

СПЕЦИФИКА НА УСТНАТА КОМУНИКАЦИЯ В ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ (МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ → ПАЦИЕНТ (дете/родител))

Виолета Тачева, Катерина Пенева (Варна, България)

Детето като болен е много по-различна категория пациент, чиито възрастови специфики играят съществена роля в начина на общуване с него. Различни психологически, комуникативни и интелектуални фактори определят вербалните и невербалните кодове, които търпят съществена трансформация в сравнение с традиционната медицинска комуникация. Комуникацията с деца и техните близки изисква прилагане на нови вербални техники и средства, които в останалите медицински специалности или въобще не се използват, или това става само в някои специфични случаи.¹

В педиатрията при устната медицинска комуникация между детския лекар (акушерката, детската сестра) и детето (неговите близки) се адаптира целия комуникативен апарат към общуване с този пациент, различен по възраст, познания за света, психика и реакции в сравнение с възрастния. Колкото по-малко е детето, толкова по-различни са комуникативните подходи и съответните лексико-синтактичните, граматични и невербални средства, позволяващи адекватен и ефикасен контакт с него като пациент.

Като основна комуникативна техника при разговор с и за дете се откроява използването на умалителни съществителни (деминутиви) и умалителни прилагателни имена, наречия, глаголи. Най-често се използват съществителните имена (*бебче, креватче, ръчичка, гърленце, млекце, биберонче*), по-рядко други части на речта – напр. прилагателни (*мъничък, хубавичък, розовичък, сладичък, гладни-*

¹ Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. Levetown M; American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. *Pediatrics*. 2008 May;121(5):e1441-60. doi: 10.1542/peds.2008-0565

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441.full.pdf+html>
(Май 2014)

чък), наречия (*мъничко, хубавичко, сладичко, топличко*), глаголи (*папка, спинка, гледка, слушка, гушка*). Докато при съществителните имена значението на умаляването се свързва с два аспекта – малък размер или гальовно-умилително отношение, то при другите части на речта умалителността изразява преди всичко емоционално-оценъчно отношение без връзка с размер.

При комуникация в медицинската практика по педиатрията умалителните имена, наречия и глаголи се използват с различни функции, основните от които са за:

- назоваване на малки по размер органи и части на тялото на бебе и малко дете;
- изразяване на положително отношение, добронамереност и съпричастност;
- създаване на атмосфера на признаване и зачитане личността на бебето (детето) като пациент;
- индиректно успокояване чрез минимизиране на опасността от конкретен здравословен проблем;
- назоваване на лекарствени средства, процедури и манипулации.

Като номинативен подход използването на умалителните имена съответства по-точно на реалните размери на малкото дете, с което се облекчава комуникативният процес. Много по-естествено е назоваването напр. на частите на тялото *глава, гръб, корем, ръка, крак* със съответните умалителни форми – *главичка, гръбче, коремче, ръчичка, краче*, тъй като физическите характеристики имат обективен характер,отразяващи се реално като смислова разлика в размерите на назованите обекти². Същевременно тази комуникативна техника допринася за влизане в регистъра на близките на детето, за които то е не само най-малкото нежно и фино същество, но и най-милото и обичното. А както посочва Б. Кръстев, „Умалителността в българския език изразява и емоционално-оценъчно отношение на гальовност, нежност, привързаност, харесване“³. Двойната функцио-

² **Зидарова, В.** (2004) Деминутиви и лексикална номинация, В сборник „Българистични студии“. С., 2004, с. 114–122.

³ **Кръстев, Б.** (1976) Умалителността в българския език. С.: Изд. Народна просвета, с. ...

налност на умалителните форми ги прави изключително подходящи за комуникация в педиатрията.

