

НАЛОЖЕН КОМУНИКАТИВЕН СТИЛ ИЛИ СУБЕКТИВНО ОРИЕНТИРАНА НАСОЧЕНОСТ В ОБЩУВАНЕТО МЕЖДУ ЛЕКАР И ПАЦИЕНТ

Димитрия Желязкова
Медицински университет, Пловдив

Резюме

Статията разглежда комуникацията, която е от съществено значение за консултацията, насочена към пациента. Медицинската консултация е обусловена от социални различия. Способността на лекаря да се идентифицира с проблемите и чувствата на пациента е показала, че насърчава емпатията и улеснява лечението. Потенциалните недоразумения и конфликти при взаимодействията между лекар и пациент могат да бъдат решени чрез приеждането на конкретни вербални и невербални стратегии, систематично използвани от лекаря, които, от една страна, улесняват разбирането на медицинската информация и от друга страна, насърчават спазването на изискванията на пациентите.

Ключови думи: комуникативен стил, лекар–пациент, невербална комуникация, етническо и образователно ниво.

Keywords: style of communication, doctor–patient, non-verbal communication, ethnic and educational level.

JEL: Z19, Z90, A12, A13, A14, Y80.

Увод

От 1995 г. до 2012 г. общите разходи за здравеопазване се увеличават от 5,2 процента до 8,0 процента от БВП. Макар на глава от населението изразходването на средства за здравеопазване в България да е все още под средните стойности за ЕС, България харчи повече от други сравними по доход страни и изразходването на средства за здравеопазване на глава от населението се е увеличило от 82 щ. долара на 566 щ. дол. В сравнение със съседите си общите разходи за здравеопазване на глава от населението в България стартират от много по-ниска база, но възходящата им тенденция обикновено е огледално отражение на други страни в региона, като Румъния и Хърватия. Качеството на здравните услуги в България е подложено на критики.

Оценката на Световната банка през май 2015 г. за сектора на здравеопазване сочи, че: „Системата обаче не постига добро съотношение качество–цена“. Населението на България застарява и намалява. Към 2050 г. прогнозата е всеки трети българин да е на възраст над 65 години, а само всеки втори – в трудоспособна възраст. Прогнозите на Организацията на обединените нации (ООН) са за нетни стойности на емиграцията от 10 000 души на година до 2050 г., докато прогнозите на Eurostat са за дори по-голяма кумулативна загуба. В резултат на това до 2050 г. съотношението старост–зависимост се очаква да се удвои и да стигне 50 процента, а прогнозите за предоставяне на работна сила предполагат намаляване с до 40 процента. Частните плащания със собствени средства са изключително високи в сравнение с международно признати стандарти, което всяка година тласка 4

процента от населението към бедност. Неэффектността при настоящото изразходване на средства, съчетано с малкото допълнително фискално пространство, излага на риск бъдещата финансова устойчивост на сектора на здравеопазването. Тези видове натиск се утежняват и от значителната и увеличаваща се част от населението, които са или бедни, или силно уязвими и застрашени от падане под прага на бедността, и които следователно трудно могат да си позволят да плащат за жизнено важни услуги със собствени средства. Равнищата на бедността се повишават от 2008 г. насам; през 2011 г. повече от 21 процента от населението са живели под националния праг на бедността, над 16 процента от населението са живели с 5 щ. долара или по-малко на ден, а близо 4 процента са живели с 2 щ. долара или по-малко на ден. Близо половината от населението (и 60 процента от лицата на 65 и повече години), или 3,6 милиона българи са изложени на риск от бедност или социално изключване – най-високият процент в ЕС. Общо НЗОК събира и разпределя около 80 процента от цялото финансиране на общественото здравеопазване. От частна страна над 98 процента от „приходите“ за здравеопазване възникват чрез пряко закупуване на услуги, както и съвместни плащания и други разходи, покривани със собствени средства от потребителите. Въпреки това, за своите нива на доходи и разходи за здравеопазване, резултатите на България в сферата на здравеопазването са около средните и не са се подобрили във времето до стойностите, установени в съседните държави.

През февруари 2015 г. правителството одобрява комплексна програма за реформи, предс-

тавена в „Концепцията: Цели за здраве 2020“ на Министерство на здравеопазването. Според отчета на Световната банка в края на краищата трябва да бъде взето решение коя институция (НЗОК, МЗ или Министерство на финансите) има финансовата власт и отговорност да се грижи за това системата да е – и да продължи да бъде – ефикасно работеща и финансово устойчива. Тази фрагментация и погрешно разпределение на ролите и отговорностите изключва цялостен подход към финансирането на здравеопазването [4].

