

ЗА КОМУНИКАЦИЯТА (ОБЩУВАНЕТО) МЕЖДУ ЛЕКАР И ПАЦИЕНТ

Известно е, че комуникацията се основава върху взаимното предаване на информация между поне двама души, т.е. комуникацията или общуването е процес на обмяна на информация между хората. Този процес на обмяна е присъщ и на всички живи организми и информационни системи.

В процеса на предаване на информация се включва подготовката, съставянето и предаването на съобщения. Съществуват множество начини за комуникиране, а речта и езикът са само част от комуникационния процес, от процеса на общуване. Различават се два основни типа комуникация: невербална (несловесно общуване) и вербална (езиково общуване – писмено или говоримо, или съчетание от двете).

При невербалната комуникация предаването на информация се извършва без да се използва реч (език). При пряко общуване между хора голяма част от информацията се предава именно по тези невербални канали, най-вече чрез т.нар. език на тялото – жестове, поза, мимика. Тук влияние могат да оказват и редица други фактори (особено в процеса на общуване между лекар и пациент): облекло, прическа, социалната и/или архитектурната среда, в която протича комуникацията, социален и икономически статус на общуващите актьори, мотивация, емоции, количество и качество на знанието, сложност и елегантност на речта, личната хигиена на общуващите и др. Всички тези фактори могат да имат катализираща общуването роля или да се превърнат в затормозящи и затрудняващи го. Изследвания в тази област са установили, че около 55% от информацията се възприема от мимиката на подателя, 38% от тона, интонацията на неговия глас и едва 7% от думите, използвани, за да се транслира и приема даден обем информация. Ето защо се смята, че дори при вербална комуникация особено важна роля играят невербалните

елементи, които се наричат параезик. Именно този параезик е в основата на доверието на пациента към лекаря.

Към невербалното общуване принадлежат и т.нар. визуални форми, при които информацията се предава чрез визуални образи – двуизмерни изображения, като знаци, схеми, чертежи, рисунки, илюстрации, снимки, филми (в т.ч. и клипове). Често те се съчетават с текст, като така двете форми взаимно се допълват.

Вербалната комуникация или общуване се извършва посредством езика – система от знаци и в този смисъл езикът е семиотична система. Най-често под език се разбира неговият говорен (устен) вариант – речта, и неговият писмен вариант, писаното слово. Съществуват обаче и други типове езици, като например жестомимичния език, ползван от глухите хора.

Комуникацията може да бъде директна – при пряко общуване между хората, както и индиректна опосредена чрез различни средства – писма, телефон и др.

Комуникацията между лекар и пациент – най-просто – може да се дефинира като взаимен вербален и невербален обмен на информация между двамата основни социални актьори в лечебния процес: лекарят и пациентът. За успеха на това общуване огромна роля има параезикът на лекаря, чрез който той може да вдъхне доверие в пациента към себе си, да му помогне да преодолее психологическите си проблеми и др. Същевременно параезика на лекаря може много бързо да унищожи доверието в пациента и да породи съпротива в него срещу предлаганата му терапия. Това се случва, когато параезика на лекаря изразява досада от и нетърпение към пациента, безразличие към неговите притеснения и страдания – един проблем, с който хората с ревматични заболявания не рядко се сблъскват.

Правилата за добро общуване – особено, когато то носи в някаква степен формален, т.е. официален характер, са свързани с:

(а) яснота – използване на „прост“ и разбираем речник,

(б) краткост – съкращаване на говоренето и предаване на информацията без излишен „вербален шум“ ,

(в) емпатия – вникване, съпричастност, съчувствие, вживяване в ролята на участник в общуването, ясно изразяване на отношението, очакванията към формата и съдържанието на информацията.

