

**КОМУНИКАЦИЯТА И СЪТРУДНИЧЕСТВОТО „ЛЕКАР-ПАЦИЕНТ“  
В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА**

**Б. Борисова**

*„Слушайте болния и той  
много често ще ви каже диагнозата“  
Жан Шарко, френски невролог*

**Резюме.** В статията се анализира нарастващата роля на комуникативните умения и стратегии за изграждането на съвременен стил на здравно обслужване. Медицинската дейност, наред със своите технологични процеси, е и специфично социално взаимодействие. Неоснователно е социалните роли в отношението „лекар-пациент“ да се фокусират повече и единствено върху лекаря. Общопрактикуващият лекар е този, с когото пациентът общува най-често. Личният лекар и пациентът имат по-директни и близки взаимоотношения и следва да бъдат по-равнопоставени в своята отговорност за качеството на здравните услуги. Добрата комуникация между тези две страни способства за по-високо взаимно доверие, за по-пълна взаимна информираност относно проблемите на здравето на пациента и по този начин става фактор на качеството на здравните услуги.

**Ключови думи:** комуникация, сътрудничество, патернализъм, обща медицинска практика, споделена отговорност

**COMMUNICATION AND COOPERATION “PHYSICIAN-PATIENT”  
IN GENERAL PRACTICE**

**B. Borissova**

**Summary.** The article analyzes the increasing role of communication skills and strategies to build a healthcare of a modern style. Medical activities together with technological processes construct specific social interaction. Social roles in the "doctor-patient" often focus more and only on the doctor's part. General practitioner is the one with whom a patient communicates most often. The GP and the patient have got a direct and close relationship and equillity is a part of the higher quality of health services. Good communication between the two sites contributes to a high level of mutual trust and thus becomes a factor in the quality of health services.

**Key words:** communication, cooperation, paternalism, general practice, a shared responsibility

През последното десетилетие в световен мащаб нараства интересът към процеса на комуникация в кабинета на лекаря. Особено осезателна е необходимостта от сътрудничество и комуникация между пациента и неговия личен лекар. Комуникативните стратегии имат все по-съществена роля за изграждането на съвременен стил на здравно обслужване на населението. Медицинският персонал и пациентите изпълняват специфични социални роли в процеса на общуването помежду си. Провежданите здравни реформи чрез пазарните механизми *трансформират* ролята на здравния професионалист в ролята на доставчик на здравни услуги, а пациентите поемат ролята на клиенти, респективно консуматори на здравни услуги. В тези условия пред здравната политика и здравния мениджмънт възникват нови организационни, психологични и етични проблеми за регулиране на цялостната здравна дейност.

Медицинската дейност, наред с всичко друго, е и специфично *социално взаимодействие*. Неоснователно е социалните роли „лекар-пациент“ да се фокусират повече и единствено върху лекаря. Лекарите и пациентите изпълняват различни роли в ежедневието, но в лекарския кабинет те придобиват роля, с която съгласуват поведението си. Лекарят и пациентът влизат в равноправни взаимоотношения, затова те и двамата би трябвало да владеят комуникативни стратегии, за да бъде ефективна тяхната комуникация. В страни, където грижите за здравето са под контрола на държавата, широко се разискват проблемите на отношението „лекар-пациент“: тяхното общуване чрез **емпатия, споделената отговорност** между тях, правата на пациента на пълна информация и активното участие на пациента във вземането на решения чрез принципа на информираното съгласие. Редица автори анализират феномена „асиметрични отношения“ между лекаря и пациента и подходите за ефективно регулиране на тези взаимоотношения в посока към сътрудничество и партньорство. Според американски автори в общуването лекар-пациент има контрол на комуникативната ситуация – доминира лекарят, който не възприема пациента като равен на себе си в социален, икономически, образователен и интелектуален смисъл и т.н. Той приема, че неговите познания и експертност му дават право да установи *асиметрични отно-*

шения с пациента, в които лекарят говори, а пациентът слуша без въпроси.

Досега научните публикации, посветени на общуването лекар-пациент, като че ли се фокусират повече върху лекаря. Често изглежда, че невербалната комуникация е по-важна за него. Но това не е така. Ако приемем с оглед на един нов принцип в медицинската етика, че лекарят и пациентът влизат в равноправни взаимоотношения, то и двамата участници в този тип общуване би трябвало да владеят невербални комуникативни стратегии, би трябвало да разчитат на определени невербални стилове и средства, за да може общуването им да протече максимално ефективно. Оттук следва необходимостта от нов тип общуване в емпатичен маниер, чрез който лекарят проявява способността си да удовлетвори нуждите на пациента от социални и емоционални грижи.