В основните приоритети на бюджета за 2018 г. се предвижда за здравеопазване осигуряване на допълнително право на разход в размер на 400 млн. лв. по бюджета на НЗОК за постигане на сигурност, стабилност и предвидимост в здравноосигурителната система; предвиждане на допълнителни средства за възнаграждения с цел да се осигури устойчиво развитие на човешките ресурси и равнопоставен достъп на гражданите до спешна медицинска помощ [1].

1. Данни от оценката на Световната банка за сектор здравеопазване – слабости и заплахи

През 1970 г. средната продължителност на живота при раждане в България е била практически равна на преобладаващия брой страни от ЕС-15 и много по-висока, отколкото в Хърватия, Унгария и Румъния; към 2010 г. обаче тя изостава дори от тази на Румъния и изостава в сравнение със средните стойности на Европейския съюз (ЕС) с около 6 години – разлика, която остава доста постоянна от 2004 г. насам. Средната продължителност на живота се е подобрила съвсем малко след 60-те години на миналия век (World Bank 2013) [5].

С приемането на Закона за здравното осигуряване през м. юни 1998 г. се въвежда здравното осигуряване в Р България. В периода от създаването на закона до 2015 г. са направени 91 изменения и допълнения към него.

НЗОК е публична нестопанска институция, ръководена от управител под надзора на управителен съвет [4]. От 2010 г. управителят се избира от Парламента. НЗОК е най-големият самостоятелен обединен източник на финансиране в системата на здравеопазването, с 40 процента от всички здравни разходи, която по принцип покрива цялото население и обединява здравните рискове. С начина, по който е проектирана, НЗОК внася някои основни принципи в системата и ключов въпрос е дали успява да ги спазва. Почти 70 процента от неосигурените лица са бедни или почти бедни и са с ограничени възможности да плащат вноски. Съществува неравнопоставеност при плащането със собствени средства, тъй като бедните харчат за

здравеопазване много по-висок дял от доходите си извън разходите за храна (6,8 процента), отколкото не-бедните (4,1 процента), и тези неравнопоставености са се влошили през годините. Лекарствата са причината за около $\frac{3}{4}$ от плащанията със собствени средства, което води до загриженост относно ефективността на най-добрите бизнес практики на НЗОК за фармацевтично покритие, както и за нейното съвместно плащане и политики на ценообразуване [5]. НЗОК е в криза, се заключава в доклада на Световната банка.

2. Понятието „комуникация“

Комуникацията включва два информационно-обработващи подхода. Всички теории за общуването се базират на един модел, който се нарича кодов модел. Няколко философи разглеждат един доста по-различен – дедуктивен модел [2]. Според него общуването се постига чрез създаване и тълкуване на доказателство. То включва и кодовете за дедуктивните процеси. Дедуктивният метод е форма на общуване – той е дедуктивен по това, че публиката се досеща за намеренията на говорещия от съответните доставени доказателства. Общуването е успешно, но не когато слушателите разпознават лингвистичното значение на изказването, а когато схващат значението, което говорещия иска да каже.

Според дедуктивния модел общуването се постига чрез доставянето на доказателства за намеренията на общуващия и разгадаване на тези намерения от публиката, като тя използва тези доказателства.

Най-голямата оригиналност на Грейс не е предположението, че човешкото общуване включва разпознаване на намеренията. А предположението, че тази характеристика е достатъчна, доколкото има някакъв начин на разпознаване на намеренията на общуващия – то тогава общуването е възможно. Разпознаването на намеренията е обикновено човешко познавателно усилие. Ако Грейс е прав, то дедуктивните способности на хората обикновено използвани при предаване на намеренията един на друг, ще направят възможно общуването дори при липса на код. Комуникационното поведение има поне един характерен резултат, който се постига преди информационното намерение на говорещия да бъде разгадано: то открито изисква вниманието на слушателите. Допълнителните предположения и заключения Грейс нарича имплицатори. Комуникативният процес довежда до съществуването на обща информация. Съществуването на обща информация е необходимо Информирано намерение – намерение да се модифицират директно не мислите, а познава-

телната среда на слушателите. Намерението е психологическо състояние. Съдържанието на намерението трябва да бъде мисловно представено, условие за постигането на общуването. Комуникативно намерение се дефинира чрез взаимното представяне на слушателя и говорещия, че говорещият има това информативно намерение.

