

КОМУНИКАЦИОННИ И МЕДИАТОРСКИ ТЕХНИКИ ПРИ РАБОТА С ТРУДНИ ПАЦИЕНТИ

Радка Горанова-Спасова, Наталия Щерева-Николова

Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ-София, ул. „Бяло море“ 8, София, 1527, e-mail: r.goranova@foz.mu-sofia.bg

Резюме: *Професионалната етика в медицината се основава на професионалните етични кодекси, носещи образците на поведение и добродетелите, които лекари и здравни специалисти следва да прилагат в практиката. Някои от широкопризнатите качества, които лекарят трябва да притежава са „човечност и милосърдие“; „вежливост“, „толерантност“ и „психологичен подход“.*

Adams & Murray (1998) определят като „трудни пациенти“ тези, които са „медицинско предизвикателство, трудни за междуличностно общуване, психиатрично болни, с хронично заболяване или отсъстваща социална подкрепа“. Работата с такива пациенти е предизвикателство и има значителен конфликтногенен потенциал, който при ескалация може да има неблагоприятни последици за медицинското лице и самия пациент.

Целта на настоящия доклад е да разгледа видовете „трудни пациенти“ и да изследва възможностите за приложение на различни комуникационни и медиаторски техники при работа с тях. Установено е, че превенцията на конфликтите и ефективното им управление благоприятстват добрите взаимоотношения, които в медицинската професия са с пряко отношение към правилния диагностично-лечебен процес и терапевтичния резултат.

В някои случаи дисфункционалните последици от конфликта може да бъдат избегнати с прилагането на основни комуникативни техники от медицинския персонал и специфични медиаторски техники чрез ангажирането на трета неутрална страна във вече възникналия спор.

Ключови думи: труден пациент, конфликт, комуникация, медиация

COMMUNICATION AND MEDIATION TECHNIQUES WHEN WORKING WITH DIFFICULT PATIENTS

Radka Goranova-Spasova, Natalia Shtereva-Nikolova

Faculty of Public Health „Prof. Tzekomir Vodenitcharov, PhD, DSc”- Medical University- Sofia, 1527 Sofia, 8 Byalo more str., e-mail: r.goranova@foz.mu-sofia.bg

Abstract: *Professional ethics in medicine is based on professional codes of ethics, bearing the patterns of behavior and virtues that doctors and other medical specialists should apply in practice. Some of the widely recognized qualities that a physician must possess are "humanity and mercy"; "Courtesy", "tolerance" and "psychological approach".*

Adams & Murray (1998) define as "difficult patients" those who are patients who are "medically challenging, interpersonally difficult, psychiatrically ill, chronically medically ill, or lacking in social support." Working with such patients is a challenge and has significant conflict potential,

which in case of escalation can have adverse consequences for the healthcare professional and the patient himself.

The purpose of this report is to examine the types of "difficult patients" and to explore the possibilities of applying different communication and mediation techniques when working with them. It has been established that the prevention of conflicts and their effective management favor good relationships, which in the medical profession are directly related to the correct diagnostic and treatment process and therapeutic outcome.

In some cases, the dysfunctional consequences of the conflict can be avoided by applying basic communication techniques by medical staff and specific mediation techniques engaging a neutral third party in an already existing dispute.

Key words: difficult patient, conflict, communication, mediation

1. Въведение

Професионалната етика в медицината се основава на професионалните етични кодекси, носещи образците на поведение и добродетелите, които лекари и здравни специалисти следва да прилагат в практиката. [1] Някои от широкопризнатите качества, които лекарят трябва да притежава са „човечност и милосърдие“; „вежливост“, „толерантност“ и „психологичен подход“. [7]

Общуването във всяка сфера от живота е по-лесно между личности със сходни разбирания и ценности, и медицината не прави изключение. Болният, обръщайки се за медицинска помощ, влиза в социалната роля на пациент. Въпреки присъщите на медицинската професия добродетели, някои пациенти са предизвикателство и изпитание за междуличностните умения на медика. Личностните характеристики на тези пациенти затрудняват комуникацията, което ги поставя в категорията „трудни“ пациенти. [13]

2. Цел и методика на изследването

Целта на настоящата статия е да разгледа видовете „трудни пациенти“ и да изследва възможностите за приложение на различни комуникационни и медиаторски техники при работа с тях. За постигането на целта са използвани общонаучни и частнонаучни методи и подходи, в т.ч. документален метод, преглед на литературата, анализ и синтез, сравнителен анализ.