В отношенията лекар-пациент, основните цели от гледна точка на лекаря, могат да се формулират така:

- получаване на информация, необходима в процеса на диагностициране и поставяне на диагноза, както и за определяне и предписване на последваща терапия,

- убеждаване за и включване на пациента в процеса на съвместна работа, насочена към неговото лечение,

- предоставяне на необходимата информация за същността на болестта, лечението, прогнозите за нейното развитие и необходимите изследвания и процедури,

- предоставяне на подходяща информация, благодарение на която пациентът може да изгради адекватна представа и образ на болестта си,

- насочване на краткосрочното и дългосрочното поведение на пациента в условията на живот с ревматично заболяване,

- информация за необходимите промени в живота на пациента и помощ за адаптиране към тези промени,

- подпомагане при решаване на възникнали психологически проблеми и/или предпазване от възникване и развитие на такива проблеми.

Една от най-важните задачи на лекаря е да мотивира адекватно пациентът за борба с ревматичното заболяване, да му помогне да овладее прекалената емоционалност, породена от заболяването, да успее да възвърне усещането за контрол над болестта, нейните симптоми и – особено важно – над своето тяло. В резултат на общуването с лекаря пациентът трябва да може да възвърне в максимално възможната степен чувството за безопасност.

Правата на пациента му осигуряват при общуване с лекаря правото на информация, правото да се съгласи или да отхвърли даден вид терапия, правото на уважение и зачитане на неговата анонимност и др. В българското законодателство тези права са регламентирани в Закона за здравето (чл.чл. 86-96) и в Закона за здравното осигуряване (чл.чл.35-36).

Днес се смята, че пациентът, ако е пълнолетно лице, трябва да знае всичко за своето здравословно състояние, защото именно той взема решение за собственото си лечение. Семейството на пациента получава информация само със съгласието на самия пациент. Поне това са изисквания в полския лекарски Кодекс.

Григиелска изброява следните черти на позитивната и адекватна комуникация на лекаря с пациента:

- (1) надеждност, професионализъм, съпричастност,
- (2) индивидуален подход,
- (3) предимство на слушането,
- (4) съвместимост между вербално и невербално поведение,
- (5) разбираемост и простота на посланията,
- (6) стимулиране на обратни послания,
- (7) познаване на потребностите на пациента и тяхното задоволяване,
- (8) използване на отворени въпроси, които предоставят възможност за свободно споделяне и разказ от страна на пациента,
- (9) задаване на въпроси, които се отнасят и до соматичните, и до психологичните проблеми на пациента,
- (10) стимулиране на пациента да изясни онези проблеми, за наличието на които той сигнализира само в най-общ план,
- (11) умение да се използва тишината (Grygielska 2014).

В литературата по проблема се разграничават четири типа пациенти. Добре е самите пациенти да направят самооценка на собствения си тип и да преценят, кой от тези типове е най-подходящ за тях по отношение на тяхното поведение към собственото им ревматично заболяване:

1. Уравновесен тип или „идеален пациент“. Изправен пред лицето на ревматичното заболяване – в началото или при по-късни обостряния, той използва конструктивни методи за справяне със стреса, предизвикан от болестта и/или нейните атаки. Резултатът от това е относително лекото приемане и преживяване на трудните моменти;

2. Ангажиран тип или „оплакващ се/изискващ пациент“. Това е пациент, който не се адаптира или много трудно се адаптира към болестната ситуация. Често я използва, за да манипулира хората около себе си и – което е естествена последица от такова поведение – предизвиква отхвърляне, а понякога дори може да предизвика и враждебни реакции от страна на медицинския персонал;

3. Плах тип пациент. Този тип пациент обикновено демонстрира липса на необходимост от социална подкрепа, а същевременно може да се забележи високо ниво на психично напрежение. Това са хора, при които съпротивителните сили срещу стрес са ниски, те се въздържат от изразяване на чувствата си като изглеждат пасивни и враждебни;

4. Изолиращ се тип. Това е онзи тип пациент, който се справя със собствените си проблеми, затваряйки се в себе си. Не толерира стреса, но едновременно с това намалява или прекъсва връзките си с другите хора – не рядко дори с представители на медицинската професия и психолози (Grygielska 2014).