Различните речеве ситуации и комуникационни нужди предопределят броя, обхвата на семантичните кръгове и честотата на употреба на различните умалителни форми. Анализът на анкетите с педиатри, детски сестри и родители⁴ и наблюденията в педиатрични кабинети, клиники и отделения открояват следните семантични полета:

- за обяснения на родителите за особеностите на детската анатомия и физиология, *ръчички, главичка, пъпче, коремче, гърдички, гръбче, телце, носле, дупенце, пръстчета, очички, петички, ципичка, гънчица, кожичка; здравичка, сладичък, мъничка; лекичко, бавничко*⁵;

- за даване на инструкции за грижи за бебето: *биберонче, гушкате, мъничко, хубавичко, лекичко правичка;*

- за обяснения за режим на хранене, обличане, хигиена, спане: *креватче, одеалце, чаршафче, млекце, сокче, водичка, кашичка, лъжичка, ризка, пижамка,*

- за обръщение към бебето – *слънчице, писанко, миличко, пиленце, сладурче, бебче, бебчо, бебоче,*

- за вербален контакт и личен диалог на медицинския персонал с бебето: *слушкаш, спинкаш, папкаш, гушкаш*⁶;

- за омаловажаване на опасността от конкретен здравословен проблем – *раничка, туморче, възелче, раничка, шевче, пъпчици* независимо от техните реални размери

- за индиректно успокояване на близките чрез назоваване на симптомите и оплакванията не с основната, а с умалителната форма: *хремичка, грипче, хрипчета, обривче, коричка,*

- задаване на инструкции за процедури, манипулации, лечение: *капчици, кремче, мехлемче,*

Често се среща и двойно умявяване, напр. *бебенце, ушленце, краченце, рожбенце, рожбичка, рожбица, писенце, засилващо*

⁴ Анкета за комуникация в здравеопазването и анкета с пациенти (2013) МУ – Варна.

⁵ Първи преглед и ваксина за Ади, (март 2014) <http://www.youtube.com/watch?v=a9WMOiVyGUw>

⁶ Първи преглед и ваксина на малката Елиза, (март 2014) http://www.youtube.com/watch?v=MRRiqFu_zVA

емоционалия оттенък на гальовност, умиление и добронамереност. Тези форми се образуват чрез наслагване на няколко наставки за умалителност от съществуващите в словообразуването на съвременния български език *-че, -це, -ле, -нце, -ец, -ица, -ичка*, и др⁷.

Комуникацията в педиатрията трябва да бъде изключително деликатна поради работата както с деца, така и с техните стресирани, уплашени или силно чувствителни родители. За целта се прибегва до целенасочена и съзнателна употреба на думи с положителна конотация за желани естетически, физически и морални качества. Специфичният подбор на „красиви“ думи от страна на медицинския персонал разведрява напрегнатата атмосфера, успокоява по индиректен начин близките и неопитните родители, спечелва ги за партньор в реализирането на лечебния план. Дългогодишните педиатри и детски сестри съвсем съзнателно преминават в приказния регистър при обръщение към дете – *принцесо, принце, юначе, съкровище, красавице, сладурче, бонбонче, пиленце, душичке, рожбичке*. В тези случаи освен умаляването се използва и различна положителна метафоризация, тъй като напр. *пиленце, съкровище, душичка, сладурче, бонбонче* изобщо не са свързват с реални понятия, а само с техни характеристики. В тези случаи преносната употреба на умалителни форми не е продиктувана от малките размери, а от психологическата и социо-културната нужда на говорещия да демонстрира висока степен на емоционална ангажираност.

Комуникацията с деца е истинско предизвикателството⁸ – децата не са просто малки възрастни, те изискват съвсем различен подход, при който освен разбиране, съпричастност, помощ се налага и образование. Постери, рисунки, схеми, приказни герои илюстрират определено здравословно състояние – визуалната непряка комуникация е много по-достъпна за децата, отколкото сложните думи и отегчителните обяснения. Съвременните деца боравят много по-лесно с високотехнологичните електронни средства за комуникация, отколкото с традиционните, което би могло да улесни предаването и приемането на информация, но откриването на подходящите средства и форми изисква съответната технологична и компютърна компетентност.

⁷ Радева, В. (1991) Словообразуването в съвременния книжовен език. С., 1991.

