

КОМУНИКАЦИЈАТА ВО МЕДИЦИНАТА

(ОСНОВНИ ПОИМИ)

Комуникацијата се дефинира како процес на размена на информации по пат на договорен систем на знаци, а може да биде вербална и невербална.

Комуникацијата во медицината се смета за фундаментална и најчесто применувана клиничка вештина на лекарот на патот до успешна дијагноза и лечење, како и воспоставување однос со болниот.

Комуникацијата во медицината е изразито широко подрачје кое го опфаќа односот на здравствениот професионалец, болниот и неговото семејство, но и комуникација меѓу членовите на медицинскиот тим, здравствените професионалци, волонтерите, организациите на цивилното општество, владините и невладините институции, профитниот сектор и јавноста во целина. Во денешната медицина очигледен е големиот напредок во лечењето на бројни болести, како и развој на високо софистицирани дијагностички и терапевски процедури во сите подрачја. Современиот развој на невронауката, психоневроендокриноимунологијата и генетиката, отворил пат за бројни нови спознаи за поврзаноста на наследноста и околината во настанувањето и прогресијата на разни болести, меѓутоа довел и до занемарување на холистичкиот поглед на болниот како на личност во целина, неговиот поглед на болеста и контекстот во кој таа болест се јавува.

Со многубројни истражувања докажано е дека комуникациските вештини се поврзани со исходот на лечењето вклучувајќи го и задоволството на болниот од тој процес, соработката како и помала можност од поплаки заради лекарски грешки. Комуникацијата е составен дел од секој однос со болниот и неговото семејство, а претставува и клуч на успех на медицинскиот тим. Само добра комуникација е пат кон добар терапијски сојуз и однос. Искуството или талентот не се доволни за осигурување на оптимална комуникација лекар-пациент-семејство. Постојат оние кои се помалку или повеќе талентирани, вешти или помалку вешти во комуникацијата, но охрабрува фактот дека со учење може да се стане подобар комуникатор во медицината. Затоа не чуди фактот дека во изминатите триесетина години во западниот свет посебно внимание и се придава на едукацијата на стручњаци во подрачјето на прифаќање на адекватни облици на комуницирање со болните и членовите на нивните семејства. Едукацијата започнува уште во првите денови на студиите, а се продолжува во текот на целото професионално усовршување.

ВЕРБАЛНА И НЕВЕРБАЛНА КОМУНИКАЦИЈА

Како и во секоја област и во медицината се користи вербална и невербална комуникација. Вербалната комуникација претставува размена на пораки со говор, односно зборови. Изговорените зборови можат да побудат различни емоции како позитивни така и негативни. Невербалната комуникација се состои од мноштво на знаци од кои секој има свое значење. Со вербалната комуникација во главно се пренесуваат информации, а со невербалната ставови и

емоционален однос кон информациите кои се примаат, или однос кон личноста со која се комуницира.

Невербалните однесувања служат и за донесување на заклучок за двата главни видови на односи меѓу луѓето: склоности, (или допаѓање) и моќ, (статус или доминација во општествениот живот). Во интерпретацијата на невербалното однесување на другите луѓе би требало да се земат во обзир сопствените емоции, кои при доживувањето на надворешниот свет ја намалуваат објективноста на запазувањето поради што личноста не ги гледаат околу себе другите луѓе такви какви што се, туку, зависно од емоциите ги гледаат преку „сопствена диоптрија,, .

Невербалните комуникациски знаци можат да се поделат на статични и динамични. Во статичните невербални знаци се вбројуваат оддалеченоста на телото, меѓусебната положба меѓу лицата, ставот на телото и телесниот контакт (допир). Динамичните невербални знаци пак, се изразот на лицето, движењата (гестикации) и контрактот со очите.

Со оглед на комуникациските канали, невербалната комуникација може да се подели на визуелна комуникација, изразите на лице, говорот на телото, личниот простор, себепретставувањето и пара јазикот. Треба да се напомене дека и обрасците на однесување, облеката, расната и етничка припадност, дури и полот, конституцијата и висината на лицето имаат важни, ако не и одлучувачки влијанија на невербалната комуникација, но и на конечното создавање на впечаток за одредена личност или за нас самите.

За најважен аспект на невербалното однесување се смета визуелната интеракција, при што видувањето (степенот на визуелен пристап кон друга личност) е поважно од гледањето и контактот со очите, затоа што колку повеќе невербално однесување на другата личност може да се види, тоа повеќе невербални знаци ќе бидат достапни.

Изразувањето на емоциите преку изразите на лицето било проучувано многу порано од сите други видови на невербална комуникација. Според Дарвиновото мислење, различните изрази на лицето се развиле според различните способности на поедини врсти за опстанок (врстите кои можат да манифестираат страв имаат повеќе шанси за преживување). Се смета дека емоционалните изрази се вродени и, затоа, универзални за сите луѓе. Истражувањата покажале дека луѓето во сите делови на светот, во лабораториски услови, врз основа на изразот на лицето добро препознаваат шест примарни чувства: радост, тага, изненадување, страв, лутина, и гадење. Набљудувани заедно, вештините на невербалната комуникација се резултат на меѓучовечката прилагоденост, нужни состојки на шармот и општествениот успех. Лицата кои оставаат блескав впечаток во општеството, се вешти во следењето на сопствените изрази на емоции и способни се за емпатија со другите, значи, социјално се вешти. Меѓучовечката комуникација би била невозможна кога не би можеле да се протолкуваат невербалните знаци од другите луѓе и прикладно на нив да се реагира.

ВЛИЈАНИЕТО НА КОМУНИКАЦИСКИТЕ ВЕШТИНИ ВО ЛЕЧЕЊЕТО

Веќе споменавме дека комуникацијата помеѓу лекарот и болниот е најважна во медицинската пракса на патот до успешна дијагноза и лечење. Истражувањата јасно укажуваат на тоа дека комуникацијата и односот на лекарот и болниот се особено важни во грижата за болниот и имаат бројни влијанија на исходот на самото лечење, на задоволството од лечењето, соработката,

клиничкиот исход, квалитетот на животот,, сигурноста на пациентот, тимската работа, културолошката чувствителност, и смалувањето на бројот на поплаките на лекарската дејност.

Заради бројот на консултации во текот на работниот век, комуникацијата е најчеста вештина со која лекарот се користи во секојдневната работа. Се смета дека во четириесетгодишен работен век, лекарот просечно има околу двеста илјади консултации, што комуникацијата ја ставе на прво место во списокот на вештини со кои се користи во секојдневната работа. Со оглед на бројните предизвикувачки ситуации во медицинската професија, покрај интуицијата и искуството од особена важност е континуираната едукација на лекарот во комуникациските вештини. Тој мора да знае да се соочи со различните посебности на болниот, со најсложените медицински и социјални ситуации, а добра грижа може да пружи само ако го разбира болниот во неговиот посебен животен контекст. Комуникациски успешните лекари создаваат осмислени и добри односи со различната структура на личноста на болниот и во различни ситуации, со однос втемелен на разбирање и почитување на човечкиот живот и достоинство.

Во едукацијата и примената на квалитетна комуникација во медицината, важно е, меѓу другото, да се препознаат потребите и особините на личноста на болниот, клиничарот и сите други субјекти како и нивните меѓусебни односи, да се развијат вештини кои секогаш ќе ги интегрираат биолошките, емоционалните, социјалните и духовните компоненти во здравјето и болеста, да се истражуваат подрачјата на комуникациските вештини со користење на сознанија од други дисциплини (филозофијата, теориите на учење, менаџмент), постојано да се промовираат соработнички, партнерски односи на клиничарот и болниот, учителот и ученикот и другите, и постојано да го нагласува почитувањето на човекот како единствено човечко суштество со достоинство и автономија.

Во западниот свет комуникациските вештини во медицината се изучуваат во текот на целите студии и постојаното усовршување, и тоа најчесто со учење во мали групи со играње на улоги, интервјуа со вистински или симулирани болни (лаици и актери). Во процесот на интензивен развој на истражувањата едукацијата и примената на комуникациските вештини во медицината, основани се меѓународни и национални организации кои се бават со комуникација во здравството. Една од најпознатите е Американската академија за комуникација во здравството, која веќе неколку десетлетија се бави со истражување, евалуација и примена на најдобри модели на комуникација во здравството. Познато е и Европското здружение за комуникација во здравството (ЕАЦХ), кое во 2001 година го основале најпознатите стручњаци од осум европски држави, кои бават со комуникација во медицината. Ова здружение со текот на времето развило неколку изразито активни мрежи на професионалци на три подрачја : едукација (Т-ЕАЦХ), истражување (Р-ЕАЦХ) и публикација (П-ЕАЦХ). Целта на здружението е да се хармонизираат и подобрат наставните програм, истражувачките проекти и публикациите од областа на комуникацијата во медицината во цела Европа. Од општ интерес е да се подигне европското ниво на комуникација во медицината, затоа што „ системот е јак колку што е јака најслабата алка „ . Задоволство е да се истакне дека три претставници од Хрватска се вклучени во работата на европската група за едукација во комуникациските вештини. Тоа сигурно ќе помогне во развојот на квалитетни програми за едукација во комуникациските вештини во додипломската и постдипломската настава, како и во постојаното усовршување на лекарите и другите здравствени професионалци.