Отношението „лекар-пациент“ може да се разглежда и от гледна точка на социални потенциали и икономическо споразумение. През последния век на лекарите е предоставен висок статус и уважение, на тях се предоставя контролът на достъпа до лекарства с рецепта. Това представлява голяма *концентрация на власт у лекарите* и носи както предимства, така и недостатъци за определени групи пациенти при определени социални условия. Но те двамата влизат в равноправни взаимоотношения и затова трябва да владеят комуникативни стратегии.

Докато в България комуникативните умения продължават да се подценяват, в Европа и в САЩ нараства интересът към този проблем. Степента на контрол, упражнявана от лекаря и пациента, обуславя четири типа отношения и взаимодействие „лекар-пациент“:

- *патерналистки* (висок контрол на лекаря и нисък на пациента);
- *консуматорски* (нисък контрол на лекаря и висок на пациента);
- *взаимен* (лекарят и пациентът имат висока степен на контрол);
- *отсъстващ* (лекарят и пациентът имат ниска степен на контрол).

Според А. Ефтимова у нас патерналистският модел е всеобщ, с малко изключения. Той означава, че лекарят налага схема на

поведение при лечението, липса на каквото и да било обяснение или обсъждане на диагнозата и лечението. Този вертикален модел корелира със структурата на властта и социално-професионалното разделение. Затова съвременните експерти издигат принципа за комуникация, поставяща в центъра пациента, което означава пациентът да е въввлечен в собственото си лечение, да има чувство за контрол над него, за лична отговорност, да е убеден, че чрез активността и начина си на живот влияе върху процеса на оздравяване [3].

Тъй като общопрактикуващият лекар (ОПЛ) е този, с когото пациентът общува най-често, лекар и пациент общуват с подиректни и близки взаимоотношения и следва да бъдат равнопоставени в своята отговорност за качеството на здравните услуги. Прегледът при лекар специалист е повече регламентиран и официален. Обясняването от страна на лекаря към пациента трябва да бъде разбираемо. Лекарите, които пренебрегват обясняването на пациентите много често *компрометират* цялата консултация, което довежда до повторно посещение или търсене на медицинска помощ от друг лекар. Според P. Leу двата главни проблема в комуникацията „лекар-пациент“ са:

1. Когато пациентите са недовлетворени от информацията, която им дава лекаря за техния здравен проблем.
2. Когато пациентът не следва дадените му от лекаря съвети за лечение и поведение.

Добрата комуникация между тези две страни способства за по-високо взаимно доверие, за по-пълна взаимна информираност относно проблемите на здравето на пациента и по този начин става фактор на качеството на здравните услуги. Данните от проучвания в общи лекарски практики разкриват много по-висока удовлетвореност от пациентите с добри комуникации. Недоволството от пациентите и тяхното последващо недостатъчно следване на съветите на лекаря са често поради неспособността им да разберат и да запомнят това, което обикновено доста бързо или неясно им е казано от лекаря. Във връзка с изложеното комуникационните умения на семейния лекар трябва да бъдат осъзнати и признати като **приоритетни** в неговата професионална оценка. Наложително е комуникационните умения да бъдат регламентирани като

задължителен елемент в професионалната оценка и акредитацията на лекарите в първичната медицинска помощ. Все повече се утвърждава становището, че пациентите и лекарите трябва да работят заедно, да общуват и си сътрудничат пълноценно. Такова сътрудничество е съществена част специално в работата на ОПЛ. Лекарите и пациентите, независимо, че са две различни групи хора, трябва да имат единна цел – точно разпознаване на здравните проблеми и ефективното им решаване в интерес на пациента.

