його боку; «Готовність до співпраці з лікарем» — відображає рівень усвідомлення пацієнтом власних цілей в ході лікування, включеності

в процес спілкування і взаємодії з лікарем та спрямованості хворого на співпрацю з ним в цілому; «Готовність розуміти позицію та переживання лікаря» — характеризує суб'єктивну значущість для пацієнтів характеру міжособистісних відносин з лікарем в процесі лікування, ступінь готовності хворих розуміти його позицію та переживання; «Відповідальність лікаря» — відображає уявлення пацієнта щодо відповідальності лікаря в процесі спілкування та взаємодії з ним; «Відкритість» — характеризує рівень відкритості пацієнта при спілкуванні з лікарем; «Відповідальність пацієнта» — відображає рівень власної відповідальності хворого в ході спілкування з лікарем та за результат лікування в цілому; «Конгруентність» — описує рівень конгруентності пацієнтів при спілкуванні з лікарем. Можна припустити, що сумарний бал за всіма шкалами методики відображає загальний ступінь спрямованості пацієнтів на встановлення альянсу з лікарем (ССВА).

Оцінку якості тверджень, які увійшли до вищеописаних шкал, здійснювали шляхом визначення індексу їх ефективності та дискримінативності [2]. Результати дослідження показали, що із 46 завдань 40 є ефективними та 39 — дискримінативними. Таким чином, для остаточного варіанту методики було відібрано 39 ефективних та дискримінативних тверджень (текст опитувальника наведено у додатку).

Для подальшого дослідження діагностичних властивостей методики ДВЛП було визначено попередню типологію міжособистісних відносин лікаря та пацієнта в процесі лікування. За допомогою кластерного аналізу методом *K*-середніх було сформовано 4 групи респондентів, однорідних за ступенем вираженості різних параметрів взаємин лікаря і пацієнта. Тобто, можна сказати, що для опитуваних кожної з груп характерним є певний тип відносин в системі «лікар — хворий». До першої групи увійшло 20 (20,00 %) осіб, до другої — 28 (28,00 %), до третьої — 39 (39,00 %) та до четвертої — 13 (13,00 %) респондентів). Відмінності між групами опитуваних визначались за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу та критерію множинних порівнянь пар середніх *t*-Шеффе.

Результати дослідження показали, що для респондентів першої групи в цілому характерний середній ступінь спрямованості на встановлення альянсу з лікарем (ССВА) (1 група —  $65,50 \pm 5,19$ ; 2 група —  $55,64 \pm 5,16$ ; 3 група —  $66,26 \pm 3,99$ ; 4 група —  $79,08 \pm 4,74$ ,  $p < 0,01$ ). Найбільш високі оцінки мають параметри «Готовність до співпраці з лікарем» ( $74,70 \pm 12,27$ ), «Емоційний комфорт» ( $71,30 \pm 10,61$ ) та «Відповідальність лікаря» ( $66,00 \pm 11,49$ ); найнижчі — «Відповідальність пацієнта» ( $41,60 \pm 11,69$ ), «Відкритість» ( $58,80 \pm 19,69$ ) та «Конгруентність» ( $58,90 \pm 13,73$ ). Можна сказати, що дані пацієнти мають високу потребу в емоційній підтримці з боку лікаря. Вони готові «співпрацювати» з ним за умов достатнього емоційного комфорту. Також ці опитувані слабо усвідомлюють власні емоційні переживання при спілкуванні з лікарем та намагаються їх не показувати. Відповідальність за характер спілкування з лікарем і лікування в цілому вони практично повністю покладають на лікаря. Подібний тип взаємин лікаря і хворого можна назвати «емоційно-залежними відносинами».