НЕВРОБИОЛОШКИ АСПЕКТИ НА КОМУНИКАЦИЈАТА ВО МЕДИЦИНАТА

Во експанзијата на истражувањето на подрачјето на невронауката, има низа проекти кои се однесуваат на истражувањето на невронските кругови, хормоналните одговори, физиологијата на телото, однесувањето и субјективното искуство кои лежат во подлогата на емоцијата. Истражувањата вклучуваат и невробилошки процеси поврзани со вербалната и невербална комуникација, емпатијата, довербата и особено истражување на плацебо и ноцебо ефектот. Најважно “емоционално јадро” на мозокот е лимбичкиот систем, посебно поврзан со емоциите и расположението. Амигдалата има централна улога во организацијата на емоционалното и телесно искуство, додека хипокампусот е одговорен за свеста, логиката и социјалното функционирање. Денеска, на пример, знаеме дека голем дел од невербалната комуникација е одраз на случувањата во лимбичкиот систем, а невербалните знаци и сигналите од надвор влијаат на реакциите во лимбичкиот систем многу по отворено и посилно отколку зборовите. Така луѓето, со оглед на лимбичкиот систем и кортексот, се нај емотивна и нај интелектуална врста на Земјата. Додека кортексот го содржи нашиот модел на реалност и анализира што постои надвор од нас, лимбичкиот мозок ја детерминира важноста на таа информација. Хипоталамусот, клучниот играч, учествува како медијатор во невербалното однесување низ ретикуларното јадро и мозочното стебло. Кога е разбудено, ретикуларното јадро ги следи (имитира) и церебралните и спиналните кругови. Исто така, зборувајќи за невербалната комуникација, неизбежно се доаѓа до односот УМ - ТЕЛО. Сознанието за мозокот како за когнитивен компјутер е општо прифатено, но важно е да се напомене дека кај емоциите мозокот функционира независно од телото. Мнозинството од емоциите, ако не сите, го вклучуваат богатството од телесни реакции, што не е случај со когнициите. Тоа и е причина зошто когницијата е толку моќна, таа допушта флексибилност и одлучување за тоа како да се реагира во одредени ситуации. Во случајот на емоциите, одговорот на телото е интегрален дел од целокупното процесирање. Како што Вилијам Џејмс, таткото на американската психологија, запишал, тешко е да се замислат емоциите без нивна телесна експресија.

Плацебо ефектот има доста амбивалентна репутација, затоа што од една страна е интересен клинички феномен, а од друга страна е поврзан со, евентуално, лош терапијски процес, етички прашања и слично. Истражувањата сепак укажуваат на тоа дека плацебо ефектот е присутен и битен и дека може да се користи како успешен дел од бројни лечења, применувајќи усмерени комуникациски вештини.

Затоа истражувањата на односот лекар - пациент и истражувањата на плацебо и ноцебо ефектот се повеќе се интегрираат во правец на истражувањата на улогата на комуникацијата во плацебо и ноцебо ефектот. Со цел на контрола на плацебо ефектот се развила нова методологија, се до појавата на рандомизирани контролирани студии, иако сите во исто време избегнувале да се бават со истражување ин а едното ин а другото. Од друга страна постојат бројни трудови кои покажуваат дека плацебо ефектот е реален и, често, важен и тоа во лечењето на медицински необјасливи симптоми, затајување на срцето, шизофренија, болка, депресија и друго.

Низ историјата лекарите биле свесни за учинокот на “себе како лек, нивната сила за исцелување” дури и без друг ефикасен лек. За тоа дека “љубезноста на лекарот” може да доведе до позитивна промена кај пациентот, пишувал уште пред 2400 години Хипократ, а тоа е поврзано со тоа што од тогаш се вика умеење на медицината кое се однесува на добро однесување пред болничкиот

кревет и комуникациски вештини кои сите медицински лица мораат да ги имаат. Во 1957 година Мајкл Балинт го опишал лекарот како најпотентен лек и го префрлил фокусот од лечењето на начинот на лечењето. Во следните десетлетија многубројни стручњаци и организации предупредувале на влијанието на односот помеѓу лекарот и болниот на здравјето на болниот и ги поттикнувале истражувачите да ги истражат механизмите преку кои тоа се одвива. Токму фактот дека комуникациските вештини станале обврзен и важен дел од едукацијата на студентите на медицинските факултети ја покажал централната улога на комуникацијата помеѓу лекарот и болниот во пружањето на успешна нега. Постојат и бројни емпириски показатели за тоа дека комуникацијата лекар - пациент има улога во ефикасноста на негата било преку директно намалување на стресот и анксиозноста или индиректно влијаејќи на соработливоста на болниот, самоефикасноста и задоволството. Денеска улогата на комуникацијата лекар - пациент во плацебо ефектот станува важна природна цел на истражување што е ветувачки. Се повеќе се доближуваме до спознавање на механизмите на плацебо ефектот од кои најмногу се истражува кондиционирањето, манипулацијата со очекувањата и влијанието на афективната состојба и степенот на стресот. Така комуникацијата лекар - пациент како “нов агол на гледање на плацебото” добива централна улога, затоа што се знае улогата на комуникацијата во изградбата на односите како ив о дијагностичкиот и тераписки процес. Овој замав во истражувањето на плацебо ефектот по пат на комуникациски вештини посебно настанал со развојот на лабораториите за комуникациски вештини во кои со современи техники можат да се истражуваат овие ефекти.

Заклучок

Адекватната комуникација помеѓу лекарот и болниот претставува особено важен аспект во процесот на лекување. Но не смее да се заборави ни важноста од комуникацијата помеѓу членовите на тимот кои учествуваат во тој процес. Поголемиот дел од комуникациските пораки (повеќе од 70 %), се пренесуваат по невербален пат, па затоа посебно е важно да се води сметка за начинот на пренесување на информациите и ускладеноста помеѓу тоа што се говори и тоа како се говори. Комуникацијата е вештина и како таква може да се усвојува и развива. Развојот на невронауката и психологијата довел до многубројни сознанија за тоа како луѓето учат, комуницираат и се разбираат еден со друг и како промената на начинот на разговарање со болниот влијае на задоволството и исходот од лекувањето и степенот на соработка со болниот.

ИСТРАЖУВАЊЕ НА КОМУНИКАЦИЈАТА ПОМЕЃУ ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ И БОЛНИОТ - ШТО, КАКО, ЗОШТО?

ТЕОРИЈА НА КОМУНИКАЦИЈАТА: ЗОШТО Е БИТНА?

Прв значаен допринос во теоријата на комуникацијата во медицината дал Парсонс во своето класично социолошко дело “Социјален систем” дефинирајќи го односот “лекар – пациент” преку активната положба на лекарот како универзален, афективно неутрален и специфичен во своето дејствување без оглед на значењето на другата страна на овој однос. Болниот заради болеста, ги губи повеќето социјални улоги и се става во пасивна положба во однос на лекарот, положба на медицински објект. На пример измислениот Петар Петровски не е дефиниран како Петар Петровски со сите свои индивидуални особености туку како ХЦЦ односно како Хепатоцелуларен карцином. Оваа социолошка теорија креирана е во “златното време на лекарите” кога медицинскиот персонал не бил подложен на критики па улогата на лекарот не била општествено преиспитувана. Но, промената на медицинскиот систем со влегувањето на осигурувачките здруженија, приватни односно државни, со се поголемата достапност до информации со што медицинското знаење губи на ексклузивитет како и со зголемен конзумеристички став на болните, овој однос доживеал радикални промени кои денешната медицинска наука во комуникацискиот однос се обидува да ги дефинира.

Првите две студии кои оваа тематика ја вовеле во подрачјето на емпириската медицинска наука биле Коршиновата и Негретовата студија на примерок од родители на педијатриски пациенти, и покажале можна поврзаност помеѓу неадекватната комуникација, недостатокот од информации и соработката со родителите. Исто така и Бајроновата и Лонговата студија заснована на 2500 аудио записи за интеракцијата лекар-пациент која покажала преовладување на комуникација и однос сосредоточени на лекарот а не на болниот. Оттогаш дошло до своеврсна експлозија во истражување на ова динамично подрачје, но и покрај методолошкиот напредок (можност за видеозапи, развој на нови електронски медиуми, можност за неуроимаџинг метода), на ова подрачје и понатаму се доминантни две теории: анализа на процесот на односот лекар - пациент и микроанализа на наведениот однос.

Балес строго го поделил односот помеѓу лекарот и пациентот врз основа на целта. Првиот дел од односот се темели на однерсувањето усмерено на решавањето на медицинскиот проблем. (“Докторе, веќе три дена ми тече носот. Господине постојат добри капки за вашиот ринитис кои сигурно ќе ви помогнат”) Другиот дел од односот се темели на емоционалното и општествено однесување. (“Докторе, кога ќе оздравам па да можам повторно да работам? Знаете како е...ќе се вратите на работа по една недела, не грижете се”). Наведената теорија е обликувана во Ротеровиот систем на анализи на односи (РИАС според англискиот „**Ротер Интеракцион Аналсис Систем**“), досега најискористениот прашалник со кој испитувачот означува различни

категории (вкупно 39), на односи лекар-пациент во различни ситуации на комуникација. РИАС досега се покажал како супериорен над останатите пристапи заради можноста на прибирање на квантитативни податоци, статистичка обработка и можност за поопштување на резултатите на слична популација. Но треба да се истакне дека постојат и одредени критики кон оваа методологија. Најголемата замерка се сведува на губењето на контекстот на интеракцијата. Секоја интеракција се засновува на низа различни, често подсвесни, аспекти, од мимика на лицето, движењето на рацете, она што останува неизречено или зошто воопшто некој проблем е изречен (социјален, морале контекст). РИАС-от ги занемарува тие суптилни карактеристики во интеракцијата и ги соголува интеракциите на методолошка, полесна но во секој случај недоволна дихотомија.

Како одговор на наведената методологија, со потпора во антропологијата и етнографијата, се појавува микроанализата, основана во Мишлеровиот труд “Медицината како дискурс” која на многу мали групи ја анализира невербалната комуникација, тонот на гласот, мимиката, држењето на телото и донесува претежно квалитативни заклучоци од опсервацијата заснована на родните и социјалните улоги во односот лекар-пациент. И покрај бројните студии кои го употребувале наведениот начин во истражувањето на односите, микроаналитичкиот пристап страда од класичниот проблем на репродуцирање на резултатите на слични групи, интерпретација на податоците, малиот примерок и малата моќ на истражувањето. Наведените методолошки проблем, за сега, оневозможуваат генерализација на спознанијата добиени со микроаналитичката метода.

Во рамките на овие две наведени методологии се отцртуваат и две различни теории на односот лекар-пациент, заради различните акценти и потпори на кои се темелат. Секое истражување би требало да се обиде да ги надмине наведените проблеми, од кои секоја од овие методологии страда и да ги избегне “екстремите” кои РИАС и микроанализата ги нудат. Додека РИАС е посеопфатен, микроанализата е поспецифична. Но досега, за жал, не се појавил ни еден теоретски правец кој би ги обединил позитивните страни на овие методологии со минимизирање на нивните негативни страни.

КАКО ДА СЕ ИЗРАБОТИ МОДЕРНА СТУДИЈА ЗА ОДНОСОТ ЛЕКАР-ПАЦИЕНТ?