⁸ <http://www.aaos.org/news/aaosnow/feb09/clinical5.asp> (Май 2014)

При съвременната комуникация в педиатрията медицинският персонал трябва често да се справя с една специфична конфликтна ситуация, породена от медицинската „полукомпетентност“ на амбициозни модерни родители. Разтревожени за някакъв здравословен проблем на детето, те веднага се обръщат към модерната технологична библия на новото време – интернет. С напредването на съвременните технологии и глобалното разширяване на интернет комуникацията в мрежата може да се открие всякаква информация. Затова все повече съвременни майки и бащи се информират за детски болести, здраве, лечение и профилактика – общо взето почти за всичко, от различни сайтове, като най-често посещаваните са <http://detskibolesti.start.bg>; <http://bebok.eu>; <http://www.doctorbg.com>; zdrave.rozali.com; medic.etilena.info; www.bg-mamma.com. *Четенето на научен текст обаче, който не винаги е адаптиран за непрофесионалисти, не дава отговор на всички въпроси. Тогава започва едно интензивно питане, коментизиране и съветване от кого ли не в социалните мрежи, форуми, чатове. Така младите родители си съставят мнение преди срещата с медицинския специалист и дори имат готово становище, което често се разминава с комплексната картина на съответната диагноза и лечение. Послушните и изпълнителни майки, вярващи на педиатъра и следвайки стриктно съветите му, останаха в миналото. Днес родителите оспорват почти всичко – изследвания, лечебен план, съвети. Това затруднява и усложнява не само комуникацията, но и реализирането на ефикасен диагностично-лечебен план.*

Ако емоционалните и когнитивни нужди на болното дете се вземат предвид и то бъде включено в лечебния процес – ефектът е значително по-голям. В тази среда е полезно прилагането на препоръките на д-р Маршал Розенберг⁹ за ненасилствената комуникация. Болното дете изпитва страх и се съпротивлява на познати и непознати медицински процедури, особено на неприятните и причиняващи болка. Според д-р Розенберг чрез „езика на състраданието“, както определя той ненасилствената комуникация, противопоставянето и съпротивата на детето намалява до минимум и се постига разбирателство. Изразяването и изслушването с уважение и емпатия са основните фактори за осъществяване на успешна комуникация в напрегната

⁹ **Розенберг, М.** (2007) Общуване без агресия. Наръчник по ненасилствена комуникация. С.: Кръгзор, с.16.

обстановка като например вземане на венозна кръв, слагане на инжекция, промивка на рана с кислородна вода и много други на пръв поглед елементарни и рутинни за медицинската практика дейности, които обаче в детските очи и най-вече – в детските преживявания са ужасни, страшни и нежелани. Включването на детето в разговора за неговото здраве и вземането на решения за лечение и грижи за здравето допринася за бъдещото му поведение относно здравето.

Специфична само за педиатрията е комуникативната техника на общуване чрез игра, изпълнение на роли, използване на играчки за обясняване на процедура, лечение, състояние. Този различен и нетрадиционен за медицинската практика инструментариум улеснява комуникацията с деца и позволява успешно реализиране на комуникативните цели чрез игра, интересни играчки, предмети, популярни филмови и приказни герои¹⁰. В играта децата се освобождават и споделят своите усещания, активизират се и проявяват готовност за сътрудничество в диагностичния и лечебния процес. Никое дете например не обича нито преслушването със студен стетоскоп, нито класическото измерване на температура с термометър под мишничката, нито пъхането на шпатула в гърлото за преглед. Но това са доказано най-точните диагностични методи, които много педиатри предпочитат. Те успяват в различна степен в зависимост от използването на своето въображение, познаването на детската психика, съобразяването с възрастовите особености на всяко дете и влизането в неговия езиков регистър. Някои мотивират детето чрез вербални апели за прилика и поведение като любим герой – Батман, Спайдърмен, Айрънмен, Бен Тен, Спонч Боб и пр.; други използват играчки за гушкане, за демонстрация, за освобождаване от напрежението. Най-изобретателните и щедрите по дух педиатри си измислят свои игри, създават си специален речник с детски лексикон и така успяват да общуват с децата лесно, бързо и без посредничеството на родителите. Специфична техника при общуването с деца е влизането в техния езиков регистър и разбирането на техния емоционално-образен свят, напр:

Медицинска сестра: *Защо плачеш, боли ли те нещо?*

Дете: *Нее, кучето е страшно. Иска да ме ухапе.*

¹⁰ Проданова, Д. Ефективна комуникация с деца – правила. <http://www.detskipsiholog.com/index.php/publications/138-2011-12-07-17-45-24> (Юни 2014)

Медицинска сестра: *Тук няма куче, отишло си е. Хайде сега да те завием за да поспиш, а аз ще седна тук до теб и ще те пазя. А ако видя куче, веднага ще го изгоня. Тук съм, ето – ще те хвана за ръчичка, а ти затвори очички и сънувай най-хубавата приказка!*¹¹

