

ФАКТОРИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ НА УСТНАТА КОМУНИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТ → ПАЦИЕНТ ПРИ СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ПОМОЩ

Виолета Тачева, Ваня Горанова (Варна, България)

С осъществяването на здравната реформа в България и присъединяването на България към Европейския съюз се повишават изискванията към медицинските специалисти. Последните години на XX в и първите години на XXI в. се очертават с осъзнати комуникационни нужди, свързани с европейските стандарти в сферата на здравеопазването, с правата на пациентите. С оглед на оптимизиране на здравното обслужване, удовлетвореността на отделния потребител на здравни услуги и на цялото общество фокусираме това изследване върху нерешените проблеми на устната комуникация в медицинската практика на специализираната помощ.

Някои аспекти на комуникацията в здравеопазването като съвкупност от вербални и невербални елементи са изследвани от П. Илиева-Балтова и А. Предоева, докато различни психологически фактори на комуникативната ситуация в общуването лекар – пациент са проучени, систематизирани и обобщени от И. Бончева чрез анализа от наблюдаваните 165 прегледа от психиатрични и доболнични прегледи при личен лекар. Като добросъвестен психолог авторката поставя „психологична диагноза“ на комуникацията лекар-пациент и систематизира силните и слабите страни на българския лекар при устна комуникация. Бончева посочва много езикови проблеми при работа с вътрешната картина на болестта, даване и търсене на обратна връзка, вербализиране на чувствата, както и оптимизиране на невербални елементи като пространство, време, език на тялото, лицеизраз. Тези изводи за конкретни прояви на комуникацията лекар – пациент са от изключителна полза за осмисляне на комуникативните проблеми на практикуващите лекари. Те доказват колко важни и необходими са теоретико-приложните изследвания за оптимизиране на комуникативните умения на българските медицински специалисти.

Невербалните елементи в поведението на пациентите като източник на информация, допълваща вербалните им послания, са анализирани от А. Евтимова, чието изследване се фокусира върху пациента, докато вербалните и невербални реакции на лекаря се разглеждат като произтичащи от тези на пациентите за постигане на комуникативната цел.

Проблемът за двустранната и симетрична комуникация в българската медицина се поставя за първи път от Т. Веков, който обръща внимание на лекарските критерии за оценка на поведението на пациента чрез анализ на анкета с 413 общопрактикуващи лекари и специалисти от 7 лечебни заведения. Изключително интересно е заключението на това социологическо проучване, че при медицинската комуникация в България лекарите винаги доминират от позицията на образование и професионални компетенции, докато пациентът, уплашен и притеснен, ограничава комуникативните си изяви.

Синхронизирането на българското здравеопазване с европейските стандарти налага обръщане на все по-голямо внимание на модерните комуникативни критерии и начини за ефикасно общуване с пациентите, за съобразяване и зачитане на техните чувства и преживявания, за контрол на отрицателните вербални изяви на медицинските специалисти. Традиционната комуникация с определящата доминантна роля на медика започва да се измества от балансирания, ориентиран към пациента подход. Като налагаща се съвременна комуникативна техника в този подход се откроява положителният език в медицинската практика. Конкретните форми и различните средства за изразяване, начините за трансформиране на отрицателния език в положителен, деликатното съобщаване на лоша новина и комуникативният ефект върху пациентите са описани за първи път от В. Тачева.

Налага се изводът, че изследванията за устната комуникация в българското здравеопазване представят епизодично конкретни проблеми от доболничната помощ, докато в специализираните клиники изобщо няма регистрирани публикации. Съвременното общество у нас е изключително заинтересовано от такива разработки, защото с право е убедено, че те ще подобрят здравните грижи.

За целта на настоящото изследване през 2012–2014 г. са заснети 50 филма от специализирани медицински звена и е проведена собствена Анкета с медицински персонал (въпроси със свободни

отговори), в която участваха 320 лекари, сестри, акушерки, лаборанти, физиотерапевти, психолози, социални работници от магистърските курсове по управление на здравните грижи и здравен мениджмънт.

