

**Обучение, свързано с общуването на медицинските специалисти от
гледна точка на емоционалния елемент на комуникацията.**

гл. ас. Антония Трендафилова, дм

Когато даден човек придобие „статута“ на пациент, той следва да прилага и рационални елементи на разсъждение, все пак в повечето случаи това, че се налага определено лечение, оказва емоционално въздействие върху пациента.

Сред основните емоционални състояния, които са най-често срещани в отношенията между медицинските специалисти и пациентите, са страхът, скръбта, объркването.

Нередки обаче в практиката на медицинските специалисти са проявите и на такива емоционални състояния, като смущение, срам и гняв.

Разбира се в практиката на някои от специалистите по здравни грижи, а и в практиката се срещат и положителни емоции като радост, щастие, веселие.

Страхът е едно от най-рано проявяващите се емоционални състояния. Той се появява при децата още на 7-месечна възраст. Впоследствие такива детски елементи на страха, като страхът от непознати, могат да прераснат в страх от общуването. Това може да се случи тогава, когато своевременно не са били взети мерки от страна на родителите за по-висока степен на социализация на детето.

В практиката на медицинските дейности, страхът засяга такъв съществен приоритет на личността, какъвто е здравето на човека. Често, страхът блокира нормалната когнитивна способност на индивида, като поставя приоритет на „първични“ (често и не съвсем правилно определяни като „първосигнални“) реакции. Задачата на медицинския специалист в

рамките на общуването е да „върне“ пациента към логически издържания, конструктивен алгоритъм на разсъждения. Основният аргумент, който често се налага да използват медицинските специалисти в общуването си с пациентите, е аргументът на „по-голямата вреда“, която причинява страхът. Заедно с това те трябва да подчертават естествеността на страха при възникването на заплаха за здравето на пациента. Конструктивният алгоритъм в повечето случаи е достатъчен за това, пациентът да започне да прилага напълно рационални стратегии, касаещи неговото здраве.

В отделни случаи страхът като емоция не позволява задействането на този алгоритъм. Тогава медицинските специалисти с основание могат да използват императивни мерки за въздействие върху поведението на пациента. Тези мерки намират своето мотивиране във внушаването на още по-сериозен страх на пациента. В този случай допълнително засилената емоция „изключва“ защитните психологически механизми и императивните разпореждания се изпълняват с относителна точност. Следва да се подчертае, че подобен подход не може да се използва във всички случаи, а само тогава, когато рационалното мислене е „изключено“.

Объркването в повечето случаи съпровожда процеса на лечението. Пациентът на първо място не е запознат с материята, свързана с неговото здраве (или е запознат изключително фрагментарно), като заедно с това, дори той да бъде запознат с особеностите на своето състояние и предстоящото лечение, съзнанието му често отхвърля сериозността на проблема и необходимостта от съответни мерки (това е естествен защитен механизъм на човешкото съзнание, който много от авторите определят като „изместване“). Тези комплексни причини предизвикват това, което често в психологията се определя като „паническо объркване“. За да помогне на пациента да излезе от това състояние, медицинският специалист трябва да прояви от една страна увереност в положителния изход от лечението, а от друга страна да предаде тази увереност на

пациента. Това може да се осъществи чрез систематизация на данните за моментното състояние на пациента с ясно и точно очертаване на възможностите, които съответното медицинско заведение може да предостави в процеса на лечение.

Скръбта е емоция, която се предизвиква от раздялата с нещо или някого, което или който е значим за съответния човек.

Като правило повечето заболявания предизвикват именно чувството на скръб, тъй като (особено при тежките заболявания) новото състояние, в което се намира пациентът, предполага най-малкото промяна на ритъма на живот, нарушаване на предварително направените планове. Пациентът често изпитва чувство на самота и изоставеност в новото си положение при наличието на заболяване. Именно това чувство е основният „противник“ на медицинските специалисти.

Едно от основните условия за възстановяване на нормалните нагласи на пациента е пред него да бъдат очертана възможността за бъдещо нормално работоспособно състояние, възможността той да приеме своето заболяване и да изгради системата от социалните си и работни контакти по начин, който да отчита наличието на съответното заболяване.

За реализирането на дейностите по възстановяването на нормалното, работоспособно състояние на пациента, трябва да се отчитат трите основни фази, през които преминава емоцията на скръбта.

Първият етап включва шок, „вцепеняване“, настъпило в резултат на новината за заболяването.

Вторият етап настъпва във външното проявление на негативните емоции - лошо настроение, понякога плач, нарушена работоспособност.

Третият етап се характеризира с проява на депресивни състояния, наличие на отчаяние.