И покрај бројните студии кои во последните 30 години се бавеле со истражување на комуникацискиот аспект лекар-пациент, многу автори истакнуваат дека, за жал, модерниот комуникациски пристап на медицината на 21 век повеќе е заснован на идеолошки (и покрај постмодернистичката смрт на идеологијата, што зборува за своеврсната тромост на медицинскиот систем) и политички смисол на медицинскиот систем како реакција на промените кои се случиле од Парсоновиот златен период на медицината и довеле до медицински конзумеризам и одбрамбена медицина, отколку што се втемелени на докази (медицина заснована на докази). Кинмот и соработниците, кон крајот на 20 век, предизвикале вистинска бура на тоа подрачје со проспективната рандомизирана студија на болни од шеќерна болест од типот 2, која покажува дека, и покрај подобрувањето во комуникацијата и подобриот квалитет на живот, интервенциската група има поголемо ниво на триглицериди и поголем индекс на телесна маса отколку контролната група. И покрај методолошките недостатоци на наведените студии, таа предупредила дека втемеленоста на докази е еден од неразјаснетите проблеми на медицината усмерена кон болниот. Де Хаес и Бенсинг, 10 години по оваа студија, истакнуваат дека проблемот

и понатаму останал ист, односно дека повеќето од студиите од ова подрачје се со просечна природа и лошо дефинирани исходи, ако воопшто ги има, па влијанието на комуникацијата на процесот на лекување и понатаму е непознато.

Мнозинството на метаанализи од наведеното подрачје, вклучуваат мал број на студии и истакнуваат дека повеќето од нив имаат неадекватна структура и бројни методолошки недостатоци. Модерната медицинска студија која се бави со влијанието на комуникацијата на здравјето, по дефиниција би требало да биде со проспективна природа. Може да биде во облик на клиничко рандомизиран експеримент кој би ја тестира комуникацијата како интервенција. На пример, после адекватна обука на група медицински работници во поедини видови на комуникација со пациенти од давање на адекватни информации за лекувањето и болеста, давање социјална и емоционална поддршка, би се спровела рандомизација на болните во две групи. Со првата група би работел персонал едуциран во комуникацијата како интервенција, додека другата група би била контролна со која би работел персонал кој не ја поминал наведената едукација. Учинокот на наведената интервенција може да се мери со краткорочен, среднорочен и долгорочен исход на квалитетот на живот. Но при тоа доаѓа до дополнителни проблем во дефинирањето на поимот исход и времето во кое тој се очекува. Теоријата на исходот во истражувањето на комуникацијата добива се повеќе на важност. Стрит и соработниците го делат исходот на првичен, интермедијален и здравствен, додека Хаес и соработниците го делат исходот од комуникацијата како резултат на моментална, среднорочна и долгорочна интервенција по моделот на шесте функции на комуникацијата : одржување однос, собирање информации, давање информации, донесување на одлуки, одговор на емоциите на болниот и овозможување однесување соодветно на болеста и процесот на лекување. И покрај постоењето на различни постапки при кои болните и здравствените работници го оценуваат квалитетот на комуникацијата, се препорачува сепак да се употребува РИАС како појдовна точка во истражувањето, додека самиот исход може да биде мерен во различни варијабли на конкретниот медицински проблем па се до самиот квалитет на живот.



ОДНОС ЛЕКАРИ ПАЦИЕНТ Забележав дека пациентите сесамобројеви или случаи. Цироза, анеуризми и сл. *Можеби е тоа по лесен начин за лекарот да се одбрани од своите емоции кои можеби ги развиле како подобро се запознал со пациентот, а можеби и така научил од своите учители”.*

(студент пета година) Моите размишлувања и очекувања кои се однесуваат за посетата на психијатраповрзани се менуваат и идеите кажа на помош како на пациент, во главно се однесува на помош и очекувања да ми биде подобро.

Стојам позади тоа мислење и очекувања дека тоа е добро замена и дека лекарот поленеко е во време кога научиш и мисли.

Истоп така, безобзир на бројот на пациенти, лекарот ќе ја знае мојата историја на болест.

Поради оваа причина не сакам да го менувам изборот на лекари кои чекувам дека истиот ќе ме лекува колку е потребно без разлика на временскиот период. Кога доаѓам на контрола, чувствувам потреба да поминам одредено време со лекарот и истиот да одвои максимално време за мене.

Свесен сум дека тоа не е возможно секогаш многу мизначи истиот да биде добро расположен и заинтересиран за мене и мојот случај. Сакам со лекарот да однесам взаемна доверба и кога ќе го сретнам надвор од редуцираната ме препознае. (Г.Б, пациент кој има ПТСП)

Односот помеѓу пациентот и лекарот е комплексен процес во кој се развива тераписки однос,

при што лекарот покрајempatскиот пристап ги проценува индивидуалните потреби на пациентот, му дава потребни информации и можност на избор во лечење и рехабилитација.

Веќе првото нивно среќавање е пат кон развојот на добар или лош однос и нивни интеракции вклучуваат очекувања од двете страни.

Ако лекарот или пациентот имаат нереални/или спротивставени очекувања или постојат други фактори кои ја нарушуваат добрата клиничка проценка, никогаш нема да се развиве успешен однос.

Односот помеѓу лекарот и пациентот претставува ли ќе претставувава женобликна меѓу човечка комуникација која се одвива преку суптилни емоционални и интелектуални релации и воистота многу важно почитувањето на особините на личност на лекарот и на пациентот. Вонисторијата, односите помеѓу лекарот и пациентот се менуваат бидејќи нивните емоции и биолошки реакции се различни.

Истите биле независни од социокултуралните фактори и од можностите на технолошкиот развој на медицината во поедин период.

Во минатото вертикалниот однос помеѓу лекарот и пациентот вклучувала апсолутен авторитет на лекарот за животот и смртта за пациентот, така да некоеј начин лекарот бил “господин облечен во бело” додека пациентот бил објект од кој се очекувало пасивно слушање на дениципатства.

Најчесто,

дискутирани се дијагностичките и интимните детали за пациентот помеѓу колеги на латински јазик.

Традиционален поглед на однос лекар-пациент со содржливо Платоновото писмо на лекар,

во кој лекарот го прегледува пациентот,

а послето а прегледува на одни дава препораки на пациентот и лекарот.

Тој однос може да се разгледува во рамките на старисоциопсихолошки концепт како социјална интеракција типична за состојба на зависност и претпоставува зависност на ивниот пациент од стручен лекар, при што пациентот има подредена улога.

Овој патерналистички модел е строго рационален и не го зема во обзир фактот дека реакцијата на професионалниот здравствен работник како одговор на проблемот на пациентот може да биде подвлжаниенеса на рационалните и строго професионалните куиподемоционалните и социокултурните елементи .

Овој социјално прифатен патерналистички однос доминира во тек на овој век со релативно мали модификации се до средината на минатиот век, кога поради многу бројни социокултурни промени доаѓа до еспанзијана нов модел на однос помеѓу лекар и пациент а во текот што следикенаведе менекој од нив.

Најшироко прифатен модел на однос помеѓу лекар и пациент ја поставил Пеарсонс (1951) кој го развива моделот на социјални улоги и евосклад со својата концепција на социјално разбирање на здравје и болест ја дава следната дефиниција на здравје:

“Здравје е состојба на оптимална способност на поединецот за физикасно извршување на улоги и задачи за кој е социјализиран”.

Пеарсонс ја опишува состојбата на болест како девијација на поединецот од неговата нормална социјална улога, т.е. како отстапување од нормата. Потој модел, лекарот е извршител на друштвен контрол кој се грижи за намалување на отстапувањето на поединецот од вообичаените норми на однесување кој се прифатени во одредено друштво, затоа што болестта доведува до пореметување во основните социјални институции како што се семејството, производството и сл., а од кој зависи преживувањето и благосостојбата на општеството.

Пеарсонс спомнува четири основни карактеристики на однос помеѓу пациент и лекар: поддршка, толеранција, манипулација со наградни одбивања и на реципроцитет. Поткрепа сеочитува во спремноста на лекарот да му помогне на пациентот и спремноста на пациентот да се елечи, со взаемно сваќање дека тоа е водносопривремен карактер (само додека трае болеста). Толеранцијасеочитува во дозволување на пациентот да да ги покаже своите чувства и желби, што не бимубило дозволено во не терапискиот однос.

Преку манипулација со наградит. епофалбиза “добро здравствено однесување” лекарот го насочува пациентот кон облици на здравствено однесување кои водат кон излекување.

Одбивањето на реципроцитетот лекарот создава асиметричен однос помеѓу себе и пациентот, одбегнувајќи сам да ги преживува сите чувства на пациентот и одржување на дистанца како биможел да свати своите емоции.

Пеарсоновиот модел се смета за еден од највеќе применуваните модели на однос во медицината. Меѓутоа, радикално се менува односот кога пациентот кесе хоспитализира во болница а тогаш автоматски станувачлен на нова социјална структура со хиерархиски правила кои владеат во болницата.

Во психодинамскиот модел психоаналитичарот Мајкл Балинт се залага за подлабока и потполна дијагноза опишувајќи ја улогата на лекарот како лекинеговата едукативна улога и за постолска функција.

Иако моделот е развиен од семинар со лекари по општа медицина кои примарно се занимавалесопсихосоматски проблеми, истиот има применавосите интеракции на лекарот и пациентот, бидејќи емоционалните, психосоцијалните и моралните темисеприсутни во теклинички ситуации.

Но овој модел е предложен пред периодот во кој најголема гласокбил ставена анатомијата на пациентот, така да има потреба од адаптација на овие социјални феномени како биможел да се применат во моменталните околности.

Истотака овој моделот треба да се вклучи и одговорност на пациентот и лекарот во употребата на друштвените средства.

Познат моделот на Емануели Емануелко и на односот гледаат како на конфликт помеѓу автономијата на пациентот и здравјето и помеѓу вредноста на системот на болницата и лекарот.

Опишуваат четири форми на однос: патерналистички, информативен, интерпретативен и однос по договор.

Симптомите и типот на пореметување во влијаат врз односот на лекарот и пациентот што инајвеќе е прифатено во моделот на Шази Холендер (1956),

кој истакнува дека формите кој едносот може да го има се присутни во другите човечки интеракции, но единственото чинат специфичните техники или ситуации каде што односот се одвива.

Спрема ова гледиште, односот може да има активно-пасивна форма, може да постои однос на сочлен кон соработка или формана заедничко чувство.