У респондентів другої групи відзначається найменший ступінь ССВА, ніж у всіх інших опитуваних (2 група —  $55,64 \pm 5,16$ ; 1 група —  $65,50 \pm 5,19$ ; 3 група —  $66,26 \pm 3,99$  та 4 група —  $79,08 \pm 4,74$ ,  $p < 0,01$ ). Найбільш високим у них є показник «Відповідальність

пацієнта» ( $80,26 \pm 10,15$ ). Всі інші шкали мають низькі оцінки, найнижчі з яких відзначаються за параметрами «Відповідальність лікаря» ( $41,79 \pm 12,53$ ), «Конгруентність» ( $44,97 \pm 8,30$ ), «Відкритість» ( $50,38 \pm 10,22$ ) та «Емоційний комфорт» ( $57,02 \pm 11,45$ ). Тобто у цих пацієнтів альянс з лікарем практично відсутній. В процесі лікування вони намагаються покладатись лише на власні сили і не очікують від лікаря істотної допомоги. Такий тип взаємин лікаря і пацієнта можна назвати «формальним».

Опитувані третьої групи характеризуються середнім ступенем ССВА в цілому (3 група —  $66,26 \pm 3,99$ ; 2 група —  $55,64 \pm 5,16$ , та 4 група —  $79,08 \pm 4,74$ ,  $p < 0,01$ ). Найбільш високі оцінки відзначаються за шкалою «Готовність до співпраці з лікарем» ( $71,04 \pm 11,65$ ) та «Відповідальність пацієнта» ( $88,13 \pm 8,40$ ), найнижчі — за параметрами «Відповідальність лікаря» ( $40,22 \pm 16,34$ ), «Емоційний комфорт» ( $58,43 \pm 10,48$ ), «Відкритість» ( $58,78 \pm 10,88$ ) та «Конгруентність» ( $61,78 \pm 9,27$ ). Можна сказати, що відносини з лікарем у цих пацієнтів мають здебільшого своєрідний «діловий» характер. Такий тип взаємин лікаря і хворого можна назвати «діловими відносинами».

У респондентів четвертої групи відзначається найбільш високий ступінь ССВА, ніж у інших опитуваних (4 група —  $79,08 \pm 4,74$ ; 1 група —  $65,50 \pm 5,19$ ; 2 група —  $55,64 \pm 5,16$  та 3 група —  $66,26 \pm 3,99$ ,  $p < 0,01$ ). Показники за всіма параметрами у них однаково високі, окрім шкали «Відповідальність лікаря», яка має здебільшого середні оцінки ( $43,13 \pm 16,40$ ). Тобто респонденти даної групи не покладають надмірних сподівань на лікаря при спілкуванні з ним, усвідомлюють певні межі відповідальності медичних спеціалістів в ході лікування. Цей тип взаємин лікаря і пацієнта можна назвати «альянсними відносинами».

Таким чином, міжособистісні відносини лікаря та пацієнта в ході лікування можуть бути розглянуті у вигляді своєрідного континууму, одним з полюсів якого є формальні взаємини, а іншим — альянсні. Проміжні їх форми можуть відрізнятися між собою в залежності від того, які характеристики даних відносин є найбільш вираженими. Визначена типологія, безумовно, не відображає усього спектра варіантів взаємин лікаря і хворого, проте дозволяє окреслити можливі напрямки подальшого дослідження даного питання.

На останньому етапі розроблення методики було здійснено перевірку її змістовної валідності, надійності та проведено процедуру стандартизації.

Змістовна валідність методики визначалась за допомогою факторного аналізу та методу експертних оцінок. Метою експертної оцінки було встановлення відповідності змісту кожного завдання опитувальника тим параметрам, які мають діагностуватися за його допомогою. Для оцінки відповідності тверджень використовували п'ятибальну шкалу, де 1 бал — «повністю не відповідає»; 2 бали — «скоріше не відповідає»; 3 бали — «в цілому відповідає»; 4 бали — «майже повністю відповідає»; 5 балів — «повністю відповідає».