Четвъртият етап е етапът на осъзнаване на новата реалност и постепенното приемане на заболяването. Медицинските специалисти трябва да работят с пациента на всеки един от етапите:

- в първия те трябва да съдействат за максимално бързото преминаване на шокното състояние;

- във втория да успокоят пациента, да се опитат да намерят разумния „баланс“ между външните прояви на негативните емоции и опитите да се помогне на пациента да се адаптира към новото състояние;

- в третия етап основната функция е по възможност бързото преодоляване (или недопускането) на депресивни състояния на пациента. В този смисъл медицинският специалист трябва да осъществява колкото се може повече контакти с пациента, като показва своята съпричастност и готовност да му бъде оказана помощ;

- през четвъртия етап медицинският специалист трябва да подкрепя пациента при осъществяването на социалните контакти в процеса на възстановяване на неговата работоспособност. В този смисъл той следва да бъде добре запознат с моделите за социална адаптация на определен клас пациенти.

Смущението е най-често проявяваното състояние на емоционално-волевата сфера на пациентите. То може да бъде определено като неясно или неловко състояние, възникващо при възрастните пациенти в резултат на разминаване на това, как човек иска да се чувства, между неговите планове и стремежи и това, какво е действителното му състояние, позволяващо да предприеме един или друг тип действие.

Задачата на медицинските специалисти в този случай е да дадат на пациента увереност във възможностите си, като заедно с това не омаловажават значението на заболяването и налаганите от него определени промени в начина на живот.

Проявите на смущението могат да бъдат идентифицирани, както на основата на невербалните, така и на вербалните средства.

Невербалните прояви се изразяват в зачервяването на лицето, нарушаването на плавността и естествеността на движенията.

Вербалните прояви са свързани с модуляции на гласа, неувереност при обичайни прояви на вербалната комуникация и др.

Люис¹ разграничава два типа смущение. Първият е породен от разбирането на собственото си състояние, а вторият е свързан с онези социални промени, които то (състоянието на заболяване в нашия случай) ще окаже върху социалните ангажименти и роли на пациента.

Медицинските специалисти следва да провеждат работа и с двата типа смущение. В първия случай те следва да информират пациента за съществуващите варианти за лечение, а във втория да информират пациента за това какви ограничения налага неговото състояние, както и да проведат анализ съвместно с пациента за възможностите му.

Във втория случай медицинските специалисти могат да приложат методите на коучинга, на които ще се спрем по-долу.

Често, особено при някои видове заболявания и при някои от категориите пациенти, се среща емоцията на срама.

Изард² определя срама като осъзнаване на собствената неумелост, непригодност или неадекватност в определена ситуация при изпълнението на конкретна задача, което се съпровожда с негативно преживяване.

В практиката най-честа е емоцията на срама, породена от заболяване при по-младите пациенти, както и при пациентите, за които откриването на заболяването е било неочаквано.

Срамът може да бъде идентифициран, както чрез невербални средства, така и чрез пряко посочване от страна на пациента. Срамът може

¹ Lewis M. Embarrassment: The Emotion of SelfExposure and Evaluation // Tangney J. P., Fisher K. Selfconscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride. N. Y., 1995.

² Izard C. The Psychology of Emotions. Plenum Press, New York. 1991

да се преживява и в процеса на определени манипулации, свързани с осъществяване на лечението. Този тип емоции могат да бъдат обусловени и от определени различия в културата на някои от пациентите.

При проявите на срам от страна на пациентите, медицинският специалист трябва да се постарее да стимулира пациента към подтискането на този вид емоции така, че те да не са пречка пред осъществяването на лечението, както и да не пречат на пациента адекватно да възприема препоръките на лекарите и на медицинските специалисти. Процесът на подтискането на срама от състоянието или ситуацията най-често се реализира чрез пренасочване на вниманието на пациента, омаловажаването на конкретната ситуация.

Гневът, както и другите емоции, също така е често срещана емоция при пациентите, особено в условията на нашата система на здравеопазване. Той е породен от дисонанса между очакванията на пациентите и онова, което може да им бъде предоставено.

В редица случаи гневът може да бъде и „продължение“ на други отрицателни емоции като страх, обърканост и др.

Медицинските специалисти трябва да бъдат в състояние да разграничат вида гняв, за да могат да неутрализират тази емоция и да осъществят процеса на общуването с пациента. Разграничават се два вида гняв - външен и вътрешен.

Първият вид е свързан със склонността на човека веднага да демонстрира своите негативни емоции. Външният израз на гнева може да бъде под формата на вербална или физическа агресия.

Вторият вид гняв се преживява от човека в неговия вътрешно психичен свят, без да има външно проявени форми. Често, именно този тип гняв е по-рисков за осъществяване на процеса на общуване, тъй като, без да има външни признаци, подобна негативна емоция пречи на

разбирането на взаимните интереси и възможности³. Емоцията на гнева не позволява на човека не само осъществяването на рационални действия, но и изобщо осъществяването на диалогична форма на общуване. Възприятието му се „изкривява“ като повечето вербални или невербални форми на общуване се възприемат от него негативно. Затова основният подход на медицинските специалисти в този случай трябва да бъде първоначално изчакване с оглед преминаването на „пика“ на гнева и постепенно търсене на варианти, при които пациентът е склонен да води диалог (дори при условие на неговите негативни нагласи по отношение на медицинския специалист).