Като доказателствен материал са използвани частично и някои от статистическите данни от анализите на две наши анкети¹, проведени чрез онлайн допитване² и на терен – в клиничните бази на МУ – Варна: УМБАЛ „Св. Марина“, СБАГАЛ „Д-р Стаматов“, МБАЛ „Св. Анна“, Очна, Инфекциозна и Психиатрична болница във Варна.

- Анкета за комуникация в здравеопазването – с 260 участници чрез анкетни листи и 40 участници онлайн (общо 300 различни медицински специалисти).

- Анкета за комуникация с пациенти – 115 участници чрез анкетни листи и 85 участници онлайн (общо 200 пациенти)

Проучвания, проведени през последните три десетилетия, показват, че при устната комуникация способността на медицинския персонал да обясни, да слуша и да бъде съпричастен играе съществена роля за биологичните и функционални резултати за здравето, както и удовлетвореността на пациентите от здравните грижи и тяхната мотивация за по-нататъчно сътрудничество. Мнението на пациентите за качеството на здравното обслужване зависи в голяма степен от качеството на взаимоотношенията с техния личен или лекуващ лекар, с медицинската сестра, с рецепционистката на регистратурата, и с всеки един участник в здравните грижи за тях (Wanzer 2004: 365). През XXI век все повече изследвания подкрепят идеята за терапевтичната роля на комуникацията, предимствата на ефективните резултати от комуникация и за здравето на пациентите и здравните екипи. Пациентите са убедени, че техният терапевт постоянно може да подобрява здравето им не само чрез участие в здравните грижи и лечение, но и чрез уменията да разговаря с тях, да ги изслушва, да проявява интерес към тях като личности (Duffy 2004: 502).

¹ В съавторство с К. Пенева и Й. Стефанова от ДЧЕОКС при МУ – Варна.

² Анкета за комуникация в здравеопазването и Анкета за комуникация с пациенти (2013) <http://www.mu-varna.bg/BG/InternationalActivity/Pages/anketi.aspx>

I.1. Специфични фактори на комуникацията медицински персонал – пациент

Успешната комуникация в медицинските сфери и в здравното обслужване се предопределя от физическото и психическо състояние на комуникантите. Днес през XXI век хората живеят под голям стрес, претрупани с отговорности и ангажименти, имат по-малко време за общуване, поради което приемат диктата на директното, икономичното и все по-често рутинно предаване и приемане на информация. Това води до все по-рядко използване на уменията за комплексно, пълноценно и изискано общуване. Но в медицината именно от общуването започва лечението. Още Хипократ – родоначалникът на медицината като наука, е казал, че ако на пациента не му олекне след разговор с лекаря, то този човек не е истински лекар.

Основните фактори, влияещи на комуникацията между болен, безпомощен човек в нужда, и здрав, компетентен специалист са от психологическо, когнитивно и физическо естество.

Психологическите фактори са обстойно проучени от медицинските психолози и се анализират конкретно в клиничната работа по специалности, но те винаги ще представляват интерес с оглед повишаване на качеството на здравните грижи в наше време. Това е мнението и на самите пациенти, според които психическото и емоционалното им състояние е най-значимият фактор – 63% от 200 пациенти в цитираната анкета го посочват на първо място. Към другите важни психологически фактори са нуждата от повече внимание и отделеното им време – 27%, учтивото отношение – 8%, докато възрастта и образователният ценз има значение само за 5%.

Болният човек е с изострена чувствителност, а повечето болни са отчаяни, депресирани и в лошо настроение, емоционално лабилни или спонтанно агресивни, а както отбелязва Р. Шишков „...болничната среда способства за увеличаване на равнището на усвоен стрес“ (Шишков 2013:30). Лошото физическо състояние се превръща в доминиращ фактор за словесното поведение на болния, а негативните емоции – страх от болката и неизвестността, страх от страданието и смъртта, тревога и загриженост за деца и родители в случай на неблагоприятно развитие на заболяването, влияят върху комуникативния акт. Здравословното и психическото състояние на медицинския персонал са също от голямо значение. В съответствие с прин-

ципите на лекарската етика медицинският персонал трябва да показват внимание, съчувствие, съпричастност, загриженост, отговорност. Но зад всеки медицински специалист: лекар, медицинска сестра или всяко лице, което се грижи за даден пациент, стои едно човешко същество със специфични физически и личностни черти, със своите добри и лоши навици, с различни настроения и състояния на ума.