Результати факторного аналізу методом головних компонент підтвердили правомірність виділення вищеописаних 7-ми шкал методики. Було визначено такі 7 факторів, які в сумі пояснюють 54,92 % дисперсії. Фактор 1 — «Емоційний комфорт» (16,07 % дисперсії), включає такі пункти<sup>1</sup>: «Я вповне доверяю врачу, который

<sup>1</sup> Текст опитувальника наведено тою мовою, якою було розроблено методику та здійснено її психометричну оцінку.

со мной работает» (0,58), «Такие люди, как мой врач, вызывают у меня симпатию» (0,73), «Мои взаимоотношения с врачом носят, преимущественно, формальный характер»<sup>2</sup> (0,59), «К таким людям, как мой врач, я отношусь с большим уважением» (0,80), «К сожалению, я вынужден общаться с этим врачом»\* (0,58), «Знаю, что врач всегда меня поймет, о чем бы мы ни говорили» (0,69), «У меня теплые, дружественные взаимоотношения с лечащим врачом» (0,73), «Не могу сказать, что мне нравится мой врач»\* (0,71), «Думаю, что врач мне полностью доверяет» (0,62), «Мне хотелось бы больше эмоциональной поддержки и понимания со стороны врача»\* (0,59) та «Я чувствую эмоциональную поддержку со стороны врача» (0,67).

Фактор 2 — «Готовність розуміти позицію та переживання лікаря» (8,33 % дисперсії). До нього входять такі пункти: «Для меня совершенно не важно, доверяет ли мне врач»\* (0,53), «Надеюсь, что я симпатичен своему лечащему врачу» (0,65), «По большому счету, мне безразлично, с каким врачом имеет дело, лишь бы он лечил»\* (0,54), «Меня не особо волнует характер моих взаимоотношений с врачом»\* (0,49), «Общаясь с врачом, стараюсь понять и его переживания» (0,63), «Стараюсь говорить с врачом так, чтоб он меня правильно понял» (0,53), «Я стараюсь четко прояснить позицию врача в процессе лечения» (0,49).

Фактор 3 — «Готовність до співпраці з лікарем» (7,84 % дисперсії), включає такі твердження: «Думаю, что мы с врачом в процессе взаимодействия (общения) стремимся к одной и той же цели» (0,58), «Трудно четко сказать, каковы мои цели в процессе взаимодействия с врачом»\* (0,71), «Думаю, врач не вполне согласен с тем, к чему я стремлюсь в процессе лечения»\* (0,67), «Для эффективного лечения совсем не обязательны совместные усилия врача и пациента»\* (0,58), «Общаясь с врачом, я полностью сосредоточен на нашем разговоре» (0,45), «Я не всегда понимаю чего добивается врач»\* (0,54).

Фактор 4 — «Відкритість» (6,03 % дисперсії), включає такі пункти: «Я не всегда говорю врачу о своих сомнениях и переживаниях»\* (0,72), «Думаю, что о моих переживаниях лучше не знать даже врачу»\* (0,45), «Если меня что-то не устраивает во взаимоотношениях с врачом, предпочитаю это не показывать»\* (0,74), «Свое мнение относительно лечения предпочитаю оставить при себе»\* (0,68), «В общении с врачом я искренне говорю о своих мыслях и чувствах» (0,55).

Фактор 5 — «Уявлення щодо відповідальності лікаря» (5,86 % дисперсії), включає такі твердження: «Процесс моего лечения, прежде всего — забота врача» (0,55), «Думаю, что за характер тех взаимоотношений, которые складываются между врачом и пациентом, в первую очередь ответственен врач» (0,72), «Врач обязан находить общий язык с любым пациентом, несмотря ни на что» (0,66), «Позиция пациента при общении с врачом, в первую очередь, зависит от врача» (0,63).

Фактор 6 — «Відповідальність пацієнта» (5,47 % дисперсії), включає такі твердження: «Каждый человек сам несет ответственность за все, что происходит в его жизни» (0,65), «Результат лечения, в первую очередь, зависит от тех усилий, которые я прилагаю» (0,65), «Та позиция, которую занимает пациент в процессе взаимодействия с врачом, зависит лишь от него самого» (0,74).