В процеса на общуването медицинският специалист трябва да се стреми да рационализира позицията на пациента като първоначално тази рационализация може да се отнася и към обекти, които са извън непосредствената медицинска практика и постепенно се доближават до онзи предмет, който е породил гнева.

Положителните емоции не са изключение от процеса на общуването между медицинските специалисти и пациентите. Въпреки че заболяването и присъствието в медицинско заведение като правило се свързват с отрицателни емоции, има случаи в които пациентите изпитват радост (като вътрешно чувство на удовлетворение), а в някои случаи (например и раждането на дългоочаквано дете) и на щастие. Разбира се в повечето случаи положителните емоции облекчават осъществяването на общуването, но заедно с това медицинските специалисти не следва да оставят процеса на общуването „на самотек“. Силните положителни емоции, както и силните отрицателни, могат да предизвикат ирационализиране на възприятието и действията на човека. При

³ Knigh R. G., Chisholm B. J. U., Paulin J. M., Waal_Manning H. J. The Spielberger Anger Expression Scale: Some psychometric data // Journal of Clinical Psychology. 1988.

определени условия това може да има негативни последици върху пациентите.

Затова медицинските специалисти, независимо от положителните емоции и желанието за общуване, следва да дават необходимата информация на пациентите единствено в случай, че те се убедят в тяхното рационално възприятие.

Използвана литература

1. Активни методи обучения в высшей школе: Учебно-методические материалы по программе повышения квалификации «Современные педагогические и информационные технологии» / Под ред. Е.Ю.Грудзинской и В.В.Марико.- Нижний Новгород, Изд-во ННГУ им. Н.И.Лобачевского, 2009.
2. Актуални предизвикателства пред здравната комуникация; „Здравна политика и мениджмънт“; издател: ФОЗ, МУ-София, 2017; том 17, №2, стр. 77-79. ISSN 1313-4981.
3. Александрова М., Формиране на умения за професионално общуване при обучението на медицински сестри във Факултет по обществено здраве към Медицински университет – София, „Здраве и наука”, изд. „Инфодент-БГ, година II, брой 2 (006) София 2012, ISSN 1314-3360, с. 14-19.
4. Андреева Л. Социално познание и междуличностно взаимодействие. Изд. на СУ „Св.Климент Охридски“, София, 2007 г.
5. Балканска, П., Комуникативната компетентност – необходимо социално умение на мениджъра, Здравен мениджмънт, т. 3, 2/2003 г.

6. Борисова Б., КОМУНИКАЦИЯТА И СЪТРУДНИЧЕСТВОТО „ЛЕКАР - ПАЦИЕНТ“ В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА – Медицински мениджмънт и здравна политика, 2015 / 2.
7. Борисова, Б., Е. Иванов, Обществено здраве, базирано на доказателства, Медицински меридиани, 2014г., бр. 1 , ISSN: 1314-1090, с.39-43.
8. Борисова, Б. Нови акценти на първичната медицинска помощ като фундаментална концепция и стратегия за действие. - сп.Медицински мениджмънт и здравна политика, 2013, 1.
9. Борисова, Б. Маршрутът на пациента – индикатор за организация и качество на медицинската помощ. - Здравна политика и мениджмънт, 2014.
- 10.Борисова Б., Социологическата информация като предпоставка за ефективен мениджмънт на общата медицинска практика – Здравна политика и мениджмънт - 2015/ 2.
- 11.Борисов, В., Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. 2006, 320 стр.
- 12.Борисов, В. Медицинските сестри – приоритет или бумеранг. – Форум медикус, 2009, бр. 18.
- 13.Братанов П. Модели на социалната комуникация, изд.,„Стопанство“, София, 2003 г.
- 14.Воденичаров, Ц., С. Попова, Медицинска етика, ДАК, 2003.
- 15.Воденичаров, Ц., Професия лекар, изд. Медиц. и физкулт., С.1986.
- 16.Воденичаров Ц., Л. Гатева, М. Александрова, М. Стойчева. Медицински изследвания. Ръководство по медицинска етика. Горекс Прес. С., 1997. с. 21-22.
- 17.Воденичаров, Ц., Десетте принципа на медика и мениджъра, С.,СИМЕЛПРЕС, 2010.
- 18.Воденичаров Ц., Александрова М., Стойчева М., Медикът и терапията. Ръководство по медицинска етика. Горекс Прес. С., 1997. с. 14.

19. Воденичаров, Е., И. Милев, Е. Иванов, Т. Димитров,
Самостоятелната работа на студентите - средство за повишаване
качеството на обучение, ИНГА „XXXI научно-технологична
сесия „контакт 2013“, 28 юни 2013, София.
20. Воденичаров, Ц., Седемте разлики между медика и мениджъра,
или защо на медиците става все-трудно да са и мениджъри,
София, 2003.