Моделот на активност и пасивност скоро идане е интерактивен,

бидејќи се случува кога пациентот е потполно беспомошен на лекарот нешто превзема поради негово лечење. То е состојбина најдобро илустрира такутнисостојбинатешки повреди, делириј, кома и сл., во кој пациентот нема никакво влијание на неговото лечење и потполно е беспомошен.

Овој однос е сличен на односот на дете и негово родителот.

Моделот на насочување и соработка се случува кога пациентот не е потполно беспомошен, свесен е што се случува со него,

може да ја разбере постапката на лечење и да се придржува на упатствата која му се упатени од страна на лекарот.

Овој модел е најприсутен кај пациентите кои сенаогаат во полесни акутни состојби и несе беспомошни.

Улогата на лекарот е патерналистичка и контролира чка додека пациентот е независна положба и прифатасе што му е препорачано од страна на лекарот.

Моделот може да се компарира со односот на родител на адолесцент,

кога родителот знае што е за детето на најдобро додека задачата на детето е да се придржува на упатените совети (или однос учител и ученик).

Модел на взаемно учествување се базира на претпоставката да во односот лекар-пациент постои еднаквост помеѓу учесниците.

То е случај кога лекарот и пациентот заедно активно учествуваат во лечењето на болеста на најчестомоделот се користат хроничните пациенти кога пациентот по времено доаѓа кај лекарот по совет,

лекарства и лина контролен преглед,

при што пациентот и лекарот се договараат за можна најдобро постапки кои спаѓаат во понатамошното лекување.

Поголем број од овие модели покажуваат сличности,

затоа што опишуваат различни точки во балансот помеѓу односот на активност-

пасивност каде што двестранивно суваат во тој однос и степен во кој лекарот дозволува неговото вредносно расудување во влијае врз донесување на неговата конечна одлука.

СОВРЕМЕНИ ПОГЛЕДИ НА ОДНОСОТ ПАЦИЕНТИ ЛЕКАР

Актуелната состојба на односот пациенти лекар настанала од различни развојни трендови. После Втората светска војна медицински гледано ужасот на нацистичкиот режим експериментирање со луѓето принело наистакнување на правото на пациентот за автономија и самоопределување што во последните триесет години стана главно одредница во медицинското одлучување.

Претходно наведено доведе до информативниот модел на односина Емануели Емануел. Денестреба да се анализира новиот социјален контекст на здравствена заштита во секуларниот, плуралистичкиот и демократското општество, каде што индивидуалната автономија е се повеќе битна каде што е поголема тензија таа помеѓу лична автономија и зголемените трошоци. Таканпр.

Енгелхардт препознава дека старата Хипократова тријадалекарот, пациентот и пореметувањето се променила во пентада со можност за избор на третман и социјално влијание како нови фактори.

Така современата медицина е соочена со низа предизвици кои влијаат на односот лекар и пациент и сенаог анаголема раскрсница поради низа фактори:

стабилен раст на концептот на индивидуална слобода и автономија, драматичен научен технолошки развој на медицината, преместување на медицината од релативно елитистички концепт во демократски со начело на универзална достапност на здравствена заштита, но истовремено сознание тоа ограничност на општествени средства за здравствена заштита доведе до потреба за ограничување на трошоците на истата.

Новата информациска технологија има поголемо влијание врз здравството. Таканпр, лекарите покрај размислувањето за тоа што е онај голем интерес на пациентите мора да размислуваат за интересот на здравствените реформи со целна гаранција на универзален пристап до здравството во склоп на општествениот буџет.

Лекарите не можат повеќе да ги лечат пациентите без ограничувања на тоа влијаат многу бројни надворешни фактори.

Традиционалниот однос помеѓу лекарот и пациентот не повратно се менува и истиот е под големо општествени, филозофски, економски и социјални влијанија. Актуелно во овој период, најприфатени највредни во модел на однос е модел на взаемна соработка.

МОДЕЛ НА ВЗАЕМНА СОРАБОТКА

Комуникација помеѓу пациентот и лекарот мора да биде базирана на взаемно разбирање во грижливи динامي чен одноској постојано се развива и го вклучува целото семејство на пациентот.

Потребна карактеристика на овој однос треба да биде едуцирана автономија на пациентот и негова одговорност поддржана со делување во интерес на пациентот, довербата и степенот на сочуввање и водење со едукативна улога на лекарот.

Едуцираниот и договорен лекар и пациентот мора да го земат во обзир прикладноста на искористување на друшвени ресурси. Односот делува можда идеалистички, но потребна е постојана едукација, прифаќање и разбирање на разни субјекти.

Треба да се осигура времето за едукација на пациентот и во исто време да се промовира одговорноста на пациентот во донесување на неговите одлуки.

Едуцираниот пациент ќе практикува подобро здравствени навики и така ќе ги редуцира здравствените тр

опшоци. Лекарот примарно треба да биде насочен кон пациентот, но и да го едуцира за прикладна здравствена заштита како пациентот потполно би бил информиран за донесувањенанеговите одлуки.

Ова е основата за воспоставување партнерство помеѓу лекарот и пациентот во секое општество кое може да обезбеди засочување основата на терапискиот однос и да влијае на развој на здравствениот систем во кој е обезбедена оптимална грижа за сите граѓани со одговорност спрема социјалните ресурси.

Вота е смисла сè за да се заборава однос на партнерска работа.

Лекарот треба да заборави на патерналистичкиот пристап кон пациентот кој секој век е застапуван во медицинската пракса со тоа и (пот) свестаноструката. Етичко-правните барања на современата медицина не можат повеќе да се замислат без информираниот пристап. Во тој контекст европските здравствени системи доживеале “револуција на правото” во текот на последните дваесет години.

Управувањето со здравството се преместило од донесување на одлуки на највисоко ниво, колективни решенија и “општеството пред поединецот” на заштита на автономијата и индивидуалноста кој пациентите вклучуваат на пациентите и граѓаните на различни нивоа во процесот на донесување на одлуки. Концептот на информативната согласност како јанесезна елово осумдесетите години на минатиот век ден е сè смета за основна начелна секоја легитимна здравствена организација.

Информативната согласност е слободна дадена согласност на поединецот кој ја изведува медицинската постапка, кој се оснива на соодветно познавање на смислата, природата, последиците, користа и опасноста на постапка.

Информативната согласност се однесува на два основни типа на медицински постапки:

оние кои се во врска со лечење (дијагностика, тераписки постапки, оперативни постапки итд.) и оние во врска со биомедицински истражувања.

Две клучни елементи на овој поим се информациите кој ги дава лекарот

(во одредени случаи друг здравствен работник) и согласноста кој ја дава пациентот (или негова законска застапник). Информацијата пред сè мора да биде целосна и да сè темели на факти.

На пример, ако лекарот постави една дијагноза кој ја дозволува различни облици на лечење, пациентот мора да биде информиран како се врши секој начин на лекување, кој се предностите кој кризите на постапката и како е прогнозата. Понатаму,

на пациентот информацијата треба да му биде кажан на соодветен начин кој одговара на негова способност на разбирање, со минимална употреба на непознати стручни изрази.

Пациентот на своје барање има право да назначи наместо него одредена личност да биде информирана.

Информацијата може да не биде кажан на само ако би имала негативни последици врз пациентот и исклуче на неможност за било каков позитивен ефект.

Согласноста е валидна само ако пациентот ја разбрал претходно упатената информација.

Ако станува збор за дете,

зачинот е тешки душевни потешкотии или за личност кој е сè наоѓаво таква здравствена состојба да не може да самостојно одлучува тогаш согласноста ја дава лице кое е законска застапник на пациентот (родител, старател, најблизок член од семејството).

Во секој случај согласност треба да биде послободна во љана пациентот.

Ситуациите кои не дозволуваат чекање на согласност (итн. случај во кој е загрозен пациентот) лекарот самостојно ја донесува одлуката во дено претпоставката што е најдобро за пациентот.

Во овој контекст, согласноста е нов код во праксата во медицинската професија,

предизвикано од промените во општеството.

Во ведување на категоријана информирање на согласност во легислативата е една од најзначајните промени во односно помеѓу лекар и пациент така што пациентот престанува да биде објект на тераписки интервенции и станува субјект на партнерските фази на дијагностичкиот и терапискиот процес.

Освен тоа информативната согласност има улога да го заштити лекарот.

Ако пациентот активно учествува во процесот на однесување одлучувањето е помала одговорност на лекарот. На крај, ако почитувајќи го концептот на само одредување и автономија на човекот, пациентот сакаме објект на лечење да го претвориме во негов субјект, институционална информативна согласност потребно е и понатаму да се развива како едно од темелните права на пациентот.

Во обзир треба да се земат специфичните услови во транзициските земји.

Во земјија поминаваат промената од патерналистичкиот модел во модел основан на автономија на пациентот, што е комплексен процес.

Практиката на имплементација на информативната согласност кај нас не е во вклопување во легислативата со сите транзициски земји.

Не веднаш е многу јасно земајќи во обзир дека споросеменуваат социокултуралните околности.

Традицијата да се исклучи пациентот стара е илјада години, а движењето кое промовира учествување на болниот во медицинските одлуки стара е неколку децении. Заклучно може да кажеме дека патерналистичкиот однос е застарен, неадекватен и често контрапродуктивен во денешното социјално општество во кое пациентот активно учествува во сите фази на сопствената болест. Битен е партнерски однос во медицината со нагласок на почит кон автономија на болниот, но тој процес се уште не е дефиниран во Хрватска, односно во транзиција помеѓу „активен-пасивен“, однос па се до однос на партнерство.