Днес наличието или липсата на медицинска застраховка е особено важно за потока на процеса на комуникация. По закон неотложна и спешна медицинска помощ следва да се осигури на всеки пациент, но в действителност само пациенти със здравно осигуряване могат да разчитат на пълно медицинско обслужване и всички медицински грижи при продължително и скъпоструващо специализирано лечение. Пазарните механизми все повече ще притискат здравните заведения и съответно работещите в тях медици да се съобразяват със здравното осигуряване, което неминуемо ще оказва значително влияние не само на вида и качеството на лечението, но и на естеството на комуникацията. Европейското законодателство, икономическата зависимост на болниците, финансовите ограничения за лечение на лица без здравни осигуровки и средства деформира естеството на комуникацията. Страхът на пациента, че не може да се лекува и опасенията на медицинския персонал от глоби и санкции опорочават нормално поведение в тази ситуация. Поради това е естествено за комуникаторите да променят избора на думи, интонацията и емоционалния характер на своята реч. Това на практика води до непълноценна, осакатена комуникация, в която пациентът скрива част от информацията, когато няма здравна осигуровка нито пък финансови възможности за заплащане съобразно законоустановените принципи. В такава ситуация се променя и речевото поведение на лекарите и медицинските сестри, които подозират болните в опит за измама на системата или просто в някаква проява на балканска хитрост, не винаги се придържат към добри маниери и подходящ език.

През XXI век семейната среда, подобряването на жизнения стандарт, разширяването на възможностите за общо и специално образование, подобряването на материалното благосъстояние на семействата, повишаването на самочувствието и интелигентността на младите хора влияят съществено за оформянето на идиолекта (индивидуалната реч) както на пациента, така и на медицинския

работник. Много лекари и медицински сестри бързо успяват да създадат надежден вербален контакт както с възрастни болни, така и с малки деца, защото те самите са били възпитавани в добра семейна среда с любов и внимание към всички членове на семейството. Семейните ценности, отношението към образованието, изкуство, спорт, религия и т.н. плюс традиции и родова история формират детайлите на реалната медицинска комуникация медик – пациент. За съжаление това не е достатъчно за добра медицинска комуникация. Ето защо медицинското образование в повечето европейски страни включва набор от различни дисциплини, за да се развият специалните знания и умения за успешна комуникация с болния. Комуникативна компетентност на всеки от участниците в комуникативния акт е изключително важна за ефективна комуникация в областта на здравеопазването. Вербалният регистър, интонацията, артикулацията, произношението, тонът, ритъмът на речта определят характера на комуникативно въздействие като положително или отрицателно в зависимост от това дали те подпомагат или възпрепятстват постигането на комуникативните цели. Всички тези паралингвистични средства и прозодически характеристики на устната реч зависят именно от културата, равнището на образование на медицински специалисти и пациенти. Високо образованият, ерудиран и учтив човек има богат речник и внимателно би подбирал думи и изрази в един деликатен разговор за здравето, независимо дали е пациент или медицински специалист.

Материални фактори като видът и поведението на медицинския специалист, видът на екстериора и интериора на здравното заведение, цялата сграда на болницата, обстановката и дизайнът на отделениято, обзавеждането на съответното медицинско звено, медицинското оборудване в специализираните кабинети, както и външния вид на медицинския персонал са важни обективни фактори в комуникационния процес. Медицинската практика е била и винаги ще бъде област, в която екстралингвистични фактори като материали, време, поведение, език на тялото, жестове, изражения на лицето играят огромна роля в комуникацията. Тази обхватна тема се разглежда подробно в V глава.