Съществуват, разбира се, и други класификации на типовете пациенти. По-рядко се срещат класификации на типовете лекари. За човека с ревматично заболяване е важно да приеме активна позиция и отношение към собственото си заболяване и да се стреми да бъде „идеален пациент“, за да може да се адаптира по-лесно към житейската си ситуация и по-успешно да се бори с ревматичното заболяване.

При предстояща визита при ревматолог или при друг лекар, е важно да се използва и прилага методът на 4-те П. Става дума за следното:

(1) Подготовка. Човекът с ревматично заболяване трябва да е готов да предостави информация на ревматолога, свързана с това, как се чувства във времето от последната визита (психично и физическо състояние), посещавал ли е и ако да – кои, други специалисти, възникнали ли са и ако да – какви, съмнения по отношение на прилаганото лечение, дали лечението не е довело до необходимост от отказ от някакви дейности в дадена сфера и/или до редуциране на дейности в други области от ежедневието, има ли и ако да – какви, нежелани симптоми, породени от терапията, дали самоволно е редуцирал дозата на приеманите лекарства?

(2) Питане или готовност за задаване на въпроси. Човекът с ревматично заболяване трябва да сподели с ревматолога всички свои съмнения и притеснения, които се отнасят до лечението, отделни симптоми, или цялостния план за лечение. Ако има съмнение как точно да се приемат лекарствата – трябва да се пита. Ако има съмнение, където точно е добре да се провежда рехабилитация – също трябва да се пита. Единственият глупав въпрос, е незададеният въпрос.

(3) Повторение. Ако човекът с ревматично заболяване не е сигурен, че е разбрал добре нещо трябва да пита повторно, като използва например изрази от типа: ако добре съм разбрал, то ..., а това няма ли да попречи на ... и др.п. По добре е да се предизвика известна досада в лекаря, отколкото да се правят погрешни действия, поради не добре разбрана информация.

(4) Предприемане на действия. Излизайки от лекарския кабинет човекът с ревматично заболяване поема пълната отговорност за своите действия по отношение на собственото си лечение и здравословен начин на живот. И тъй като всяко ревматично заболяване е хронично и веднъж появило се продължава цял живот, е добре човек да има свой дневник за протичане на заболяването, в който да отбелязва всички проблеми, провали и напредък. Освен всичко друго подобен дневник винаги ще подпомогне значително подготовката за следващата визита при ревматолога (Grygielska 2014).

Удовлетвореността на човека с ревматично заболяване от общуването с лекаря, от лечебните процедури и др. има огромно значение за процеса на лечение. Ако липсва удовлетвореност човекът с ревматично заболяване трябва да се замисли за смяна на ревматолога.

Според Григиелска пациентите най-често се оплакват от липса на професионална информация за болестта си (около 60%), от качеството на прилаганото лечение (около 10%) или от недостатъчна грижа (около 20%). Смята се за установено, че онези пациенти, които са добре информирани за болестта си, за прогнозите за възможните посоки на развитие, за начините на лечение и др., изпитват по-малко страх и са по-склонни да сътрудничат на лекаря. Това от своя страна води до по-голяма удовлетвореност, както от лекаря, така и от лечението. Нещо повече, информираността е фактор, който съдейства за по-лесното и по-бързото адаптиране и приемане на болестта, както и на – което е особено важно – свързаните с нея ограничения в личния и социалния живот и дейност.

Източник: Grygielska, J. (2014) Komunikacja lekarz-pacjent http://www.institutreumatologii.pl/userfiles/Spotkania_czwartkowe/komunikacja_lekarz-pacjent.pdf. Материалът е изготвен от Отдела по епидемиология и промоция на здравето към Института по ревматология, на основата на доклад, изнесен от мгр Й. Григиелска, в рамките на „Срещи с ревматологията в четвъртък“.

доц. д-р Божидар Ивков