Основният проблем при вербалната комуникация в педиатрията и по-специално – тази с близките на детето, е използването на медицински жаргон, неясни термини и недостатъчно обяснение на диагнозата и евентуалните усложнения¹². Родителите – особено младите и неопитните, имат нужда от детайлни обяснения за всеки етап от диагностично-лечебния план. Специален комуникативен подход трябва да се прилага към майките – те искат ясна, точна, разбираема информация кога, какво, как и защо да правят едно или друго. Въпреки че медицинският персонал е по-компетентен в професионално отношение, голяма част от съвременните родители са с високо ниво на интелигентност и очакват съчувствие и разбиране не само чрез отношение към детето им, но и към тях самите като заинтересована страна. Опитните педиатри решават този комуникативен проблем чрез една изпитана техника – първо информират в процеса на прегледа, после обобщават всички инструкции на края, а някои прибъгват дори до следващата стъпка и искат да чуют в резюме какво точно е разбрала майката/бащата за лечебния план или профилактичните мерки.

Липсата на подчертано внимание към детето, което е уникално за своите родители, нежеланието за навлизане в подробности при обясненията, грубото и пренебрежително отношение към мнението на детето и родителите се превръщат в бариери при комуникацията и стават причина за неудовлетвореност от здравните грижи в педиатрията. Като невербални елементи те имат съществено значение за установяването на емоционален контакт и постигане на разбирателство и дух на сътрудничество. Ето защо те се посочват в анкетите

¹¹ Анкета с медицински персонал (2013–2014, Департамент по чуждозиково обучение и комуникация, МУ, Варна), Информатор – Даниелка Иванова Великова, Главна медицинска сестра в „Дом за медико-социални грижи за деца“ гр. Шумен.

¹² **Barbara, M.** Korsch, Ethel K. Gozzi, Vida Francis.

Gaps In Doctor-Patient Communication: I. Doctor-Patient Interaction And Patient Satisfaction, Pediatrics 1968; 42:5 855-871

като основни бариери за ефикасна комуникация и дори като причини за неуспешно лечение.

Много различно реагират децата в непривична болнична среда – някои от тях стават хиперактивни и бърборят непрекъснато, докато други упорито мълчат и отказват всякакъв контакт с медицинското лице. Именно затова в детските кабинети е препоръчително да има познати на децата неща – популярни анимационни герои на постери по стените, любими играчки в панел на достъпно за деца място, украсен с животни метър за измерване на височината, детски книжки с цветни картинки. Така новото и предизвикващо страх у децата място изглежда познато, а подходящият дизайн и обзавеждане на кабинета съдействат за нормална комуникация с уплашеното дете и улесняват диагностично-лечебния процес.

Съвети на детския психолог Димитрина Проданова¹³:

1. Избягвайте клишетата, като разговаряте с децата от типа : „Харесва ли ти в градината?“. Децата веднага ще разберат, че сте възрастен, който не знае как да общува с деца. Те се поддават полесно, ако подходите към тях постепенно, затова в началото, давайте по-бавно.

2. Бъдете наясно, че децата трудно говорят за своите емоции поради факта, че са още малки. Нямайте свръхочаквания едно дете да ви отговори адекватно на въпроса: „Как се чувстваш от това?“

3. Помнете, че при работа с едно дете, вашата най-съществена задача е да разберете как самото дете си обяснява своята история и какво е неговото лично разбиране за ситуацията, в която се намира.

4. Развийте специфичен инструментариум, който да ви помага да общувате с децата. Помнете, че всички деца използват играта, за да изиграят като на сцена своите виждания за живота, така че изпълването на техники за игра, винаги ще бъде приоритетен метод за общуването ви с децата.

5. Помнете, че децата обичат повторенията и ако често повтаряте някои „специални“ игри, това им помага да се чувстват в безопасност. Помнете си колко много обичат приказката за „Червената шапчица“, например и как са готови да я слушат от вас до безкрай-

¹³ Попова, Д. Ефективната комуникация с деца – правила. <http://www.detskipsiholog.com/index.php/publications> (Октомври 2014)

ност, но в мига, в който промените в нея и най-малкия детайл, започват да негодуват.