Фактор 7 — «Конгруентність пацієнта» (5,32 % дисперсії). До нього увійшли такі пункти: «В общении с врачом мое поведение полностью отражает внутреннее состояние» (0,62), «Я всегда полностью осознаю свои чувства и переживания» (0,56), «В общении с врачом я стараюсь внешне не показывать то, что творится у меня на душе»\* (0,57).

Результати аналізу експертних оцінок показали, що в цілому розроблені твердження відповідають цілям діагностики (середні показники оцінок були в діапазоні  $4,01 \pm 0,65$  —  $4,87 \pm 0,47$  балів). Також відзначалась досить висока узгодженість відповідей експертів ( $\alpha$ -коефіцієнт Кронбаха — 0,79), що підкреслює точність проведеної експертизи.

Таким чином, розроблена методика є змістовно валідною.

Перевірка надійності (внутрішньої узгодженості) окремих шкал та методики в цілому здійснювалась за допомогою розрахунку коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха. За даними дослідження, для різних шкал опитувальника ДВЛП його показники були в діапазоні 0,63—0,86; для загального балу методики — 0,87. Отриманий результат вказує на досить високу внутрішню узгодженість виділених параметрів.

Для визначення зв'язку окремих шкал із загальним показником методики ДВЛП було проведено кореляційний аналіз (застосовувався  $r_s$ -коефіцієнт Спірмена). Дані дослідження вказують на високу значущість кореляційного зв'язку між всіма шкалами та сумарним показником опитувальника ( $r_s = 0,26$ — $0,55$ ,  $p < 0,01$ ), окрім параметру «Відповідальність лікаря» ( $r_s = 0,10$ ,  $p > 0,05$ ). Отриманий результат свідчить про правомірність визначення сумарного балу методики як загального показника ступеня ССВА шляхом підрахунку балів за шкалами «Емоційний комфорт», «Готовність до співпраці з лікарем», «Готовність розуміти позицію та переживання лікаря», «Відповідальність пацієнта», «Відкритість», та «Конгруентність». Параметр «Відповідальність лікаря» має сенс аналізувати окремо як самостійну характеристику взаємин в системі «лікар — пацієнт».

Дослідження ретестової надійності методики ДВЛП не проводилось, оскільки параметри взаємин лікаря і хворого досить сильно пов'язані з особливостями кожної конкретної ситуації процесу лікування.

Стандартизація методики проходила на вищепов'язаній групі опитуваних. Стандартні оцінки (стени) було визначено для кожної шкали окремо, та загального балу методики. Таблицю переведення «сирих» балів у стени наведено у додатку.

Таким чином, методика дослідження міжособистісних відносин лікаря і пацієнта в ході лікувального процесу (варіант для пацієнтів) дозволяє визначити такі характеристики взаємин лікаря і хворого (з позиції пацієнта) як емоційний комфорт при спілкуванні з лікарем, готовність до співпраці з ним, готовність розуміти позицію та переживання лікаря, рівень відкритості, конгруентності та відповідальності хворого в ході взаємодії з лікарем, уявлення пацієнтів щодо відповідальності лікаря за характер відносин з ними, а також загальний ступінь спрямованості хворих на формування альянсних відносин з лікарем. Розроблений опитувальник є змістовно валідним та відзначається високою надійністю.

<sup>2</sup>\* — Твердження, які за ключем методики мають зворотні оцінки.

## Бланк методики ДВЛП\*

**Інструкція:** перед Вами список утверджень, характеризуючих взаимоотношения врача и пациента. Оцените, насколько Вы согласны с каждым из них по 5-балльной шкале в отношении своего лечащего врача (1 — полностью не согласен, 2 — скорее не согласен, 3 — затрудняюсь ответить, 4 — скорее согласен, 5 — полностью согласен) и отметьте соответствующую цифру в бланке.