Информирането променя познавателната среда на слушателя. Общуването променя взаимната познавателна среда на слушателя и общуващия. Взаимното представяне може да бъде от малко познавателно значение, но е от голямо социално значение. Една промяна във взаимната познавателна среда на двама души е една промяна в техните възможности за взаимодействие. Ако общуващият е в позиция на авторитет над слушателя, успехът на взаимното представяне на неговото информативно намерение е постигнат предварително. Журналисти, професори, религиозни и политически лидери – това, което те говорят става автоматично взаимно представено. Ако обучаващият не е такъв авторитет, за да осигури взаимна познавателна среда със слушателя, неговите информативни намерения трябва да са правдоподобни.

Показно-дедуктивно общуване – общуващият създава влияние, което взаимно предоставя на слушателя и общуващия факти, че има намерение чрез това влияние да представи повече или по-малко на слушателя един определен набор от предположения.

Понякога кодовото общуване се използва само за подсилване на показно-дедуктивното общуване.

Процесът на дедуктивно разбиране е недемонстративен. Адресатът може да не декодира или да не си направи заключение от комуникативното намерение на общуващия. Най-доброто е да изгради едно предположение на базата на доказателства, представени от показателното поведение на общуващия. Процесът на дедуктивното разбиране е глобален (процес, който има свободен достъп до цялата концептуална информация в паметта) [6].

Езиковата реализация на емпатията в клиничния дискурс

Емпатията не се очертава като отделно измерение в една от посочените анкети, но пък няколко елемента отразяват този фактор: да бъдеш грижовен, полезен и учтив. Паралели ще се правят по петте първоначални фактора, включени в анкетата: отзивчивост, сигурност, комуникация, дисциплина и удовлетвореност. В някои случаи, при изследвания, направени в развиващите се страни, се включва и още един фактор – бакшишът [7]. В нашето изследване не

е отделено специално място, тъй като информацията за този фактор се отчита от интервюта с пациенти, където последните могат повече да се доверят и споделят информацията, отколкото да я прикрият в подадената им анкетна карта. Способността на лекаря да се идентифицира с проблемите и чувствата на пациента е показала, че насърчава емпатията, улеснява лечението. Въпреки това, нито пациентите, нито лекарите смятат, че е лесно да се справят с емоциите по време на консултацията. Има обща тенденция да се избягва тяхното изразяване и да се придържа посоката към вербалната комуникация. Думите трябва да се използват само като покани, за да се каже повече, „Кажете ми за това“, „Как се чувствате за това?“, „Бих искал да чуя повече за това“ и т.н.). Невербални признания се дават чрез контакт с очите, изражения на лицето, ръцете, главата и други движения на тялото. Поради това лекарят трябва да остане преобладаващо мълчалив и да остане с емоциите на пациента. Това може да се окаже лесна задача, но всъщност лекарите често имат автоматична тенденция да използват складови фрази като стратегия за отклоняване („Ще се оправяш“, „Не се тревожи за това“, „Не е толкова лошо“ и така нататък), вместо да слушат активно и да се настройват на дължината на вълната на пациента [8].

3. Комуникацията лекар–пациент

3.1. Анкетно проучване

Анкетите целят да представят нагласите на лекари и пациенти по отношение на аспектите на комуникацията, както и да разкрият конфликтни гледни точки.

Предстои анализ на анкетни карти, съществени от 250 души, от които 125 анкетирани лекари и равен брой пациенти.

3.2. Ликертова скала

За оценка от потребителите се използва 5-степенна скала на Ликерт. Обичайно степените са нечетен брой като средната е винаги неутрална. Единият край е абсолютен минимум и е изцяло негативен, а другият е пълен максимум, изцяло положителен. Скалата съдържа няколко серии твърдения с ограничено количество възможни отговори, които показват степента на съгласие с твърденията. Още в началото се дават графи за попълване на статуса на заетост и финансовата независимост на респондентите, за да стане ясно дали значението на социалния произход влияе върху комуникацията. Разбирането на пациента в уникалния му социален контекст е възможен психосоциален фактор, причиняващ дадено заболяване.

3.3. Асиметричност на връзката лекар– пациент

Връзката лекар-пациент е по същество асиметрична: лекарят притежава познания за това как потенциално може да реши или подобри определено медицинско състояние, докато пациентът страда от това състояние и трябва да бъде подпомогнат; лекарят предоставя здравно обслужване, на което пациентът трябва да плати, т.е. пациентът е „клиент“ или „потребител“; лекарят е специализиран специалист, докато пациентът обикновено е лекуваният с ограничени или никакви медицински познания и т.н. Тези условия могат да създадат „връзка нагоре–надолу“, при която лекарят упражнява експертна мощ и пациентът действа като пасивен получател. Това може да се отрази в комуникационния стил и в начина на взаимодействие и в крайна сметка да има отрицателно въздействие върху самото преживяване на пациента в здравеопазването.