МЕДИЦИНА ОРИЕНТИРАНА КОН ЛИЧНОСТА

Денес се повеќе зборуваме за медицината ориентирана кон личност која прифаќа психолошко, телесно, социјално и духовно во здравје и болест. Најраните корени на медицината кои се ориентирани кон личност присутни се уште од старите цивилизации како источната (нпр: кинеска, ајурведска) така и во западните (особено стара Грција), кои ставале нагласок на холистички пристап на личност, здравјето и болеста. Тој концепт е изразен и во дефиниција на здравје (СЗО, 1946.) како и во персонализиран пристап на здравствената заштита. На жалост, модерното развивање на медицината ги занемарил тие историски концепти и се фокусирал на болеста, су-перспецијализација и фрагментација на службата како и комерцијализација на тоа подрачје. Промените, на жалост, во целина го намалиле вниманието кон личност како природна цел медицинска научна пракса, како и на етички императиви кои промовираат автономија, одговорност и достоинство на секоја личност. Денес се истакнува враќање на „медицина ориентирана кон личност, кон човекот“, а не „медицина ориентирана кон болеста“,. Медицина ориентирана кон личност се залага за еднакви можности кон сите, особено во достапност на заштита, со нагласок на автономија и правата на поединецот на здравствена заштита. Тријада на клиничка заштита, етика и наука повторно се афирмира како најстара традиција на медицинската професија, со постојан нагласок на почитување на човечкиот живот и достоинство. Само личното искуство, интуицијата, емпатијата или талентот не се доволни за обезбедување на оптимална комуникација на лекарот, пациентот и семејството. Битна е едукација за

комуникациските вештини бидејќи со учење може да се унапредиме и да станеме подобар едукатор во медицината. Поради пациентот и лекарот потребно е да се воведат формална едукација за комуникациските вештини на сите нивоа и за сите здравствени професионалци. Се е во човековиот однос, во однос на човек и човек. Поради тоа мора да се истакнува таа битна компонента на лечење во која човекот на човек треба да биде лек.

4.

КАКО ДА СЕ ПОДУЧУВААТ КОМУНИКАЦИСКИТЕ ВЕШТИНИ ВО МЕДИЦИНАТА

Да се учи од постари лекари на Клиника нема никаков ефект, бидејќи истите не комуницирале многу со нас студентите. Секоја чест на исклучоци! Некои од нив ми покажале со своето однесување како доктор треба да се биде во однос на комуникација. Но, мислам дека тоа апсолутно не е доволно ако сакаме после завршување на факултетот да бидеме комплетни и комплетни како клиничари и како луѓе. Никогап нема да напредуваме ако постојано копираме однесување онакво какво сме виделе од други луѓе. (М.Л., 6 година).

Во текот на медицинските студии не научивме ништо за комуникациските вештини и во врска со тоа сме препуштени сами на себе. Тажно е тоа што предметот по комуникација е избран предмет. Овој предмет треба да стане составен дел на курикулот и тоа што порано! Решавање на конфликти и нашето носење со стресните ситуации исто така треба да биде задолжителен дел од едукацијата на факултет во склоп на предметот за комуникациски вештини. (Ф. Х, 6 години)

Потребно е повеќе труд во учење на комуникациските вештини од страна на лекарите на студентите. Ние студентите имаме волја да дознаеме за вештина на комуникација но првенствено лекарите треба ги поттикнуваат и развиваат тие вештини. Проблем е што кон медицинскиот факултет се пристапува како кон факултет по природните науки бидејќи во обзир се зема само болеста и најситните детали околу неа а се занемарува дека нашето идно занимање е составено и од хуманистички аспект, каде што на човекот треба да се гледа како личност на кој болеста е само еден дел од таа личност. (П.К. 6 год)

Работилницата за комуникациските вештини за мене беше корисна бидејќи е потсети на типовите на комуникација (вербална и невербална), реакции на луѓето како ги примаат лошите информации и барање на начин како тоа наједноставно да го усогласам. Би ја издвоил како една од подобрите техниката фи-схбозвл бидејќи поттикнува соработка и самоувид. Особено од оваа едукација ми беше корисно што стекнав увид во грешките што ги правев и повторував во комуникација со пациентот. Сигурно во иднина ќе го предвидам најпогодното време за пациентот и ќе му посветам повеќе време кога ќе треба да му ги соопштам лошите информации. Ќе се трудам и во својата средина да промовирам знаења кои сум ги стекнал на овој курс,(онкологи) Како треба докторот да разговара со мене? Децата особено се плашат од докторот, особено ако некој негативно и застрашувачки им објаснил постапката која се одвива кај лекарот. Затоа е битно родителите да соработуваат и да не ја претставуваат застрашувачки постапката како децата не би ја вклучиле својата фантазија и не би размислувале за силна и страшна болка. Најдобро е да му се каже на детето дека се ќе помине во добар ред и да додадете дека и вие самите како родители истото сте го преживеале и дека болката може да се поднесе. На прашањето упатено од страна на детето, што ќе му прават на лекар, наједноставно треба се каже дека ќе се направи мала анализа, но не смее даседава лажна надеж бидејќи детето во спротивно може да се преплаши и да го премолчи вистинскиот проблем. На првата средба со докторот истиот треба да биде срдечен и да му прави смешки на детето како детето би се опуштило. Битно е и на вакцината да се даде има како нпр: бубамара или жаба. Најпрво докторот треба да го праша детето дали се плаши и какви пораки му се упатени од дома на оваа тема. Ако му се упатени негативни праки на детето од страна на домашните огаш докторот ќе ја усогласи приказната ама ќе ја ублажи веќе кажаната последица и болка. Со тоа детето нема да ја изгуби довербата во родителот и ќе се чувствува подобро. Приказната треба да биде вистинита и помалку застрашувачка. Докторот треба да о праша детето дали му е ладно или е гладно и сл. После тоа мора да го праша за состојбата во семејството и пошироко. Гласот мора да му биде смирен и весел како би ги одалечил мислите од болката. Докторот мора да земе податоци за неговиот живот. После разговорот нека почен прегледот. Ако детето почувствува болка да пријави веднаш а

докторот ќе му најави дека се брзо готови. За време на прегледот докторот со некоја интересна приказна треба да го одвлече вниманието на детето. При завршување на прегледот треба да се упати вербална позитивна поткрепа, да се каже дека детето било добро и да му се даде бомбона или сл. (Рајна, 9 години).

Комуникација помеѓу докторот и пациентот се менувала со промена на релацијата доктор-пациент. Нпр: уште пред неколку векови професорите и учителите на медицинскиот факултет во нивна едукација на студенти приенувале стара традиционална пракса а медицинско интервју во кое лекарот не покажувал многу емоции и често пред студентите покажувал само „група на прашања кои се потребни за клиничко собирање на податоци,, со цел на разрешување диференцијално-дијагностички дилеми. Во тој контекст, не се водело грижа како се чувствува пациентот или студентот, а при земање на анамнеза воглавном се употребувале прашања од затворен тип. Нажалост, треба да бидеме свесни дек и денес некои лекари и студенти ги применуваат истите техники. Во 1970 години препознаено е дека квалитетот на комуникација помеѓу лекарот и пациентот како и помеѓу членовите на медицинскиот тим влијае на квалитетот на здравствена заштита. Уште од тие времиња почнало учење за комуникација на некои медицински факултети, но не постоеле методолошки квалитетни резултати од истражувањата за комуникациски вештини во медицината така да едукативните модули се развивале итуитивно со настанување а многу разнолики пристапи кои биле воглавно темелени на идеализмот и интуицијата. Понатаму во годините кои следеле биле направени многубројни истражувања за комуникациските вештини во медицината што создало и квалитетна основа за едукација и проверка на познавање и промена на комуникациски вештиникај стуентите и здравствените професионалци. Тоа подрачје станува една од медицинските вештини која се користи по принципите “медицина темелена на докази”.

Покрај тоа и развој на невронауката и психологијата довела до бројни сознанија во врска со тоа како луѓето учат, комуницираат и се разбираат помеѓу себе и како промената во начинот на комуникацијата со пациентот влијае врз задоволството, исходот на лечење и на соработливост на пациентот. Квалитетна комуникација помеѓу лекарот и сите останати членови од тимот важна претпоставка е за добро лекување на пациентот, така да наназад неколку години во едукација на сите здравствени професионалци големо значење се придава на комуникациските вештини. Спрема современите концепции, се смета дека знаењето, комуникациските вештини, телесниот преглед и способноста за решавање на проблеми се четири есенцијални компоненти на клиничка компетенција на лекарот и претставуваат бит на добрата клиничка пракса. Потполно е погрешна претпоставката дека добрите комуникациски вештини се незадолжителна компонента и нешто што е само потенцијална „додадена вредност,, бидејќи и покрај самото знаење па и добриот извршен телесен преглед на пациентот често изостанува успешност во лекувањето само поради неадекватна комуникација. Можеме да кажеме дека комуникацијата ја претвора теоријата во пракса додека начинот на комуникација подеднакво е важен како и она што му е кажано на пациентот. Како серија на вештини кој можат да се учат и вежбаат а не како особина на личност на лекарот, комуникациските вештини треба континуирано да се учат од почеток на студиите како и во текот на целото животно усовршување. Нажалост, понекогаш долгогодишното клиничко искуство може да биде многу лош учител на комуникациските вештини и да ги поткрепува

лошите навики. Комуникацијата треба да се подучува со идентичен пристап као и другите клучни вештини (нпр: телесен преглед на пациентот). Честите промени во природата на здравствената заштита и бројни нови предизвици на медицинска пракса бара да и многу искусни лекари во гранката на комуникација постојано да го надополнуваат своето знаење и вештините.

Потребни се специфични методи, подучувања за комуникациските вештини, со нагласок на учење на самите вештини а со цел постигнување на промена во однеување кај новите учесници во едукацијата. Предавањата и другите дидактички облици на настава нема да доведат до промена на однесување. Потребни се искусвени методи на учење кои вклучуваат опсервација и постојана евалуација. Когнитивно учење (теорија) и работа на ставовите се комплементарни пристапи темелени на вештините. Во последните десет години извршени се големи промени во методологија на истражувањата како и во теориските и концептуалните пристапи на комуникација во здравството, медицинската и едукациската пракса и во контекстот во кој комуникацијата се случува. Едукациските програми за комуникацијата станале задолжителен дел на сите нивоа на медицинска едукација во западните земји. Вкупната оценка на комуникациските вештини на студентите и лекарите станала задолжителна компонента на завршниот испит на дипломските студии на медицина, државниот испит и специјализациите. Дојдено е до голем развој на курсеви за сите наставници на медицинскиот факултет за учење на комуникациските вештини како предуслов за подучување на нбило кое медицинско подрачје. Основани се многубројни лаборатории за комуникациски вештини во светот со помош на примена на современа информатичка технологија. Присутна е и вистинска експлозија на истражувачки проекти, па само неколку години наназад се објавени неколку илјадници трудови за односот на лекар-пациент и медицинска едукација за комуникациски вештини. Во тој контекст се менувал и пристапот на учење на комуникациски вештини (а како резултат на многубројни истражувања, ускладување на програмата за медицинска едукација помеѓу поедини земји и идеи кои настанале во текот на спроведување на настава и во цел на нејзино унапредување). Се соединуваат, се поврзуваат и усогласуваат разни програми. Кога станува збор за модели на едукација на сите нивоа, треба да се истакне дека е потребно да се едуцираат и ученици и учители (фацитатори). Фацитаторите требаат помош во врска со тоа што треба да се подучува и како да се подучува, па потребни се посебни програми на едукација за нив. Оние кои учат (студенти, лекари) мораат да разберат како да се учи и што да се учи. Во тој процес тенка е линијата помеѓу учителот и ученикот. Учителите на комуникациските вештини континуирано во текот на својот професионален живот откриваат нови сознанија за комуникацијата, често учат од своите студенти, со постојано нови медицински предизвици и нова комуникациска технологија. Учениците често со текот на времето стануваат учители на комуникациските вештини на другите генерации на лекари, формално или неформално (како пример на своите студенти). Како што вика проф.Донатан Силверман *“Денес ниеден лекар неможе да ја избегне оваа одговорност”*.