**Специфични характеристики на медицинската комуникация между болния и общопрактикуващия лекар**

<b>Характеристика</b>	<b>Съдържание</b>
1. Асиметричност на участниците	Лекарят е професионално компетентен и емоционално неутрален, и обратното за пациента
2. Предимно словесност на общуването	Вербалните форми на приемане и предаване на информация са основни
3. Краткост и устойчивост на ситуацията на общуване	Комуникативната дейност се извършва основно в амбулаторията и за ограничено време

Тези характеристики на медицинската комуникация трябва да се познават от общопрактикуващите лекари, за да могат те по-добре да провеждат практическата комуникативна дейност при работа с болните. В наше конкретно емпирично изследване от 2013 г. се анализираха аспекти на взаимодействието лекар-пациент: а) степента на обсъждане и участие на пациента в диагностично-лечебния процес, б) нагласа за комуникативност на лекаря и др. Тези два аспекта са актуални и в значителна степен ни демонстрират какъв е типът на отношението „лекар-пациент“ (патерналистки, консуматорски или взаимен модел), а също така и степента на сътрудничество и комуникация между лекаря (ОПЛ) и пациента в процеса на медицинското обслужване [2]. Данните показват, че лекарят невинаги иска мнение и съгласие от пациента по различните диагностично-лечебни процедури. При 44,3% лекарят изобщо не иска или рядко иска мнението на пациента. Общо при 35,5% лекарят винаги иска мнението на паци-

ента, като за София този процент е по-висок (39,1%), а областните градове е по-нисък (31,7%). Тези данни свидетелстват за сериозни проблеми в сътрудничеството и комуникацията между ОПЛ и пациента. От страна на лекаря има силно налагане на схема на поведение на пациента и той не е активно въввлечен в процеса на собственото си лечение, няма чувство за контрол над него. Това е известният от литературата **патерналистки модел**.

Според данните от табл. 1 относително малка част от анкетираните пациенти (27,8%) считат, че по време на прегледа лекарят е показвал прибързаност и отегчение.

Сътрудничеството между лекаря и пациента е двупосочен процес, но решаваща роля играе мотивацията и нагласата на лекаря за комуникативност по време на срещата с пациента. В този аспект демонстрирането на прибързаност и отегчение по време на прегледа смущава и потиска процеса на комуникация.

**Таблица 1. Нагласа за комуникативност на лекаря**

**Въпрос:** По време на посещение при Вашия лекар има ли случаи, когато чувствате, че сте му в тежест и той бърза да се освободи от Вас?

Отговори	Брой	Процент
Много често	99	15,4%
Често	136	21,1%
Рядко	330	51,2%
Никога	80	12,4%
Всичко	645	100%

Данните на Т. Златанова и Р. Златанова показват, че само 44% ( $\pm 7.0$ ) от пациентите са на мнение, че техният личен лекар ги слуша винаги внимателно. Според 45.6% ( $\pm 7.3$ ) ОПЛ често ги слуша внимателно. Не е малък и делът на пациентите, които са на мнение, че при разговор с общопрактикуващия им лекар, той ги слуша рядко внимателно – 7.2%, а 3.2% считат, че никога лекарят не ги слуша внимателно. Тези резултати показват, че още в началото на контакта между личния лекар и пациента се намалява доверието на пациентите към последващото поведение и действия на лекаря спрямо тях. 22.1% от анкетираните пациенти отговарят, че когато разговарят с личния си лекар, той

винаги пише нещо на компютъра и едновременно говори с тях. Или като цяло в една или друга степен личният лекар не е съсредоточен [4].

Поради мултиобластния характер на общата медицинска практика лекарят трябва да използва голям брой методи, техники и средства. Това изисква той да ги познава и да може да ги прилага в своята дейност. За общопрактикуващия лекар особено значение има групата на комуникативните методи и техники. Това е така, защото те се прилагат сравнително просто, но притежават голям потенциал за получаване и предаване, от пациента на лекаря и обратно, на най-голямо количество фактическа, смислово-съдържателна и емоционална информация. С помощта на комуникативните техники се обменя специфична информация, което не може да стане с останалите методи, използвани в медицинската практика.

#### **Основни източници (носители) и сигнали на информация от болния и лекаря:**

##### *1. Невербални*

- външен вид (лицеизраз, поза, цвят и обриви по кожата, облекло, телосложение и др.)
- движения на главата, тялото и крайниците (походка, тремор, ограничения, тикове)
- поведение (безразличие, възбуда и др.)

##### *2. Вербални*

- понятия (думи)
- словосъчетания (изрази)
- интонация на гласа
- бързина и ритъм на говорене.