Решаващо е да се създаде по-скоро връзка „нагоре–надолу“ между лекаря и пациента, нещо като партньорство, при което асиметрията се намалява и пациентът се третира като равен. Доказано е, че това, което лекарите казват, е също толкова важно за удовлетворението на пациентите и здравните резултати [8]. По-специално, тяхната способност за изграждане на отношения и доверие изглежда играе основна роля в терапевтичния процес. По тази причина лекарите трябва да са наясно и да използват езикови форми, които допринасят за поддържането на хармонична и конструктивна връзка с пациентите. Съществуват и други фактори, които влизат в действие за ефективна комуникация между лекар и пациент, а именно способността да се използват подходящи телесни сигнали (като контакт с очите, изражения на лицето, и т.н.), които поддържат семантичното съдържание на говоримия език и помагат за укрепване на връзката. Успехът на срещата между лекар и пациент е резултат от редица фактори, но всъщност вървят успоредно на строго медицинската експертиза като например способността да се изразяват съпричастност и топлина и да се говори чувствително.

Лингвистичните изследвания подчертават ролята на невербалната комуникация в процеса на общуване. Това, което все още не е толкова очевидно, е как различните комуникативни режими се комбинират и си взаимодействат в различните социални контексти.

Комуникацията между лекар и пациент е сложен тип говорим дискурс, характеризиращ се с вътрешни вариации. Типичното взаимодействие лекар–пациент се състои от основна структура от три части, т.е. „отварянето“ на пациента,

снемане на анамнеза и диагностицирането, всяка от които има свои лингвистични особености, например фазата на снемане на анамнеза обикновено включва няколко (повече или по-малко директни) въпроса, докато стилът е поинструктивен, когато комуникира по отношение на диагнозата или обсъжда терапевтичен план за лечение. Така че е специфична лекарско–пациентска комуникация и се идентифицират езиковите особености, които са по-видни в този специализиран дискурс, отколкото обикновено в говоримия език.

Силата на лекарите не се налага, а същевременно се изразява всеки път, когато пациентът е помолен да направи или да се въздържа от нещо. Обща стратегия за поддържане на властта от страна на лекаря се състои именно в използването на учтив и говорим език, с уважителни изрази, като същевременно се избягват технически термини, характерни за медицинския жаргон: адаптиране на стила на говорене с това на пациента, чрез неговия „глас“ ще се разглежда като форма на контрол, позволявайки на лекаря да бъде възприеман на равна основа и по този начин му дава възможност по-лесно да „ангажира“ пациента.

Комуникацията между лекар и пациент от социолингвистична гледна точка се представя като се вземе под внимание например как културните различия и различията между половете могат да доведат до конфликтни срещи.

Невербалната комуникация е важна съставка за удовлетворението на пациентите, разбирането на информацията и спазването на медицинските препоръки.

Погледът на лекарите към пациентите обикновено се интерпретира като намерението и възможността за слушане, особено когато се придружават от други елементи като кимане и лицева промяна. Интересното е, че има разлика в количеството кимване, характерно повече при жените. Количеството време, което лекарите прекарват, гледайки директно на пациентите, изглежда определя желанието или нежеланието на пациентите да разкрият информация (например за своя живот, както и за своите симптоми) и да потърсят медицинска помощ. Ориентацията на тялото на лекаря също изглежда положително или отрицателно влияе върху удовлетвореността и разбирането на пациентите.

4. Изводи и препоръки

Комуникацията между лекар и пациент е основен компонент на клиничната практика. Необходима е ефективна комуникация между лекар и пациент за изграждане на терапевтични взаимоотношения между тях. През последните години нарастващият акцент върху автономността

на пациента, грижите, насочени към пациента, консуматорството в медицината допълнително илюстрира значението на ефективната комуникация между лекар и пациент. Въпреки това добрата комуникация остава предизвикателство за лекари и е основната причина за по-голямата част от оплакванията на пациентите.

Сривът в отношенията лекар-пациент често се проявява като незадоволителна комуникация между пациента и лекаря. Това може да бъде свързано с контрастиращите гледни точки от пациентите и лекарите относно това какво представлява ефективната комуникация. Влиянието на етническото и образователното ниво на пациентите в процеса на комуникация ще бъде отчетено при анализа на анкетните карти.