Пристапи во развој на програма за едукација на комуникациските вештини.

Пристап темелен на докази

Верување за важноста на комуникациските вештини не е доволно за промена на медицинска едукација или клиничка пракса. Без докази дека едукација за комуникациските вештини влијае на последицата од лечење не доаѓа до промени во натрупани програми во настава на медицинскиот факултет и во трајната изобразба на лекарот. Затоа настанале бројни истражувања ширум светот кои се занимаваат со тоа подрачје користејќи ги принципите на медицината која е темелена на докази, а која упатува и на точен избор на комуникациски вештини кои требаат да влезат во програмот на едукација- се знае кои вештини може да доведат до промени во клиничката пракса.

Пристап темелен на вештини

Програм на едукација за комуникациските вештини мора да опфати три подрачја: вештини, ставови и поедини медицински проблеми (прашања). Но нагласокот е секогаш на пристап темелен на вештините како заеднички финален пат на целокупното учење за комуникацијата. Затоа клучните вештини (Цоре скилс) се од фундаментална важност. Кога клучните вештини ќе се совладаат во едукацијата, може да се тргне во учење на специфични комуникациски прашања и предизвици (нпр: лутење, зависност, соопштување на лоши вести и сл.). Многу минати програми на едукација после многу краток опис на клучните вештини брзо преминувало на учење на специфични прашања. Тоа треба да се промени, т.е добро да се научат клучните вештини. Исто така, нема потреба да се измислуваат нови вештини за секој нов проблем, туку во поедин медицински проблем ќе се искористат некои од клучните вештини со поголемо внимание и почесто од другите. Клучните вештини се основа за ефикасна комуникација на лекарот и пациентот во сите ситуации

Едукација на сите нивоа

Современи концепции за едукацијата за комуникациските вештини истакнуваат дека секогаш е потребно да се обединуваат програмите на едукација т.е да се користат ист принцип на учење и да се подучуваат исти клучни вештини на сите нивоа. Потребен е континуиран кохерентен програм на учење на комуникациски вештини, постојана проверка на вештини, претходно знаење и вградување на сознанија од нови медицински ситуации.

На тој начин студентот (или лекарот) се движи кон се посложени ситуации, но постојано повторува стандардни принципи и истите ги надоградува. Потребно е повторно да се истакне дека когнитивното знаење и читањето не можат да го заменат учењето добиено преку лично искуство во лабораторијата на комуникациски вештини, бидејќи текот на сиксуствените методи му помага на ученикот да потполн ги разбере што све вклучува секоја поедина метода, резултати на истражувања за влијание на поедина вештина на крајниот резултат на лечење и сл. Интелектуално разбирање може само да ја зајакне употребата на вештината и да го подржи развојот на ставови. Вештините кои се подржани од најголемите светски експерти во тоа подрачје подржуваат пристап ориентиран спрема пациентот (спрема личноста а не болеста) и пристап насочен спрема односот кој промовира соработничко партнерство помеѓу пациентот и здравствениот професионалец. Се покажало дека тој пристап има подобар резултат и за пациентот и за лекарот. Принципот на соработничко партнерство подразбира рамноправни односи помеѓу пациентот и лекарот и промена во рамнотежата на мокта од медицинскиот патернализам кон заедницата. Затоа се поттикнува учење на

комуникациските вештини која ќе ја зголемат способноста на пациентот да бидат повеќе вклучени во консултација. Тоа значи дека многу е битен самиот пациент, т.е. што тој може да влијае во интервјуте како би влијаел на комуникацијата и сопствената здравствена заштита. Пациентот не може да биде само пасивен примател на промени кои ги препорачува лекарот бидејќи и самиот има водечка улога во консултацијата. Се повеќе се истражува и влијание на личноста на самиот пациент и програмите насочени кон охрабрување на пациентот и нивна едукација како би биле повеќе активни во медицинското интервју.

ВИДОВИ НА КОМУНИКАЦИСКИ ВЕШТИНИ

Што се тоа комуникациски вештини? Дали може да се дефинираат индивидуалните вештини, кои заедно го сочинуваат медицинската комуникација и дека треба да бидат дел од едукацијата? Како овие вештини образуваат целина и дали ја менуваат комуникацијата помеѓу лекарот и пациентот? Типови на комуникациски вештини според Ц. Силверман се следниве:

Вештини поврзани со содржината – ШТО здравствените работници комуницираат - примарна тема на нивните прашања и одговори, информациите кои ги бараат и кои ги даваат, дискусија околу третманот;

Процедурални вештини – КАКО тоа го прават - начинот на кој се комуницира со пациентот, како да се добијат податоци за историјата на болеста или да му се дадат информации, вербални и невербални вештини кои се применуваат, како да се изгради однос со пациентот и начин на организирање и структурирање на комуникацијата (затворени и отворени прашања, поставување прашања ...);

Перцептивни вештини – ШТО РАЗМИСЛУВААТ И ЧУВСТВУВААТ – внатрешно донесување на одлука

Вештини за решавање на проблеми, ставови, свесност за чувствата и размислувањата во однос на пациентот, на болеста на пациентот и други поврзани прашања, свесност за сопствениот само-концепт и доверливост, грешките и дистракциите.

Содржинските, процедуралните и перцептивните вештини се поврзани и не може да се разгледуваат посебно едни од други па затоа во текот на интервјуте треба заедно да се следат. Содржинските вештини се изучуваат во голем број на предмети, исто така и перцептивните вештини (клиничко размислување и медицински аспекти на решавање на проблеми), а најмалку се учат процедуралните вештини и начинот како сите три се интерактивно поврзани меѓусебно. Поради тоа во новите програми за обука, најголемо значење треба да им се посвети баш на нив.

Процедуралните, перцептивни и содржинските вештини мора да бидат интегрирани во учењето како основни клинички вештини. Често, проблеми се јавуваат кога одделно се учат содржинските од процедуралните вештини, па така настануваат два конфликтни модели на медицинско интервју. Првиот е традиционалната историја на болеста (тоа е содржината на интервјуте, кога се зема историјата и причината за прием, односно главните поплаки, личната анамнеза, семејната анамнеза, социјалната анамнеза, историја за користење на лекови, присуство на алергии и др.) Друг тип на модел е “комуникациски модел”, како алтернатива рамка со листа

на вештини кои ги опишуваат значењето и целта на медицинското интервју, на развојот на односите, добивање на информации опишани во традиционалната медицинска историја и да дискутира за овие наоди и алтернативна терапија со пациентот. Ова е всушност процес на медицинско интервју. Погрешно е ако студентите тоа го сфатат како два модели кои се алтернативни, а не комплементарни. Проблемот е, на пример, кога студентите го користат првиот модел и при тоа користат исклучиво биомедицински процедури на добивање на информации. Исто така, значајно е да се нагласи и важноста на перспективата на пациентот кон болеста, која воопшто не мора да биде иста како на лекарот, особено не кај повеќе пациенти со иста биомедицински дијагноза.

Во еден од најпознатите модели на медицински интервјуа авторите укажуваат дека лекарот има пет (плус-минус) последователни задачи во медицинското интервју (започнување на интервјутото, собирање на податоци, физикален преглед, објаснување и планирање со пациентот и затворањето на средбата) и две симултани задачи (обезбедување на структура и создавање на однос со пациентот).

Постојат различни модели на едукација: предавања, демонстрации, индивидуална пракса, видеоприказ, индивидуална и групна работа со симулирање на пациенти (лаици или актери). Сепак, секогаш се препорачува набљудување и евалуација како најефикасен начин за учење на комуникациските вештини. Потребно е да познавате различни варијанти на евалуација и разлика измеѓу проценка на ставовите на студентите и на нивните вештини. Едно од поголемите прашања кое што сеуште е цел на постојани расправи е тоа како да му се овозможи на поединецот кој учи, да развие неговиот сопствен стил, со симултани задачи помогнати со тоа што сите студенти ги учат истите професионални стандарди. Најголемите експерти во секој случај, истакнуваат дека треба да се учи, да се покажува и да се инсистира на континуирано практикување на одредени вештини, но исто така и да се поттикнат студентите да ги дефинираат сопствените потреби и да им се овозможи креативно да се развијат. Ова е еден од предусловите за добар учител.

Како заклучок можеме да кажеме дека учењето на комуникациските вештини не е нешто што е незадолжително и “додаток на останатата едукација”, затоа што нивната правилна примена помага за ефикасноста во секојдневната практика. Комуникацијата ги премостува бариерите помеѓу медицината базирана на докази и работа со индивидуален пациент.

Затоа, неопходно е да се развијат задолжителни и континуирани едукациски програми за комуникациски вештини на сите нивоа на едукацијата на здравствените работници.