Устното общуване в медицинската практика може да се оптимизира и да допринесе за постигането на диагностично-лечебните

цели чрез решаването на комуникативните проблеми, породени от различни бариери.

I.2. Бариери в медицинската комуникация

Задълбоченото изследване на комуникацията медицински специалист – пациент води до извода, че основните бариери за успешен комуникативен акт обхващат следните:

A. Професионални бариери

- ◆ Липса на клиничен и диагностичен опит и професионална некомпетентност

- ◆ Лошо структуриран медицински преглед, манипулация, процедура с пренебрегване на принципите на процедурата или само с формалното им спазване

- ◆ Незаинтересованост на медицинския персонал, изразяваща се в неизслушване и прекъсване на пациента пасивно поведение

- ◆ Разсейване и прекъсване на прегледа от странични събития или паралелно ангажиране на медицинското лице с друга дейност – телефонен разговор, работа с компютър, намеса на външни лица, прехвърляне на вниманието върху друг човек в помещението

- ◆ Грубо и необосновано прекъсване на разказа на болния

- ◆ Неподходящ език – висок/среден медицински регистър и медицински жаргон, употреба на сложни латински термини, неразбираеми за пациента изрази, медицински жаргон. Това е една от най-големите бариери за успешна комуникация. За много медицински специалисти (особено за най-младите) използването на строго специализирани медицински термини в устната комуникация е израз на професионализъм, но на практика само затрудняват работата си, тъй като не всеки пациент разбира значението на посланието. Затова и често комуникативният акт частично или изцяло е неуспешен и се налага да бъде повторен, например:

Лекарят: В момента при вас няма показания за остър инфаркт на миокарда. Няма регистрирани данни за тахикардия и хипертония. Отхвърлям и астматичен пристъп поради стойностите на АКР и сатурация 98%. Не виждам и неврологична симптоматика. Диагнозата според мене е невротенна невроза. Затова в първия работен ден трябва да отидете при Вашия личен лекар, за да Ви даде направление за психиатър...

Пациентка: Докторе, ти хубаво говориш, ама аз нищо не разбрах! Сега няма ли да влизам в болницата?

Лекар: Казвам, че със сърцето и с белия дроб всичко е наред. Физически си здрава и сега няма нужда да влизаш в болница. Трябва само да те прегледа психиатър, за да види има ли проблем с нервите и дали трябва да вземаш някакви лекарства за тях³.

Медицинската лексика, характерна с честотната си употреба в ежедневието на практиката на медиците, се превръща в комуникативна бариера за много от пациентите, особено за тези, които не са влизали в болница, не са запознати с процедурите, реда и особеностите на болничното обслужване. Тя се възприема като медицински жаргон от по-възрастните пациенти, от по-необразованите или тези от малцинствен произход, например: *Възрастен пациент, мъж на 71 г., токущо е приет в хирургичното отделение и настанен на леглото. Медицинската сестра влиза в стаята, подава на пациента История на заболяването и бързо нарежда:*

Медицинска сестра: Георги, вземаш ИЗ-то си и отиваш в 103-ти кабинет на долния етаж. Даваш ИЗ-то на колежката и чакаш да те поканят да ти направят ехо на корема, за да видят имаш ли хепатална киста.

Пациент: Какво е туй изе?

Медицинска сестра: Ето това – история на заболяването. Там лягаш на една кушетка, вдигаш си блузата нагоре и те ще те прегледат с трансдюсера.

Пациент: То туй нещо боли ли?

Медицинска сестра: Не, няма да те боли! После ще ти вземем кръв за кръвна картина и биохимия. След това ще ти направим ЕКГ. Ясно ли е?

Пациент: Хич не ми е ясно! Ами хапчета за кръвно може ли да си ги пия, защото личната лекарка каза да не ги спирам?

Медицинска сестра: Ти хипертоник ли си?

Пациент: Какво да съм?

Медицинска сестра: Колко високо кръвно имаш?

Пациент: Около 130/90, много рядко е по-високо.

Медицинска сестра: Добре, сега отивай в ехографския кабинет.