6. Провокирайте детето само да бъде инициатор, „творец“ на нови игри и следете този процес, защото в него то винаги ще ви каже нещо важно за себе си.

7. Като учител, бъдете подготвен/а да бъдете една надеждна, предсказуема и редовно появяваща се фигура в преживяванията на детето.

8. Никога не разваляйте уговорката или обещанието си на дете. В противен случай, децата си затвърждават убеждението, че възрастните са ненадеждни, непредсказуеми и непознаваеми.

9. Помнете, че преживяното от всяко дете е уникално. Не правете грешката да унифицирате деца със сходни проблеми. Едни и същи ситуации, може да имат съвършено различни значения за различните деца.

10. Детето трябва да е наясно, че когато споделя с вас своя тайна, тя наистина остава между вас, но и същевременно, че ако тази тайна съдържа заплаха от вреда за неговото развитие, вие ще направите всичко възможно да не му бъде навредено по никакъв начин.

11. Изключително важно е да развиете чувствителност/деликатност и осъзнаване на вашите собствени чувства по отношение на всяко дете, защото ако тези чувства са негативни, вие може да се окажете неподходящи за работа с деца.

Обикновено участието на децата в медицинския разговор е ограничено и се влияе от комуникативното поведение както на лекаря, така и на родителя. Детето възприема малка част от това, което казва специалистът, но за сметка на това невербалното поведение играе съществена роля в интеракцията. Именно поради тази причина още първоначалният сблъсък с болничната среда трябва да покаже на малкия пациент, че е дружелюбно настроена към него и близка до светоусещането му.

Най-популярната класификация на невербалните сигнали включва следните модалности: *пространствена* (пространствено-териториална или проксемика), *двигателна* (кинестетична модалност, кинесика), *параезикова* (параезик), *тактилна*, *обонятелна* и

цивилизационна (изкуствена).¹⁴ При общуването с болни деца и техните родители, всяка една от посочените модалности играе съществена роля за осъществяване на пълноценна комуникационна връзка с медицинския персонал.

Още преди да е прекрачило прага на лекарския кабинет малкият пациент възприема болничната обстановка чрез специфичната миризма на дезинфектант и синьо-зелените стени на коридора. След което вратата на кабинета се отваря и срещу него се изправя сърдито гледаща медицинска сестра в бяла престилка и маска на устата. Въпреки тежкото състояние на здравеопазването в България, надяваме се, че този сценарий вече е преодолян и педиатричните клиники и кабинети имат по-съвременен вид, отговарящ на стандартите.

Организацията на пространството е от особено значение за това детето да се чувства спокойно. Според популярната дефиниция, въведена от антрополога Едуард Хол още през 1966 г., проксемиката „анализира спонтанното структуриране на микропространството на човека и неговите междуличностни отстояния, ...както и организацията на жилищното и работното пространство като форма на комуникация”¹⁵ Един от кодовете, които влияят положително върху детската психика, това е изборът на цветова гама за стените и пода на чакалнята и на самия кабинет. Всеки опитен интериорен дизайнер би препоръчал топлите и пастелни цветове – жълто, оранжево. Друг важен момент от пространствената организация на чакалнята е наличието на декоративни елементи – цветни детски рисунки по стените, обособен кът с книжки за оцветяване и моливи, любимите кукли и колички. Наличието на детски играчки е препоръчително и за лекарския кабинет, където мечо или зайо често се оказват пръв помощник при сближаването с болното дете. Разиграването на сценарий, в който куклата е болна и трябва да ѝ бъде измерена температурата е прелюдия към същинския преглед на детето със стетоскоп, измерване на телесната му температура с термометър или преглед на гърлото с шпатула. Инструментите на лекаря будят особен интерес в любопитното детско съзнание. В очите на детето лекарят и медицинската

¹⁴ **Стопцова, Т.** И усмивката може да бъде заповед. Как да се научим да разбираме езика на тялото. С.: Европринт, 1992.

¹⁵ **Hall, E.** The Hidden Dimension, Garden City, N.Y.: Doubleday, 1966.