3. Трудни пациенти

Един от първите автори, които обръщат внимание на необходимостта от по-сериозен анализ на поведението при работа с т. нар. „трудни“ пациенти е James Groves (1978). Той определя трудните пациенти като „пациенти, които повечето лекари се боят да лекуват“. Авторът обособява следните 4 основни стереотипа (модела на поведение):

- Зависими „лепки“;
- Изискващи (взискателни);
- Манипулатори;
- Отхвърлящи саморазрушителни пациенти,

и предлага някои психологически подходи за по-успешно „справяне“ с тях. [16]

Adams & Murray (1998) дефинират „труден“ пациент като „пациент, който е медицинско предизвикателство, труден за общуване, психиатрично болен, с хронично заболяване или липса на социална подкрепа“. [13]

Някои от по-често срещаните характеристики на тези пациенти са, че те са в напреднала възраст, разведени или овдовели, пациенти с множество остри или хронични

заболявания, на продължителна медикаментозна терапия и терминално болни. [14] Статистиката сочи, че между 15% и 30 % от пациентите, регистрирани в практиките за първична медицинска помощ могат да се определят като „трудни“. Според други данни между 10% и 20% от пациентите се приемат за „трудни“ от техния лекуващ лекар. [18] В сравнение с останалите пациенти „трудните“ пациенти имат по-голяма потребност от медицинска помощ и по-ниска удовлетвореност от предоставените здравните услуги. [17]

Някои автори оспорват дефиницията „труден пациент“ и конкретизират, че самият контакт на определен специалист и пациент може да се определи като труден. Факторите, които нарушават нормалните взаимоотношения, могат да бъдат от страна на пациента (изброените по-горе), от страна на медика („бърнаут“ синдром, лоши комуникационни умения, липса или недостатъчен професионален опит, несигурност) и фактори на здравната система (липса на приемственост между нивата на здравната служба, ограничено време на контакт с пациента, поради претовареност и т.н.).

С особено внимание трябва да се подхожда към пациенти с психични разстройства-соматоформени, личностни, obsесивно- компулсивни разстройства и наркотични зависимости.

Типовете трудни пациенти по Steinmetz и Tabenkin ранжирани според честотата на среща с тях са:

1. Агресивни, склонни към насилие и словесна злоупотреба
2. С нерешени повтарящи се проблеми
3. С множество оплаквания
4. Психосоматични пациенти
5. Винаги недоволни
6. Търсеци допълнителни ползи
7. Манипулативни, лъжещи
8. С неопределени оплаквания
9. Тревожни пациенти
10. Досадници
11. Взискателни, експлоатиращи
12. Ядосани на лекаря
13. Неотзивчиви
14. Психиатрични пациенти
15. Наркозависими [21]

4. Комуникационни техники

По същество лекарската професия е „комуникативна“ професия. Като такава тя има силно заложен в себе си социален елемент и условие за упражняването ѝ е наличието на умения по комуникативност [12] Ролята на общопрактикуващия (семеен) лекар е да решава не само медицински, но и социални проблеми, да прилага психологичен и индивидуализиран подход. В чл. 2 от Кодекса на професионалната етика, издаден от министъра на здравеопазването, са посочени основните ценности на лекарската професия, сред които човечност и милосърдие; вежливост към пациента; психологичен подход към болния; толерантност. [7] Професионалистите по здравни грижи имат подобни задължения, отразени в Етичен кодекс на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти по здравни грижи в Р. България. [4]

Прилагането на специфични комуникационни техники и ангажирането на самия пациент в лечебния процес може да подобри взаимоотношенията. [2] Ефективната работа с трудни пациенти поставя пред медика необходимостта да притежава освен клинични знания и комуникационни умения и психологически подход. Добрата комуникация с пациента включва следните елементи:

- Разчитане на невербалното поведение (страх, тъга, гняв, радост, облекчение)
- Умения за активно слушане, задаване на въпроси, парафразиране и обобщаване
- Уважение, търпение и толерантност
- Емпатия
- Познаване на социалната история на здравето и болестта на пациента
- Искреност и директно общуване
- Хумор
- Ангажиране на пациента и близките му в лечебния процес
- Умения за екипна работа (съвместно с психолози, социални работници и т.н.) [16]