№	Утверждение	Оценка
1	Думаю, что мы с врачом в процессе взаимодействия (общения) стремимся к одной и той же цели	
2	Я вполне доверяю врачу, который со мной работает	
3	Такие люди, как мой врач, вызывают у меня симпатию	
4	Мои взаимоотношения с врачом носят, преимущественно, формальный характер	
5	Каждый человек сам несет ответственность за все, что происходит в его жизни	
6	К таким людям, как мой врач, я отношусь с большим уважением	
7	Я не всегда говорю врачу о своих сомнениях и переживаниях	
8	К сожалению, я вынужден общаться с этим врачом	
9	Процесс моего лечения, прежде всего — забота врача	
10	Знаю, что врач всегда меня поймет, о чем бы мы ни говорили	
10	Трудно четко сказать каковы мои цели в процессе взаимодействия с врачом	
12	У меня теплые, дружественные взаимоотношения с лечащим врачом	
13	Для меня совершенно не важно, доверяет ли мне врач	
14	Не могу сказать, что мне очень нравится мой врач	
15	Думаю, что о моих переживаниях лучше не знать даже врачу	
16	Надеюсь, что я симпатичен своему лечащему врачу	
17	Думаю, что за характер тех взаимоотношений, которые складываются между врачом и пациентом, в первую очередь ответственен врач	
18	Результат лечения, в первую очередь, зависит от тех усилий, которые я прилагаю	
19	Думаю, врач не вполне согласен с тем, к чему я стремлюсь в процессе лечения	
20	Врач обязан находить общий язык с любым пациентом, несмотря ни на что	
21	По большому счету, мне безразлично, с каким врачом иметь дело, лишь бы он лечил	
22	Если меня что-то не устраивает во взаимоотношениях с врачом, предпочитаю это не показывать	
23	Свое мнение относительно лечения предпочитаю оставить при себе	
24	Меня не особо волнует характер моих взаимоотношений с врачом	
25	Для эффективного лечения совсем не обязательны совместные усилия врача и пациента	
26	Общаясь с врачом, стараюсь понять и его переживания	
27	В общении с врачом мое поведение полностью отражает внутреннее состояние	
28	В общении с врачом я искренне говорю о своих мыслях и чувствах	
29	Общаясь с врачом, я полностью сосредоточен на нашем разговоре	
30	Я не всегда понимаю, чего добивается врач	
31	Думаю, что врач мне полностью доверяет	
32	Я всегда полностью осознаю свои чувства и переживания	
33	Стараюсь говорить с врачом так, чтоб он меня правильно понял	
34	Мне хотелось бы больше эмоциональной поддержки и понимания со стороны врача	
35	Я чувствую эмоциональную поддержку со стороны врача	
36	Я стараюсь четко прояснить позицию врача в процессе лечения	
37	В общении с врачом я стараюсь внешне не показывать то, что творится у меня на душе	
38	Та позиция, которую занимает пациент в процессе взаимодействия с врачом, зависит лишь от него самого	
39	Позиция пациента при общении с врачом, в первую очередь, зависит от врача	

\* Текст опитувальника наведено тою мовою, якою було розроблено методику та здійснено її психометричну оцінку

Ключ до методики ДВЛП

Шкала	№ твердження
1. «Емоційний комфорт»	2, 3, 4*, 6, 8*, 10, 12, 14*, 31, 34*, 35.
2. «Готовність розуміти позицію та переживання лікаря»	13, 16, 21, 24, 26, 33, 36.
3. «Готовність до співпраці з лікарем»	1, 11*, 19*, 25*, 29, 30*.
4. «Відкритість»	7*, 15*, 22*, 23*, 28.
5. «Відповідальність лікаря»	9, 17, 20, 39.
6. «Відповідальність пацієнта»	5, 18, 38.
7. «Конгруентність»	27, 32, 37*.
<b>Загальний показник (ступінь ССВА)</b>	<b>Σ показників шкал 1, 2, 3, 4, 6, 7.</b>