сестра са авторитети, които си служат с уникални, непознати инструменти, които са привилегия да бъдат притежавани само от тях. При работа с деца използването на похвата „кажи – покажи – направи” дава добър резултат в сближаването с тях. Затова е добре, ако специалистът педиатър обясни за какво служи инструмента, след което даде на детето да го подържи в ръце, за да го разгледа, опознае и проучи, за да разбере, че в него няма нищо страшно или опасно. Спечелил детското доверие, той може да премине към съответната манипулация.

Кинестетичната модалност, включваща движенията на тялото, неговата поза, израза на лицето, жестовете с ръце също са от съществено значение при общуването с децата. Усмивката и лекото докосване на детската ръчичка са най-емоционално заредените индикатори за положително отношение към малкия пациент. Очите, приветливият поглед също стопяват емоционалната дистанция и страховете както на детето, така и на неговите родители. Ако разглеждат рентгенова снимка педиатърът „свъси” вежди, гледа продължително и задълбочено цялата тази тежест и угриженост в погледа му ще провокира усещане за недобра прогноза, тревога и притеснение. А ако придружи напрегнатото си излъчване и с вербален израз от типа: „Тук нещо не ми харесва.”, тогава комуникацията би била тотално нарушена, защото между участниците в интеракцията ще се спуснат сериозни бариери, провокирани от вербалното и невербалното поведение на специалиста. Умението да владееш израза на лицето, жестовете и мимиките, са също толкова съществени, колкото и умението да общуваш с думи. Детето би се почувствало много по-удовлетворено и насърчено, ако похвалата към него освен вербализирана, бъде съпроводена и с жеста пляскане на ръце, изразяващ същото, каквото и лексемата „браво”.

Параезиковата модалност според Крейдлин е съставена от „допълнителни към речевите звукове кодове, които са включени в процеса на речева комуникация и могат да придават смислова информация в този процес”¹⁶. Към тези звукови кодове отнасяме интонацията, силата и тембъра на гласа, темпа на говорене, паузите, които правим говорейки, дори шепота и въздишката. В медицинската прак-

¹⁶ Крейдлин, Г. Е. Невербальная семиотика: Язык тела и естественный язык. М., 2002, Новое литературное обозрение, 2002, с. 22.

тика всеки един от посочените параезикови елементи оказва влияние върху психическото състояние на пациента и рефлектира индиректно на терапевтичния процес. Особена роля играе интонацията, защото тя „отразява отношението на говорещия към изказаната мисъл, неговото емоционално състояние, въздействието, което може да окаже върху събеседника си.“¹⁷, а като основна нейна функция се приема комуникативната. Според А. Мишева всички функции на интонацията, които се определят във връзка с приноса ѝ в разбирането на смисъла на съобщението, всъщност са комуникативни, защото критерият за тяхното включване в този списък е комуникативен.¹⁸ Комуникативната и емотивната функция на интонацията я правят особено значим елемент в общуването медицински персонал – пациент. В компетентията на специалиста е да съумее да овладява мелодиката и тона на фразата и да отчита как те влияят върху малкия чувствителен пациент и неговите родители. Стойков отбелязва, че в българския език понижаването на тона изразява „увереност, сигурност“, задържането на тона – „неувереност, колебание“, а силното повишаване на тона – „учудване“¹⁹ Спокойният уверен тон и умереният темп на говорене в съчетание с положителния език с преобладаващи евфемистични изрази са това, което всеки родител очаква от лекуващия и всяко дете възприема като сигнал, че то е извън опасност.

Обонянието е един от петте сензорни дяла на сетивната система, осигуряващи информация за заобикалящата ни действителност и съответно определената от изследователите на невербалната комуникация като обонятелна модалност представлява комуникация чрез миризми. Много често ще чуем израза: „Мирише на болница.“, който дешифрираме като мирис на дезинфектанти, предпазващи разпространението на вътреболнични инфекции. За пациентите, особено когато те са деца, острият мирис на хлор предизвиква неприятни асоциации с лекарства и инжекции и това се явява допълнителен стресогенен фактор. Замаскирането на миризмите е възможно с

¹⁷ **Слуцка, А.** Учебник по българска фонетика за чуждестранни студенти-филолози. С.: Унив. изд. Св. Климент Охридски, 1993, с. 191.

¹⁸ **Мишева, А.** Интонационна система на българския език. С.: БАН, 1991, с. 28.