Всеки източник на информация "излъчва" определен вид медицински и немедицински сигнали, които лекарят с помощта на определени комуникативни техники може да открие и приеме. Практиката е показала, че невербалните източници и сигнали, при добри комуникативни възможности на лекаря, могат да осигурят около 40-50% от информацията, необходима, за да може да се постигнат целите на медицинската консултация.

Важно е да се знае, че чрез невербалните сигнали лекарят получава не само формално-фактическа информация, но и такава за психо-емоционалното състояние на болния – тревожност, страх, възбуда, нарушено внимание, намалени въз-

можности на паметта и др. Освен това лекарят чрез невербалните сигнали може да въздейства върху пациента – жестове и движения, показващи съгласие или несъгласие, подкрепа или неподкрепа, поза, показваща внимание и уважение и др. Вербалните източници и сигнали са основни в медицинската комуникация. Лекарят получава от болния чрез тях приблизително около 50-60% от цялата информация за неговата личност, здравен проблем и др. и предава на болния около 80-90% от информацията по време на медицинската консултация.

Събраната чрез тези техники информация позволява да се определят:

- субективната картина на здравния проблем
- психо-емоционалното състояние на пациента
- отношението на пациента към неговото заболяване.

Освен това с комуникативните методи и техники ОПЛ може да въздейства върху пациента за **намаляване на психо-емоционалния стрес**, страха, тревожността, неизвестността от изхода на заболяването и др. Поради изключителната важност на комуникативните методи и техники познаването им и придобиването на умения от студентите за тяхното използване представлява важна характерна черта на съвременното медицинско образование. Овладяването на комуникативните техники и придобиването на умения за тяхното използване в медицинската практика е един продължителен и труден процес, който обаче задължително трябва да започне още в началото на университетското обучение по медицина.

Всеки лекар има собствен стил и правила, които използва при извършване на медицинската консултация, и това го прави различен от останалите лекари. Студентите по медицина при своето обучение могат да използват някои примерни правила, основани на многогодишния опит на много лекари, с оглед да създадат свой собствен стил.

### **Заклучение**

Медицинската дейност, наред със своите технологични процеси, е и специфично социално взаимодействие. Неоснователно е социалните роли в отношението „лекар-пациент“ да се фокусират повече и единствено върху лекаря. ОПЛ е този, с когото пациентът общува най-често, личният лекар и пациентът

имат по-директни и близки взаимоотношения и следва да бъдат по-равнопоставени в своята отговорност за качеството на здравните услуги. Добрата комуникация между тези две страни способства за по-високо взаимно доверие, за по-пълна взаимна информираност относно проблемите на здравето на пациента и по този начин става фактор на качеството на здравните услуги.

#### **Библиография**

1. Б о р и с о в а, Б. Извънболничната медицинска помощ – функции, проблеми, тенденции. София, 2014, 150 с.
2. Б о р и с о в а, Б. Оценка на дейността на ОПЛ чрез мнението на пациентите. Дисертация, 2013, 162 с.
3. Е ф т и м о в а, А. Социалните роли лекар-пациент (социолингвистичен и социокултурен анализ). – Специализиран портал [litenet.bg/publish9/aeftimova/socialnite.htm](http://litenet.bg/publish9/aeftimova/socialnite.htm).
4. З л а т а н о в а, Т., Р. Златанова-Великова. Оценка на комуникационните умения на ОПЛ. – Медицински меридиани, 2012, № 1-2, 53-58.
5. И л и е в а-Б а л т о в а, П. и А. Предоева. Съотношението вербални/невербални компоненти в комуникацията лекар-пациент. – В: Съпоставително езикознание, С., 1997.
6. И в а н о в, Г., Д. Димитрова. Въведение в общата медицина и общата медицинска практика (второ издание). София, 2010 г.
7. Ч е р к е з о в, Т. Ключови механизми за подобряване на качеството в здравеопазването. – Мед. менидж. здр. пол., **44**, 2013, № 2, 48-60.
8. L e y, P. et al. Improving doctor-patient communication in general practice. – J. R. Coll. Gen. Pract., **26**, 1976, № 171, 720-724.

✉ *Адрес за кореспонденция:*

Доц. Боряна Борисова, дм  
Катедра по здравна политика и мениджмънт  
Факултет по обществено здравеопазване  
ул. „Бяло море“ № 8  
1504 София  
e-mail: [b\\_vb65@abv.bg](mailto:b_vb65@abv.bg)