Примітка: \* — твердження, які за ключем методики мають зворотні оцінки

Таблиця 3

Результати переведення «сирих» балів за шкалами методики ДВЛП у стени

Стени	Шкала*							Загальний показник
	1	2	3	4	5	6	7	
1	≤ 15	≤ 15	≤ 13	≤ 5	≤ 7	≤ 7	≤ 5	≤ 81
2	16—21	16—17	14—15	6—7	8	8	6	82—90
3	22—27	18—19	16—17	8—9	9	9	7	91—99
4	28—31	20—21	18—19	10—11	10	10	8	100—108
5	32—36	22—24	20—22	12—14	11—12	11—12	9—10	109—118
6	37—40	25—26	23—24	15—16	13	13	11	119—127
7	41—44	27—28	25—26	17—18	14	14	12	128—136
8	45—48	29—30	27—28	19—20	15	15	13	137—145
9	49—52	31—32	29—30	21—22	16	16	14	146—154
10	≥ 53	≥ 33	≥ 31	≥ 23	≥ 17	≥ 17	≥ 15	≥ 155

Примітка: \* — Шкали методики ДВЛП: 1. «Емоційний комфорт»; 2. «Готовність розуміти позицію та переживання лікаря»; 3. «Готовність до співпраці з лікарем»; 4. «Відкритість»; 5. «Відповідальність лікаря»; 6. «Відповідальність пацієнта»; 7. «Конгруентність»

### Список літератури

1. Артюхова, В. В. Особливості формування терапевтичного альянсу в медичному закладі психоневрологічного профілю : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія» / В. В. Артюхова. — Харків, 2011. — 20 с.
2. Бурлачук, Л. Ф. Психодіагностика : учебник для вузів / Л. Ф. Бурлачук. — СПб.: Питер, 2006. — 351 с.
3. Клиническая психология : учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. — 960 с.
4. Наследов, А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : учебное пособие / А. Д. Наследов. — СПб.: Речь, 2004. — 329 с.

5. Шестопалова, Л. Ф. Психологія лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи дослідження / Л. Ф. Шестопалова // Медицина психологія. — 2006. — Т. 1, № 4. — С. 30—32.

6. Шестопалова, Л. Ф. Особливості терапевтичного альянсу за оцінками хворих на основні неврологічні та психічні розлади / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, № 3 (64). — С. 158.

7. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом ; пер. с англ. Т. С. Дабкиной. — М.: Независимая фирма «Класс», 2005. — 576 с.

8. Chaplin, R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? / R. Chaplin // Advances in psychiatric treatment. — 2007. — Vol. 13. — P. 347—349.

Надійшла до редакції 19.08.2011 р.

**О. А. Бородавко**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины» (г. Харьков)

### Исследование психометрических характеристик методики диагностики межличностных взаимоотношений врача и пациента в процессе лечения

В статье представлены результаты разработки психодиагностической методики для определения особенностей межличностных взаимоотношений врача и пациента в процессе лечения. Приводятся данные относительно психометрических характеристик данной методики: валидности, надежности, стандартизации. Представлено описание шкал опросника и их содержательная интерпретация.

**Ключевые слова:** терапевтический альянс, диагностика взаимоотношений врача и пациента, валидность, надежность, стандартизация.

**O. Borodavko**

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology  
of the NAMS of Ukraine"  
(Kharkiv)

### Study of psychometric characteristics of the methods of diagnosis relationships the doctor and patient in the process of treatment

The article presents the results of the development of psychodiagnostic methods for determining the characteristics of interpersonal relationships doctor and patient during treatment. The data regarding the psychometric characteristics of this methodology: validity, reliability and standardization. Small description of the questionnaire scales and their meaningful interpretation.

**Key words:** therapeutic alliance, diagnosis relationships the doctor and patient, validity, reliability, standardization.