Подходът във всеки случай трябва да бъде индивидуализиран. Моделите на поведение и формите на общуване може да са пречка пред ефективния комуникационен процес. Елиза Николова и съавт. (2018г.) подчертават, че в западните култури отговорността за яснотата на съобщението се пада на говорещия. Незачитането на чуждото мнение, отрицателните чувства, неспособността за ясна вербализация на проблема, отбранителното поведение, липсата на интерес, стереотипите, липсата на доверие и скритите намерения са типични бариери в комуникацията, които са многократно засилени при „трудните“ пациенти. [9]

Според някои проучвания по-големият стаж и професионален опит на медицинските специалисти са критерий за развитие на емпатично поведение, толерантност и приемане на различните поведенчески модели на пациентите.

Общопрактикуващите лекари са тези, които изпълнявайки своята роля на „gatekeeper” в здравната система, най-често влизат в контакт с трудни пациенти. В общата медицинска практика комуникационните умения са широко признати и необходими за избягване на конфликтни ситуации, тъй като повишават удовлетвореността на пациентите от медицинската услуга. Въпреки това липсва достатъчно обучение в комуникативни техники и умения, което редовно се подчертава на академични форуми, посветени на медицинското образование. Салтман и съавт. препоръчват прилагането на задачи и казуси в обучението на бъдещи лекари за ранно разпознаване и мениджмънт на конфликтните ситуации. [20]

Именно комуникативните методи и техники притежават голям потенциал за получаване и предаване от пациента на лекаря и обратно, на най-голямо количество фактическа, смислово-съдържателна и емоционална информация. [6]

5. Медиация в сферата на здравеопазването. Медиаторски техники

В последните две-три десетилетия се оформя относително самостоятелно поднаправление на конфликтологията, насочено към въпросите и техниките на медиацията, [8] Медиацията е структуриран, интерактивен процес, при който неутрална трета страна помага на страните при разрешаването на конфликта чрез прилагането на специализирани комуникационни и преговорни техники. Всички участници се насърчават да участват активно в процеса на медиацията. Медиаторът (посредникът) използва голямо разнообразие от техники, за да насочи процеса в конструктивна посока и да помогне на страните да

намерят оптимално решение. *Медиаторът управлява взаимодействието между страните и улеснява откритата комуникация.* Когато е успешна, медиацията води до по-добри резултати в отношенията между страните в конфликта. Постига се намаляване на враждебността в отношенията между страните [3, 5]

Медиацията открива приложение и в сферата на здравеопазването, което предполага решаването на спорове с пациенти да се подпомага от трета неутрална страна.

В тази връзка Lee и съвт. (2015) препоръчват сформирването на екипи за медиация в лечебните заведения за болнична медицинска помощ, които да предоставят образователни и консултантски услуги на персонала и пациентите при възникване на конфликт. Говори се за въвеждане на длъжност организационен (болничен) омбудсман, който *безпристрастно*, „виждайки“ конфликта в неговата цялост, да помага на страните да вземат решение. Освен в прякото решаване на спорове, болничният омбудсман ще има още роля в обучението на персонала, проследяване на тенденциите по отношение на конфликтите в болничното заведение, подобряване системата за управление на конфликти. [19]

Според модела на Keiser Permanente омбудсманът- медиатор е връзката между пациента и лечебното заведение; реагира бързо и притежава нужните умения за решаване на проблеми; достъпен е за пациента и осигурява възможност да се обърне към специалист, който своевременно да предложи решение вместо да се търси становище от контролни органи, медии и съдилища; повишава пациентската удовлетвореност. [11]

Някои от специфичните техники, които медиаторът прилага и могат да бъдат възприети от мениджърите на различни нива в лечебните заведения са следните:

➤ **Преформулиране**- спомага за намаляването на враждебността и подпомага страните да преминат от позиции към интереси. Ролята на медиатора е да „преведе“ твърде емоционалните, гневни изказвания с неутрални, неосъдителни думи. Това спомага за промяна на нагласите и възприятието на проблема.

➤ **Сверка с действителността**- тази техника се прилага, когато страните (в случая) пациента е с нереалистични очаквания. Чрез серия от въпроси медиаторът подпомага страната по спора да оцени реално ситуацията, възможностите и последиците.

➤ **Предложения на медиатора**- търси се общият интерес, като медиаторът предлага различни хипотези на страните, за да провери възможностите за допирни точки.