³ Анкета с медицински персонал (2012–2014, МУ, Варна), Информатор – Сибила Иванова Василева, Старша медицинска сестра на Спешно отделение, “МБАЛ – Добрич” АД, град Добрич.

Пациент: Ама нали казахте да отида в 103-ти кабинет?

Медицинска сестра: Да, да точно там! То е едно и също.

Пациент: Уф! Само да не объркам нещо!⁴

Опитните лекари, сестри, акушерки, лаборанти съзнателно избягват всеки термин, но понякога в бързината или просто по навик говорят с по-удобните и често употребявани от тях термини. За пациентите обаче е важно постигането на комуникативната цел и ако техните компетенции са в друга област съвсем нормално е да се правят интуитивни или когнитивни конотации, поради което често се стига до парадоксална интерпретация на термини като например:

Акушерка: Имаш ли хепатит?

Пациентка: Ний сме бедни хора, откъде да вземем пари за такива неща?⁵

◆ Незаинтересованост и безразличие към разказа на пациента, нежелание за изслушването му

◆ Мълчаливо и формално извършване на преглед – без задаване на въпроси, без заинтересованост към даваната информация

◆ Демонстриране на превъзходство и самочувствие с пълно пренебрежение към личността и нуждите на пациента като следния пример за комуникативна бариера:

Лекар: Ама какво прави още тая баба тука? Защо не е изписана?

Старша сестра: Тя има още 2 вливания на тиюгама и ще бъде изписана след 2 гена.

Лекар: Много важно, че имала вливания! Може да идва всеки ден само за вливанията.

Старша сестра: Пациентката е на 84 години, с тежък инсулинозависим диабет, трудно се движи – как ще идва всеки ден? А и имаме свободни легла в момента.

⁴ Анкета с медицински персонал (2012–2014, МУ, Варна), Информатор – Жулиета Атанасова Великова, Медицинска сестра в Хирургично отделение – операционна при СБАЛОЗ”Д-р М.Марков”, Варна.

⁵ Анкета с медицински персонал (2012–2014, МУ, Варна), Информатор – Даниелка Иванова Великова, Главна медицинска сестра в „Дом за медико-социални грижи за деца”, гр. Шумен.

◆ Липса на условия за уединение и споделяне на лични, интимни или деликатни факти, присъствие на външни лица при прегледа (манипулацията);

◆ Липса на време за обяснения, за отговаряне на разумни въпроси, за даване на повече информация, за извършване на съответната медицинска процедура съобразно изискванията, например:

Лекар: *Сега ще ти дам трайна доза на Хумунил МР, давам ти писалка, ще правиш 14+0+12 Е субкутанно, след 2 дни – нов профил и ще си готов за дехоспитализация, ако си се научил да се бодеш сам.*

Пациент: *Ама, докторе, какви бяха тези цифри, дето ги каза – нищо не разбрах.*

Лекар: *Нямам време да ти обяснявам. Има сестра, тя ще ти обясни⁶.*

В този диалог между ендокринолог и диабетик на консервативно лечение се наблюдава съчетаване на няколко бариери за постигане на комуникативната цел. Употребата на подчертаните специфични медицински термини в областта на ендокринологията създават първата бариера – не за всеки болен от захарен диабет, лекуван с пачета, е известно, че терминът *писалка* означава специална спринцовка за инжектиране на инсулин, нито пък че цифрите 14+0+12 Е измерват количеството инсулин сутрин, на обяд и вечер в единици, нито пък че ще бъде изписан (дехоспитализация) едва като се научи сам да си слага инсулина по новия начин. Втората бариера е неумението на лекаря да подоходи индивидуално и да използва подходящ за пациента езиков регистър – т.е. – да слезе в ниския разговорен регистър и направо да използва разбираемите за всеки синоними кръвно-захарен профил (КЗП), подкожно (субкутанно), изписване (дехоспитализация). Третата бариера е сериозният пропуск на ендокринолога да убеди диабетика в нуждата от инжекционно приемане на инсулин. Така лошо структурираното изказване на лекаря затруднява възприемането на новата информация от пациента и основателно води до неразбиране и объркване. Четвъртата бариера е отказът на лекуващия лекар да отговори на въпроса на пациента и

⁶ Анкета с медицински персонал (2012–2014, МУ, Варна), Информатор – Женья Славчева Антонова, Ендоскопска сестра към Сектор по образна диагностика, Отделение по вътрешни болести и гастроентерология към Многопрофилна болница за активно лечение, гр. Силистра.