¹⁹ **Стойков, С.** Увод във фонетиката на българския език. С., 1966, с. 156–157.

използването на по-нови и качествени ароматизирани препарати, както и добра вентилационна система, освежаваща въздуха и разсейваща концентрираната миризма. Съвременната медицинска практика се опитва да предпази пациентите деца от дискомфорта на болничната среда и болезнените манипулации. Като пример бихме посочили употребата на анестетици под формата на гел, съдържащ лидокаин и ароматизирани с мирис на ягода или банан. Те имат широко разпространение в детския дентален кабинет при локална орална терапия и благодарение на тях децата се лишават както от болката, така и от натрапчивата миризма, която имат обикновените упойки. Смятаме, че съзнателното повлияване и усъвършенстване на болничната среда, на медикаментите и интервенциите, благоприятства за установяване на по-пълноценен контакт между медицинския персонал и пациента, чиято сетивност реагира положително на всички невербални сигнали, включително обонятелните, които облекчават болката или намаляват стреса.

Взаимодействието, осъществено чрез допир и докосване е известно в литературата като „тактилна модалност”. Фернандо Поятос, специалист по интерактивната комуникация „лице в лице” посочва, че химическите, дермалните и топлинните невербални елементи оформят четвъртото измерение на комуникацията.²⁰ По отношение на медицината докосването, опипването на определени части от тялото, е задължителен елемент от лекарския преглед, използван с термина „палпация”. Чрез палпиране специалистът преценява „големина, форма, структура, консистенция, температура, подвижност, най-финият резонанс върху вибриращи кухи органи и силата на болката при натиск върху изследваните органи.”²¹ Следователно, ако във всяка друга област на човешко взаимодействие има ограничения по отношение на докосването на чуждото тяло, то в медицината такива не съществуват. Предвид сензитивността на децата и тяхното интуитивно неприемане на непознатото добре е преди да се пристъпи към същинския физикален преглед специалистът да подготви малкия

²⁰ **Poyatos, F.** (1983) Fernando Poyatos, Language And Nonverbal Systems In The Structure Of Face-To-Face Interaction Language & Communication, Vol.3, No.2, pp.129–140,1983. 0271-5309/83 Pergamon Press Lmt, 129 c.

²¹ **Дамер, Ю.** Анамнеза и находка. С.: Медицина и физкултура,2005, с. 65.

пациент с подходящи вербални изрази, да му обясни какво точно ще трябва да направи и къде точно ще пипне. В повечето случаи мястото, което лекарят опипва, е болезнено. Затова докосването трябва да бъде леко, внимателно и с възможно най-малък натиск. Друг важен момент е ръцете на лекаря или инструментът (стетоскоп, термометър), допиращ се до детското тяло, да бъдат затоплени. Специалистите препоръчват измерванията и инструменталните изследвания да бъдат оставени за накрая.

Освен при прегледа невербалният тактилен контакт би могъл да бъде и по-неформален с цел да скъси дистанцията между специалиста и детето, да поощри негова вербална изява или да демонстрира добронамереност и разбиране. В зависимост от възрастта на пациента лекарят може да го помилва по ръката или потупа по рамото, да погали бузките или главичката – невербални кодове, изразяващи с особена сила положителното отношение към детето.

По отношение на цивилизационната модалност, включваща облеклото и аксесоарите на участниците в комуникативния акт, медицинските професии имат строго регламентирани изисквания, предвид спецификата на извършваните дейности. В последните години както лекарите, така и медицинските сестри предпочитат работният им костюм да се състои от две части – панталон и туника, вместо класическата бяла престилка. Относно цветовата гама в повечето клиники и отделения също се наблюдава тенденция към избягване на бялото и неговата замяна със синьо или зелено. В направено изследване сред специалисти по здравни грижи в МБАЛ ”Св. Анна-Варна” АД²² освен традиционните изброени цветове за работно облекло, не малък брой медицински сестри биха предпочели костюм с бледо лилав, оранжев или млечно розов цвят. Смятаме, че тези цветове са особено подходящи за работещите с деца. Цветното работно облекло създава настроение и се приближава до детското светоусещане и нагласа. Наред с всички останали невербални знаци, облеклото на работещите в педиатричните отделения също е съществен код за печелене на детското доверие.