Преглед на комуникацијата во медицината

Јас сум човек кој сака да комуницира, интересни разговори и размената на информации е сегмент кој претставува важен дел од секој ден. Со пристигнувањето на Факултетот за медицина, јас се соочив со предизвик, кој сè наредно ќе ме комуницира во медицината. Со пристигнувањето на

клиниката, добивважна пора дека клучот за успешно лекување е земањето на анамнеза, односно треба да бидете способни да остварите квалитетна комуникација со личност која прв пат ја гледаш, со личност која е болна и во моментот фокусирана на нејзината болка. Комуникацијата во медицината е многу специфична, комплексна од една страна: бидејќи е многу структурирана и многу честомора да се држиш кон строгата “формула” со цел да се добијат сите информации. Ова е особено важно за студентите кои се почетници во областа на медицината бидејќи немаат искуство. Од друга страна лесно, барем на почетокот можете да се скриете позади таа структуриран разговор со цел да не ви гивидат сопствените неможности за да се добијат вистински информации, толку релевантна за секој пациент. Особено тука, некомпетентноста или можеби незаинтересираноста ја имам забележано кај толку многу од моите колеги, но и лекарите. Недостатокот навремен за одреден пациент, преокупацијата со други активности и своите грижи во главно не се изговоришто имам слушнато дека лекарите ги користат кога ќе почнат да зборуваат за оваа тема.” Лекарите треба да му овозможат на пациентот да се здобие со висока квалитетна дијагноза и третман, разговорот е нешто што некои се занимаваат во своето семејство.” Јас добив одговор од еден доктор на прашањето затоа колку време треба да разговара со неговите пациенти. Комуникацијата во медицина е масигурно и своја позитивна страна. Бев сведок кога разговорот на лекарот со пациентите имаше силно влијание врз менувањето кај студентот, тоа имаше терапевтски ефект кој лекарот му го пренесуваше на пациентот до неговата смрт. Морам да кажам дека вакува метностимаат многу малку лекари, да имаат умешност да го доживеат својот пациент, за да се разберат неговите проблеми и соодветно да се одговорат на неговите прашања. Лекарите велат дека таквот разговор е вештина и сковано со години и дека е потребно многу напор и волја. Морам да кажам дека ова го гледам и кај своите колеги, некои имаат природна способност лесно да започнат комуникација со пациентите. Лесно да се добијат соработката на пациентот и информацијата што ви е потребна. Прашањето е, како им е на оние кои ја немаат оваа способност? Дали има било какви шанси за времената студирањето да се добијат шанса да научите, како да се упатите кон такви вредни комуникациски вештини. Од моето искуство можам да кажам дека не. И нашите ментори често биле пример затоа како комуникацијата со нас, студентите, а особено со пациентите може да биде; изворно недоразбирање, тага, лутина, срам и непријатност. Моите лични искуства за жал, се поделени, и добри и лоши. Тоа што го научив за комуникацијата и тоа е од моите ментори, кои за среќа биле подготвени да одвојат малку време и да предупредат на неговото значење. Ако разговорот е поставен како компонента на третманот без која не се можела, ако на таа компонента се гледа како на мост кој треба да се воспостави со соработка со пациентот и овозможуван самоземањето на добра анамнеза на почетокот на третманот, но истотака и добра “комплијанса” “после тоа одлучно значење остатокот од медицинската заедница да ја сфати важноста на добра комуникација во медицината и во неа да се вложи за на сите нас ни биде подобро, и на докторите и на пациентите.

(Н.А 6-та година, студент на медицина)

Едукација за комуникација

Со оптимизам ги започнуваме студиите на медицинскиот факултет. Родителите се горди бидејќи не е тоа било каков факултет. Тоа е поинаков факултет, природен, а истовремено друштвен, тежок, има многу побарувања но и многу повратни добивки. Тоа сите ни го кажувале, но ние одеднаш се најдовме на почеток на една голема животна авантура. Однапред знаеме дека ќе работиме со луѓе, ќе ги лечиме, поголем дел од времето ќе го минеме по болници, 6 години ќе студираме и ќе се дружиме со истите луѓе. Звучи интересно и навистина така е. Потоа започнуваат многубројни битки со испити, многу теорија, многу зборови, има и постигнувања и порази, што на крај ќе не изградат како личност, но двага време и за пракса. Тоа е нешто сосем поинаку. Сироти мали луѓе облечени во бели мантили, во главном собрани во групи по болничките ходници, никој не не приметуваше, не се снаогаа во таа гуежа, но пациентите секогаш негде не чекаат. Полека совладуваме и слушањена срце и плука, и пер-кутирање и палпација, а на крај некој и ќе не праша: Може ли да ми кажете што ми е? Дали тоа што го имам е опасно? Ќе умрам ли? Уште колку ќе живеам? Докторе, кога ќе си одам дома?

А младите доктори на такви прашања користат импровизација, која им станува главно средство за преживување по болничките соби и ходници. Постарите доктори не смеат да се вознемируваат со такви прашања. Кругот на недоразбирање меѓу луѓето тука се затвара. Не научиле да поставуваме прашања, не сме научиле да прашаеме, но не не припремаат дека и ние ќе бидеме прашани еден ден. Меѓу себе не се прашуваме и не комуницираме. Го гледате ли проблемот? Студиите по медицина сепредизвик и интересен процес и покрај тоа што долго трае ние го сакаме. Не е совршен и проблемите во едукација често ги гледаме на самиот крај кога преминуваме од студенти во лекари. Да се реши проблем кој има решение никогаш не е касно. Во текот на долгиот период на едукација на лекари проблемите во комуникација се присутни и треба да се делува на тоа подрачје. Уште од пристапување на почеток на факултетот никој не не прашува за нашата мотивација за изборот на факултетот, за нашите очекувања, и дали сакаме воопшто да работиме со луѓе. Во текот на образувањето се поттикнува индивидуализам, се јавува нездрава кометенција меѓу младите, запоставена е тимската работа, наставниците се уште повеќе одалечени од студентите, а поради нив се таму присутни, а ако комуникацискиот правец не е складен ниту хоризонтално ниту вертикално, како ли ќе биде складен спрема пациентот. Оние луѓе поради кој учиме и за кои се трудиме да им помогнеме, на крај од приказната случајно страдаат поради проблем кој навистина е нерешлив и самите не можат да го решат. Ајде да се едуцираме во комуникацијата! Ако постојано за се се едуцираме, зошто овој сегмент упорно го занемаруваме. Не се сите луѓе родени за да бидат добри соговорници, но и комуникацијата не е нешто во што не можеме да се едуцираме. Да им дозволиме на новите генерации да ги исправат грешките кои ние ги правиме со векови и да дозволиме да и ние самите со тек на време да се промением на подобро. Не е лесно да се прават промени, што сме постари потешко прифаќаеме промени, но ако сакаме да бидеме подобри во тоа што го правиме, да го прифатиме предизвикот на позитивна промена. Овој повик кој го одбравме вклучува константна работа на себе и постојано прифаќање на нови сознанија, и да дозволиме сето она што со години мислиме да го промениме на подобро ни биде движечка сила да делуваме и ја направиме таа промена. Да делуваме брзо, со ентузијазам бидејќи ќе ни биде подобро, бидејќи тоа е знаењето за една вештина повеќе, бидејќи ние луѓето сме социјални битија, бидејќи сме нечии деца, нечии родители, нечии пациенти, но и нечии лекари. Да научиме да комуницираме бидејќи ќе створиме квалитетни меѓусебни односи, ќе бидеме подобри луѓе, а така и единствено можеме да бидеме подобри лекари. И. Б, млад лекар

МЕДИЦИНСКО ИНТЕРВЈУ

Првонасите мора да вика жам дека ја сбе в многу среќен што го одбра во овој изборен предмет.

До сега во текот на целата студија разговарав со неколку мои колеги / колежки дека за вистинскиот лекар е поважно “дасе биде човек” отколку научен гениј. Според концептот “дасе биде човек”

мислевната онака кода се биде до бара во комуникацијата со своите пациенти. Во овој случај, јас научив многу за невербалната компонента на комуникацијата која до сега многу сум ја минимизирал, но сега сфаќам дека е многу важна.

Мислам дека што имав можност да слушам не вистинско медицинско интервју и да се видат појасно некои од методите на невербална комуникација. Понакувам овој личен случај да добијат поголема тежина,

затоа што имав можност да видам како наболните луѓе имаваат поважно што некој ќе им достави информацијата кога се многу лични а некога шимногу тешки. (Студентка во 4та година на медицина)

Медицинското интервју е комплексен процес на земање на информации за да се утврди дијагноза и е исклучително важен фактор во воспоставувањето на односот на докторите и пациентите.

Тоа е одлична можност за пациентите да споделат лични информации со докторот за себеси и тоа е важно и тоа е карактеристика на пациентот како личност а не само како медицински проблем или дијагноза.

Соразбирањето на пациентот како личност и неговите очекувања од лекарот,

лекарот може клинички да суди што е најдобро за поединецот,

така и самиот ќе биде задоволен поради воспоставениот здрав однос со пациентот.

Грижата за пациентите вклучува разбирање на болест на пациентот во контекст во кој живее,

водејќи сметка за интеракцијата на биолошки, психолошки и социјални фактори кои водат до болест.

Разбирањето на наведените интеракции ќе ви овозможи самодообра дијагноза и планирање на терапевтските процедури туку и развивање на чувствена доверба и благодарност за напорите на лекарот кој се вложува.

Интеграцијата на интервјуто фокусирано на пациентот и интервјуто насочено на лекарот е можно да се добри дијагноза и поефикасно лекување на пациентите. Учењето на основните вештини на интервјуто го олеснува земањето на анамнезата. Нова важна поента е дека овие вештини бараат доживотно учење.

Особености на интервју ориентирано на лекарот и интервју ориентирано на пациентот.

Интервјуто насочено на лекарот вклучува поставување конкретни прашања со цел да се постави едносно поставување на дијагноза. Поголемиот дел од разговорот го води лекарот.

Навак овна начин најчесто се игнорираат важни лични информации за пациентот,

неговата личност и емоции,

што доведува до тешко воспоставување на доверба.

Од друга страна насоченото интервју на пациентот има за цел пациентот да ја разбер својата болест, пациентот сам разговара а лекарот го насочува разговорот.

Способност за интервјуирање на пациентот со насочувачки пристап.

Интервјуто започнува со приказна на болеста,

а во неј време лекарот се беќе поставува прашањето коешто подоцна ќе го презентира на пациентот (на пример, Кажете ми што е причината за вашата посета -.

Во неј време додека пациентот раскажува за себе,

лекарот во “својата глава “

го составува прашањата кои подоцна ќе му ги постави на пациентот со цел да постави работна дијагноза).

Градењето на односите започнува со претставување на пациентот, се ракувате и прашувате за него во тои меѓу себе презиме. Ако сте студент по медицина, тоа треба да сенагласи (на пример: “Добар ден, г-дин Х. Јас сум М.М., студентка во втора година на медицина и ќе учествувам при Вашиот преглед доколку Ви е надојде да се сојузват е?