да даде необходимото обяснение за новия начин на лечение. Може би за един ендокринолог темата е съвсем обикновена и смята, че всеки разбира такива елементарни неща, но за обикновения болен инжекционно поставяне на инсулин е доста стресиращо в началото. Петата бариера е липсата на окуражаване и успокояване на пациента при преминаването на нов лечебен план и използване на нови методи и лекарства – това е основно задължение именно на висококвалифицирания лекар, а не на медицинската сестра.

Б. Бариери, свързани с личността на медицински специалист

- ◆ Екстра- и паралингвистични характеристики на индивидуалния начин на говорене, затрудняващ осъществяването на диалог и възприемането на информация от пациента: *глас, диапазон, тоналност, фразови и логически ударения, неясна артикулация, паузи, бързо (бавно)/ тихо (високо) говорене, с мънкане, хъмкане, интонация, силно изразено диалектно влияние при говорене*

- ◆ Проява на негативни емоции, отрицателно лично отношение към определен болен,

- ◆ Злоупотреба и превишаване на права при недопустим контакт (*гинекология, гръдна хирургия, колопроктология, андрология*)

- ◆ Демонстративно избягване на пространствено-териториални и физически контакти, необходими за диагностиката и лечението

- ◆ Неконтролиран език на тялото, разстройващ или обиждащ пациента,

- ◆ Неподдържане на визуален контакт с пациента;

- ◆ Погрешна интерпретация на невербалните сигнали от пациента;

- ◆ Физическа и умствена преумора, стрес;

- ◆ Неадекватно поведение по време на преглед (*пушене, пиене на кафе, гримиране*)

- ◆ Едновременно ангажиране с различни дейности, освен интервюто с пациента като: *говорене по телефона, работа на компютър, разсейване със странични занимания, даване на нареждания на медицинската сестра за дейности, некасаещи обслужването на преглеждания пациент;*

- ◆ Стереотипно възприемане на пациент в зависимост от социална, етническа, расова, религиозна принадлежност;

◆ Поставяне на етикети на пациентите (*не разбираш, не знаеш, нахален*) (Гетов 2014:2)

◆ Неприятни физически характеристики – силно напреднала възраст, неприемлив външен вид (*голямо тегло, мръсна, дълга или неприбрана коса, неподдържани брада и мустаци, космати ръце, лош дъх на устата*).

◆ Несъобразен с конкретната медицинска дейност стил на обличане, вид, качество и чистота на облеклото (униформата)

◆ Дразнещо атрактивна, натрапчива козметика, силен грим, дълъг маникюр с ярък лак, тежък парфюм;

◆ Нефункционални и затрудняващи професионалните дейности аксесоари (обемни часовници, гривни и пръстени, тежки колиета, дълги обеци);

◆ Интелектуални характеристики – обща лична култура, образование, коефициент на интелигентност, хоби;

◆ Неуместно демонстриране на лични предпочитания и отношения, предубеждения и възгледи;

◆ Емоционална дистанцираност.

В. Бариери, свързани с личността на пациента:

◆ Лошо владеене или пълно неразбиране на официалния за медицинското обслужване български език;

◆ Ниско образование, затрудняващо възприемането на обикновени инструкции за изследване и лечение;

◆ Религиозни убеждения, затрудняващи качествено изпълнение на медицински грижи;

◆ Особености на характера – свадливост, сприхавост, критичност;

◆ Високо самочувствие и демонстриране на превъзходство пред медицинските служители поради висок политически, социален или материален статус.