➤ **Техника на огледалото**- когато емоциите ескалират, понижавайки тон медиаторът кара страните по спора да замълчат и също да понижат тон.

➤ **Мълчание**

➤ **Припомняне на постигнатото**

➤ **Въвеждане на нова тема**

➤ **Промяна на обстановката/почивка**

➤ **Прозрачност** [10, 15]

6. Изводи и заключение

Установено е, че превенцията на конфликтите и ефективното им управление благоприятстват добрите взаимоотношения, които в медицинската професия са с пряко отношение към правилния диагностично-лечебен процес и терапевтичния резултат.

В някои случаи дисфункционалните последици от конфликта може да бъдат избегнати с прилагането на основни комуникативни техники от медицинския персонал и

специфични медиаторски техники чрез ангажирането на трета неутрална страна във вече възникналия спор. Медицинските специалисти трябва да бъдат запознати с възможностите, които медиацията предоставя и да обмислят използването на този подход като първи избор при разрешаване на конфликтни ситуации „трудни“ пациенти.

Библиография

1. Воденичаров Ц., Попова С., Медицинска етика, изд. „ЕкоПринт“, София, 2010 г.
2. Георгиева Ж., Ал. Здравкова. Зависимост между умението за общуване с болните и емпатийното отношение към тях. В: Гражданската идея в действие, Тридесет и трета научно-технологична сесия КОНТАКТ 2014, София, Темто, 2014, с. 151-154.
3. Градинарова, Н., Р. Горанова, Е. Радев, Медиацията- алтернативният способ за решаване на конфликти, 44 НТС „ИНГА“, Изд. ТЕМПО, 2021г, с. 68- 73. ISSN 1313-9134.
4. Етичен кодекс на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти по здравни грижи в Р. България <<http://www.nursing-bg.com/etichen%20kodeks.html>>
5. Закон за медиацията, изм. ДВ. бр.17 от 26 Февруари 2019г. Достъпен на 26.11.2021г. на <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135496713>
6. Киров, Л., Г. Иванов. Комуникация в общата медицинска практика и комуникативни техники на общопрактикуващия лекар Във: Въведение в общата медицина и общата медицинска практика, под ред. на Г. Иванова и Д. Димитрова, С., 2012, 104-126с. ISBN 978-954-92577-6-2.
7. Кодекс за професионална етика на лекарите в България (загл. изм. ДВ, бр. 85 от 2013г.)
8. Милков, Л., Конфликтология, Изд.,„Юни Експрес“ ООД, С., 2014, с. 418, ISBN 954 – 9454.
9. Николова, Е., Л. Василева, М. Калчева, Р. Минкова, С. Димитрова, С. Такова, Наръчник по медиация: как да сърфираме в медиацията, Изд. ПАМБ, 2018г., с. 182.
10. Николова, Е., Ю. Раданова, Въведение в медиацията, София : УНСС, 2019, с. 193.
11. Шаркова, М., Конфликтите в здравеопазването, Международна школа по комуникация, преговори, комуникация, < <http://mediation-net.eu/pdf/2017/11-maria-sharkova.pdf>>
12. Щерева- Николова, Н. Етични конфликти в сферата на здравеопазването, В: Ръководство по медицинска етика, изд. ИД Принт, София, 2014, с. 105-115.
13. Adams J, Murray R: The general approach to the difficult patient. Emerg Med Clin North Am 1998;16:689-700.)
14. Chandry J, Schwenk TL, Roi LD, et al: Medical care and demographic characteristics of difficult patients. J Fam Pract 24:607-610, 1987.)
15. Fiester A. What mediators can teach physicians about managing ‘Difficult’patients. Am J Med. 2015;128(3):215–6
16. Groves JE. Taking care of the hateful patient. N Engl J Med 1978; 298: 883-7
17. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, et al. The difficult patient: Prevalence, psychopathology, and functional Impairment. Journal of General Internal Medicine 1996;11:1-8.)
18. Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. Ann Intern Med. 2001;134:897-904.

19. Lee DW, Lai PB. The practice of mediation to resolve clinical, bioethical, and medical malpractice disputes. *Hong Kong Med J*. 2015 Dec;21(6):560-4.
20. Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgraduate Medical Journal*. 2006 Jan;82(963):9-12.
21. Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Fam Pract* 2001; 18: 495-500.