²² **Божкова, Д.** Проучване и оптимизиране на професионалния имидж на специалистите по здравни грижи от МБАЛ „Св. Анна” – Варна АД, Дипломна работа, МУ – Варна, 2008.

Изследваните комуникативни ситуации в специализирани детски клиники, детски спешни центрове и кабинети във Варна ни позволиха да очертаем основните съвременни тенденции в комуникацията при диагностиката и лечението на деца. Направените наблюдения ни дават основание да твърдим, че работещите в сферата на педиатрията прилагат методите за ефективно общуване с деца и това допринася за положителни резултати в лекарската им практика.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Анкета за комуникация в здравеопазването и анкета с пациенти (2013) МУ – Варна.
2. Анкета с медицински персонал (2013–2014), Департамент по чуждозиково обучение и комуникация, МУ, Варна), Информатор – Даниелка Иванова Великова, Главна медицинска сестра в „Дом за медико-социални грижи за деца”, гр. Шумен.
3. **Божкова, Д.** Проучване и оптимизиране на професионалния имидж на специалистите по здравни грижи от МБАЛ „Св. Анна” – Варна АД, Дипломна работа, МУ – Варна, 2008.
4. **Дамер, Ю.** Анамнеза и находка. С.: Медицина и физкултура, 2005.
5. **Зидарова, В.** Деминутиви и лексикална номинация, В сборник „Българистични студии“. С., 2004, с. 114–122.
6. **Крейдлин, Г. Е.** Невербална семиотика: Язык тела и естественный язык, М., 2002, Новое литературное обозрение, 2002.
7. **Кръстев, Б.** Умалителността в българския език. С.: Народна просвета, 1976.
8. **Мишева, А.** Интонационна система на българския език. С.: БАН, 1991.
9. **Радева, В.** Словообразуването в съвременния книжовен език. С., 1991.
10. **Розенберг, М.** Общуване без агресия. Наръчник по ненасилствена комуникация. С.: Кръгзор, 2007.
11. **Слуцка, А.** Учебник по българска фонетика за чуждестранни студенти-филолози. С.: Унив. изд. Св. Климент Охридски, 1993.
12. **Стоицова, Т.** И усмивката може да бъде заповед. Как да се научим да разбираме езика на тялото. С.: Европринт, 1992.
13. **Стойков, С.** Увод във фонетиката на българския език. С., 1966, с. 156–157.
14. **Barbara, M.** Korsch, Ethel K. Gozzi, Vida Francis

15. Gaps In Doctor-Patient Communication: I. Doctor-Patient Interaction And Patient Satisfaction, *Pediatrics* 1968; 42:5 855-871
16. **Hall, E.** *The Hidden Dimension*, Garden City, N.Y.: Doubleday, 1966.
17. **Poyatos, F.** (1983) Fernando Poyatos, *Language And Nonverbal Systems In The Structure Of Face-To-Face Interaction Language & Communication*, Vol.3, No.2, pp.129–140,1983. 0271-5309/83 Pergamon Press Lmt. 129 с.

Интернет източници:

1. <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441.full.pdf+html> (Май 2014)
2. <http://www.aaos.org/news/aaosnow/feb09/clinical5.asp> (Май 2014)
3. Попова, Д. Ефективната комуникация с деца – правила. <http://www.detskipsiholog.com/index.php/publications> (Октомври 2014)
4. Проданова, Д. Ефективна комуникация с деца – правила. <http://www.detskipsiholog.com/index.php/publications/138-2011-12-07-17-45-24>(Юни 2014)
5. Първи преглед и ваксина за Ади. <http://www.youtube.com/watch?v=a9WMOiVyGUw>(Март 2014)
6. Първи преглед и ваксина на малката Елиза, http://www.youtube.com/watch?v=MRRiqFu_zVA, (Март 2014)

SPECIFICS OF ORAL COMMUNICATION IN CHILDREN'S HEALTHCARE MEDICAL STAFF → PATIENT (child/parent)

Violeta Tacheva, Katerina Peneva (Varna, Bulgaria)

The main problems and the barriers which considerably impede communication with a suffering child and worried relatives in hospitals are analyzed in the article. Suggestions for optimization of oral communication are made with the purpose of a quick, easy and efficient diagnostics and treatment of an ill child, as well as soothing and encouragement of relatives by means of communication.