В своята ежедневна практика медицинският персонал трябва да преодолява и тези комуникационни бариери, за да изпълни професионалните си задължения.

Комуникацията в медицинската практика персонала и пациентите – особено в специализираните отделения и клиники, е значително по-сложна и в много случаи е истинско изпитание за нормална и спокойна работа.

Същевременно в напрегнатото ежедневие на медицинската практика бариерите трябва да се избягват съзнателно или да се преодоляват системно в интерес на оптималното общуване между медицинския персонал и пациентите. Най-важните фактори за оптимизиране на комуникацията в медицинската практика според отговорите на пациенти⁷, са отстраняването на бариерите по следния начин:

- 46% от анкетиранияте препоръчват медицинският персонал да дава по-пълни обяснения за здравословното състояние и лечение на пациентите.

- 31% от анкетиранияте препоръчват да се проявява повече търпение, учтивост и внимание при комуникацията между пациент и мед. персонал.

- 23% препоръчват да бъде скъсена дистанцията лекар-пациент.

Г. Материални бариери – фактори на обстановката и околната среда

- Неподходяща големина, хигиена и общ вид на помещението за медицинска грижа

- Лошо осветление или много силна светлина, липса на отопление / вентилация/ охлаждане, неприятен и силен страничен шум, малки размери на бюрото, кушетката за преглед, старо обзавеждане, грозни мебели, липса на места за сядане при необходимост от чакане или при визитация в болничната стая

- Тесни и неудобни помещения за даване на кръв, урина и др. за изследване

- Липса на достатъчно сервизни помещения (баня, тоалетна)

- Неизправни технически средства – компютър, принтер, апарати за изследване

Каквито и да са причините за непълноценната комуникация, горепосочените бариери влияят на качеството на медицинското обслужване и на здравните грижи и водят до непреднамерено увреждане на пациента. В допълнение към причиняването на физическа и емоционална вреда на пациентите и техните семейства, комуникативните проблеми могат да предизвикат нежелани реакции, струващи поня-

⁷ Анкета за комуникация с пациенти (2013) <http://www.mu-zarna.bg/BG/InternationalActivity/Pages/anketi>

кога доста скъпо на медицинските заведения. Днес здравеопазването става все по-сложна и разнообразна дейност, поради което подобряването на комуникацията между здравните специалисти и пациентите трябва да оптимизира здравното обслужване и медицинските грижи за пациентите.

II. Фактори за оптимизиране на устната комуникация в специализираната медицинска помощ.

Съвременната вербална комуникация в медицинската практика може да бъде оптимизирана чрез комбиниране и адекватно прилагане в конкретна комуникативна ситуация на подходящи комуникативни стратегии, езикови похвати и средства като:

- Представяне на медицинския служител по име и фамилия, титла, звание и длъжност (по преценка на всеки медик)
- Обръщение към пациента по име.
- Установяване и поддържане на личен контакт
- Говорене с пациента, а не на пациента
- Избор на адекватен езиков регистър
- Избор на разбираеми термини, изрази и думи
- Избягване на медицински жаргон
- Осигуряване на разбиране
- Даване на информация (кардиологичен преглед)
- Успокояване на пациента чрез създаване на атмосфера на доверие за преодоляване на страха от болката и тревогата за бъдещето
- Убеждаване в успешния изход от операцията, лечението, рехабилитацията, физиотерапията и вдъхване на надежда за оздравяване чрез разсейване на страха, отстраняване на безпокойството и опасенията
- Преодоляване на погрешното мнение на пациента за болестта, състоянието, неоправдания песимизъм и безнадеждност
- Представяне на картината на болестта, нейното развитие, евентуалните усложнения и възможните отклонения, както и на лечението и очакваните реални ефекти
- Положителният подход – съзнателното използване на положителен вместо отрицателен език.
- Уважение и зачитане на човешкото и лично достойнство на пациентите при разговор, преглед и особено при подготвяне и извър-

шване на процедури и манипулации, независимо от физическото или умственото им състояние

- Спечелване на пациента като партньор в диагностично-лечебния процес.