Пациентите е ясно, че предпочитат психосоциален модел на комуникация в сравнение с биомедицинския модел, който се използва по-често от лекарите. Лекарите също са склонни да надценяват своите комуникационни способности.

Заклучение

Болестта, разглеждана като *illness*, предполага наличие на лични проблеми, свързани с функционирането в ежедневието и в обществото, загуба на възможности, неутешителни перспективи, както и появата на опита „аз не мога“. Именно с оплакванията, изграждащи *illness* като от появил се жизнен проблем, човек отива при лекаря и описва своите оплаквания (*illness*) на приетия в дадена култура език. Взаимното разбиране при първата среща с лекаря е винаги възможна, защото и двамата социални актьори – лекарят и болният, като носители на колективния социокултурен опит с болестта и актуалния социокултурен контекст в сферата на здравето и болестта, използват един и същ ежедневен език за изразяване на проблемите, породени от здравните проблеми на болния. Именно тук, в общата социокултурна база и контекст обаче стои източникът на конфликт на интерпретациите, защото лекарят е длъжен да преведе езика на *illness* на езика на *disease*, т.е. на езика на „патологията“. „*Disease*“ – това е светът на патологията, светът на обективното наблюдение, на интерпретация с медицински термини и класификация, на номенклатура и таксономия. Свят, в който няма място за екзистенциалното и социалното, за преживяванията на човека, за неговите начини и възможности за справяне с огра-

ниченията, налагани от болестта, за страданието и за това как човек го преодолява и живее в и с него. Според Клаймън преводът от езика на *illness* на езика на *disease* е потенциален източник на конфликти между лекаря и пациента [3].

Благодарност

Изказвам искрена благодарност на председателя на Българския лекарски съюз – д-р Иван Маджаров за предоставената ми възможност, като преподавател филолог в Медицински университет, да мога да осъществя проучване на комуникативните нагласи на лекари и пациенти със съдействието на Съюза. Съвместната инициатива е част от кампанията на БЛС „Пребори гнева!“.

Отправлям и втора благодарност към управителката на „МБАЛ-Първомай“ ЕООД – многопрофилна болница за активно лечение – д-р Румяна Бойлова, към ръководителя на Вътрешно отделение д-р Мария Павлова, както и на личния лекар д-р Стефан Павлов за съдействието по осъществяване на проучванията, за предоставения ми достъп до болничната и извънболничната помощ.

Литература

1. Бюджетът накратко за 2018. Информационен бюлетин (електронно издание) на Министерство на финансите. дирекция „Бюджет“. 2018. стр. 11.
2. Грайс, Г. Логика и речевое общение. *Новое в зарубежной лингвистике*. XVI. 1985. Москва. стр. 217–237.
3. Ивков, Б. *Един знак, различни значения. Интерпретации и конфликти в медицината и здравеопазването*. Знаци и значения в теоретична интерпретация и прагматичната комуникация. Планов проект. януари 2016 г. – декември, 2018 г. стр. 312.
4. *Окончателен доклад за финансирането на здравеопазването. Диагностика и преглед на предвидените реформи*. Министерство на здравеопазването. стр. 1–23, 60–61, 182. [<https://www.mh.government.bg>].
5. *Отчет за изпълнение на програмата на правителството за стабилно развитие на Република България 2014–2018 г. в сектор здравеопазване*.
6. Sperber, D., Wilson, D. *Relevance: Communication and Cognition*. Blackwell. Oxford. 1986. pp. 21–38.
7. Zhou, P., Grady, S. Three modes of power operation: Understanding doctor–patient conflicts in China's hospital therapeutic landscapes. *Health and Place*. Vol. 42. November 2016. pp. 137–147.
8. What do Nepalese medical students and doctors think about patient-centred communication? *Patient Education and Counseling*. Vol. 99. Issue 1. July 2009. pp. 38–43.

APPLIED STYLE OF COMMUNICATION OR SUBJECTIVE ORIENTATION OF DOCTOR–PATIENT COMMUNICATION

Dimitriya Zhelyazkova
Medical University, Plovdiv, Bulgaria

Abstract

The article examines the communication that is essential for the patient-centered consultation. The medical consultation is conditioned by social differences. The ability of a physician to identify with the patient's problems and feelings has shown that it promotes empathy and facilitates treatment. However, neither patients nor doctors believe it is easy to cope with emotions during the consultation. There is a general tendency to avoid their expression and to stick to verbal communication. Potential misunderstandings and conflicts between physician-patient interactions can be resolved through the adoption of specific verbal and non-verbal strategies systematically used by the physician that, on the one hand, facilitate the understanding of medical information and, on the other hand, promote compliance with patient requirements.