- Реалистично запознаване с последствията при отказ от необходимите изследвания или от предложеното лечение, както и от неспазването на лечебния план със съответен хранителен, двигателен и терапевтичен режим

- Съобщаване на истината за болестта съобразно спецификата ѝ и състоянието на пациента.

В заключение трябва да обобщим, че комуникативните умения на медицинския персонал се предопределят от посочените фактори и специфични бариери. Днес, през XXI век, те придобиват все по-голямо значение при диагностиката, лечението и профилактиката както на физическото и психическото здраве, така и на личното и социалното благополучие. Научните изследвания доказват изключителното значение на комуникационните умения при устно общуване на всеки член на медицинския екип за оптимизиране на терапевтичния ефект от различни медицински дейности и процедури: преглед, престой в болница, медицинска консултация. Комуникация, съобразена с конкретната личност на отделния пациент, разгръща неговия капацитет за съдействие чрез спазване на медицински препоръки, самостоятелно и съзнателно повишаване на здравната култура за управление на хронично заболяване и т.н. Оптималната комуникация повишава диагностичните и лечебните резултати и удовлетворява както медиците, така и пациентите.

БИБЛИОГРАФИЯ

Балканска, П. За умението да общуваме с пациента, *Сестринско дело*, 41, № 3, 2009, с. 29.

Бончева 2002: Бончева, И. Психологични параметри на комуникацията „лекар-болен“. Дисертация за присъждане на образователно-научна степен „Доктор“, Специализиран научен съвет по психология при ВАК, СУ „Кл. Охридски“, 177 с.

Гетов, Леанова 2014: Гетов, И., Хр. Леанова, Бариери и поощряване на комуникационния процес <http://ebox.nbu.bg/med13/index2.php?id=ne18/New%20folder02&n=1&z=sadarjanie16.txt> (25 май 2014 г.)

Илиева-Балтова, Предоева 1997: Илиева-Балтова, П., Предоева, А. Съотношението вербални/невербални компоненти в комуникацията лекар-пациент. // Съпоставително езикознание, 1997, № 4, с. 84–95.

Евтимова 2008: Евтимова, А. Невербалната комуникация лекар-пациент. В: *Ефективната невербална комуникация*. 2008, Сиела софт енд паблицинг С., с. 87, с. 118.

Веков 2011: Веков, Т. Двустранният процес на комуникация между лекари и пациенти. Как пациентът може да спечели искреното съчувствие на своя лекар. – В: „Медицински преглед „Сестринско дело. Medical Review. Information for Nursing Staff”. МУ – С., 2011, бр. 3-4, с. 22–26.

Тачева 2011: Тачева, В. Положителният език в комуникацията медицински персонал → пациент. – В: *Проблеми на социолингвистиката*. София: ИК “Знак 94”, 2011, с. 206–212.

Шишков, Александров 2013: Шишков, Р., Александров, И. Темперамент. Характер. Личност. В *Медицинска психология*, МУ – Варна, с. 30.

Clark 2003: Clark, P. A. Medical practices’ sensitivity to patients’ needs: Opportunities and practices for improvement. *Journal of Ambulatory Care Management*, 26(2), 110–123.

Wanzer, Booth-Butterfield, Gruber 2004: Wanzer, M. B., Booth-Butterfield, M. & Gruber, K Perceptions of health care providers’ communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Care Communication*, 16(3), 363–384.

Duffy, Gordon, Whelan, Cole-Kelly, Frankel 2004: Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., & Frankel, R. Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79, 495–507.

FACTORS FOR OPTIMISING THE ORAL COMMUNICATION MEDICAL SPECIALIST → PATIENT IN SPECIALIZED AID

Violeta Tacheva, Vanya Goranova (Varna, Bulgaria)

The main barriers to effective oral communication at the specialized medical units are classified. The specific verbal and nonverbal factors for improvement of oral communication are studied, the communicative techniques and means are summarized. We give examples from the specialized medical practice of efficient and inefficient communicative acts between the medical staff and the patient according to the contemporary European requirements for patients’ rights.