Обезбедете приватноста. Важно е да ја воочите специфичната состојба на пациентот - било физичка или психичка. Отстранете ги сите можни пречки во комуникација (на пример, бучава, прејак или преслабо осветлување, честите свонешенателефонот, честите излегувања или влегувања во просторијата, било да сте тоа Ви или некој друг од персоналот. Направете сепшто е можно пациентот да се чувствува сигурно. (На пример, сместете го пациентот во удобна столица, започнете неформален разговор на пример за вметото или сообраќајниот метеж).

Важно е да сенаправи план за работа. Му кажејте на пациентот колку време вистина располагање (“Г-дин Х., денес имаме околу 45 минути). Одредете ги сопствените потреби (на. Пр. Може да се каже: “Имам некои прашања за Вас, како и треба да ми одговорите со цел да можам да Ве прегледам”) и дозволете му на пациентот на кратко да ги опише симптомите. Ако на лекарот не се појавиле симптоми изгледаат многу важни, важно е тоа и да се каже - на пр. “Болката што ќе ми ја наведете како симптом ми се чини многу важна и никеј разгледаме, но дали имате било какви други симптоми што ќе ми ги кажете пред да почнем со прегледот?”

Земање историја започнува со отворени прашања (на пример, “Ви е микаж вте дека имате болки во градите.

Можете ли да ми опишете подетално кога болката првпат се појавила кога првпат побаравте помош?”).

Важно е да не се прекинува пациентот. Користење на затнотоправилонаслушање - тишина, апотоасо неутрални фразикако “Да,

ммине вербално охрабрете го пациентот (со климање на главата по лекана веднетесенанапредиконвас).

Ако пациентот не се опуштен во интервјуто и не се изразува слободно,

охрабрете го со користење на вештините од отворен тип (на пример, повторете го ашто покажува пациентот, на пример, пациентот вели: “Многуместега” или лекарот одговара: “Дали силно Вестега” или “Можете ли да ми кажете малку затоа сте гањево градите?”).

Избегне поставување конкретни прашања, бидејќи во оваа фаза, важно е да ги охрабрите пациентите да продолжат со интеракција (на пр. Во оваа фаза, не се прашува дали тој има проблем со дишењето, ако пациентот не наведе).

Користете вештини за испитување на емотивната состојба на пациентите.

Најдобар начин е да се создаде емотивен контекст на интервјуто е да се побара од пациентот како се чувствува во односно личната состојба во која сенаоѓа. На пример, “Ви е останале без работа, со оглед на тоа како се чувствувате?”

Ако пациентот избегне одговор, секористи поставката на индиректни прашања (на пример,

“моите пациенти честовелат дека во вакви ситуации се чувствуваат ... или да му се даат некои од нивните животни примери (на пр.

“Кога бил бил/била во слична ситуација бисе чувствувал / чувствувала ...”).

Ако пациентот избегне да даде одговор,

постава до дополнително прашање за подобро разбирање на ситуацијата (на пример,

“Зошто тоа Вепогодило и вознемирило, _____ можете да ми кажете нешто за вашата тага? _____”). Инакрај резимирајте што одговорил пациентот. Внимавајте на невербалните аспекти на комуникација.

Премини од интервју ориентирано кон пациентот кон интервју ориентирано кон лекарот.

Откако ќе резимираме што ни кажал пациентот, назначете дека сега ќе водите малку поинаков разговор. На пример, “Јас ќе ви поставам неколку прашања за подобро да разберам зошто имате болки во градите, и јас ќе ви поставам прашања што им ги поставувам на повеќето од моите пациенти.”

Интервју ориентирано кон пациентот се користи во ситеситуации, без разлика дали тоа е првото испитување или контрола, во итни случаи или при консултации. Сепак, постојат ситуации каде што овој вид на интервју не соодветен:

1. Ако здравствената состојба на пациентите е исклучително ранлива
2. Ако таквиот вид на интервју е непријатно за пациентот
3. Ако интелектуалниот статус на пациентите не им овозможуваков вид на комуникација.

Интервју насочено кон лекарот.

Интервју насочено кон лекарот има за цел тестирање на хипотезите или работната дијагноза и да обезбеди дополнителни информации кои пациентот не ги наведил.

Неопходно е да се добијат информации за семејната историја.

Тестирање на хипотезите започнува со отворени прашања _____ (на пример, “Кажим малку повеќе детали за градната болка”), а потоа одитесопрашања од затворен тип (на пример, “Ви е рекло дека болката е присутна на левата страна на градниот кош. Дали болката се шири некаде на друго место? , “),

Ако ситуацијата наложува да го откажете интервју ориентирано кон лекарот и преминете на интервју ориентирано кон пациентот тоа создава доверба на пациентите кон лекарот.

Ова се оденсувачно ситуација кога пациентот станува емотивно поразен за времетраењето.

Можете да бидете најдобар лекар во вашата специјалност ако пациентот нема доверба во вас, се добива впечаток дека него гледате и доживувате како единствен човек, _____ ќе се создаде контра ефект „пациентот ќе постане несоработлив и можностите за земање анамнеза на малкуваат.

Прикажете дека ги разбирате страдањата на пациентот и приложените емоционални феномени.

Многу е важно да се обрне внимание и при земање психосоцијална анамнеза.

Тоа вклучува учење за однесувањето и личните фактори кои можат да придонесат за развој на болеста.

При земањето на психосоцијалната анамнеза,

во секој случај не ги занесувајте своите ставови и вредности, _____ неомаловажувајте ги пациентите, не ги критикувајте.

Научете ги навиките на пациентот _____ (пушење, алкохол - во кои ситуации, количината - прашајте што е можно повеќе детални прашања во врска со алкохолот, _____ дрога) како и лични карактеристики како што се професија, степен на изложеност на стрес, расположение, семејните услови, сексуалност, навиките за исхрана, физичка активност...

Поставување на прашања за психо-социјалната анамнеза на само што создава соодветен однос меѓу лекарот и пациентот и на само што давачу востонаважноста на пациентот, но, истотака, помага да се утврдат причините за многу болести, како и можност за нивно тотијание и вроджување на болеста.

Градење на односи

Градењето на однос е одлучително значење, и тоа е само во почетокот, туку и во текот на интеракцијата на пациент - лекар. Создавањето на однос вклучува комбинација од невербално однесување и директни коментари за пациентот и поставување на прашања, со што бидејќи се покажува интересот на пациентот, а не само за интересираноста на неговата здравствена состојба. Вашите искрени мисли и чувства се најдобар предуслов за создавање на однос со пациентот. Но, при создавањето на врска треба да бидат свесни за своите предрасуди и сопствените емоционални реакции кои ги имате спрема пациентот. Првиот суштински елемент на интервјуто, градењето на однос, вклучува голем број на вештински кои ќе го искажат емоционалниот одговор, што е исклучително важно за унікална вештина која може да ја развије лекарот.

Пациентите од лекарите очекуваат знаење, но и истотака сакаат нивните лекари да бидат некои ќе ги охрабрат, поддржати кои се емотивно чувствителни на нивните потреби. Пациентите чиишто лекари ги поседуваат наведените вештини се по задоволни и со поголема веројатност се придржуваат кон пропишаниот третман. Докторите со добро изградени вештини ќе можат подобро да справат со негативните емоционални ситуации и повеќе ќе живеат во извршувањето на медицинската пракса. Студијата во која се вклучени повеќе од 7.000 пациенти покажува дека целокупното познавање на пациентот и довербата на пациентите се најмногу поврзани со придржување кон инструкциите на лекарот и довербата на лекарот при однесувањето на пациентот до лекарот. Истотака, истражувањата покажуваат дека интересот на лекарите за разбирањето на третманот, грижата, очекувањата на пациентот и влијанието на болестта врз секојдневното функционирање на пациентите е најамалуватан кај анксиозност и стресот; истата студија забележува дека кога пациентите имаат можност целосно да се изразат, повеќе водат трижа за своето здравје и подобро може да се проценат нивната функционална состојба.

Способност за градење на односи

Со цел да се воспостават добри односи со пациентот, важно е да стекнете вештини како што се грижа и топлина, разбирање, почитување, поддршка и партнерски односи.

Внимание и срдечност

На сочувување на вниманието кон пациентите, како целосна личност, а не само на сочувување на вниманието со цел дијагностицирање претставува предуслов за градење на односи.

Вниманието е насочено и преку вербална и невербална комуникација. Невербалните форми на комуникација и паравербалните форми се најсилната детерминанта на секоја интеракција.

Срдечноста и вниманието се постигнуваат преку контакт со очите, тонот на гласот, движењата, изразителното лице и држењето на телото малку навалено напред.

Важно е да се обрне внимание на невербалната и невербалната комуникација да се вклопаат една со друга.

На пример, ако вербално одојде на што го зборува пациентот, но невербално праќа сигнален несогласување, кај пациентот ќе навлее вашето невербално однесување. Понатаму,

невербалното изразување на пациентот се однесува на неговата емотивна состојба во која е наоѓа.

Повеќето пациенти чувствуваат и изразуваат преку невербалните пораки: фацијалната експресија, држењето на телото, движењата,

тонот на гласот и физичките манифестации на автономниот нервен систем

(потегна на дланките и шрвенило, растреперен глас, итн.)

Лекарите треба внимателно да ги набљудуваат овие знаци во текот на процесот на комуникација.

Тоа е исклучително важно за времената на комуникацијата со пациентот да се направат контакт со очите,

би дејќито е основана на активно слушање и овозможува создавање на подобар увид во емотивната состојба на пациентите. Но, постојат и склучоци,

кога често гледате во очите на пациентите треба да бидете свесни во разумна мера, на пример, кај пациентите кои се параноични и сомнителни контактот со очите може да биде провокативен.

Воспоставувањето на соодветен социјален простор меѓу лекарот и пациентот е важно за градење на односите. Вертикалниот простор треба да се сведен на минимум (напр.

Несепрепорачува лекарот да стои додека пациентот седи,

истотака е важно да не биде тесно и премногу блиску, ниту премногу далеку од пациентот (хоризонтален простор).

Да се биде внимателен значи активно да се слуша, што подразбира давање охрабрувачки коментари (како што е “Темолам, кажи ми нешто повеќе”), повторување на фразата која ја изговори пациентот (Да, вашата болка е интензивна), изразување на сопствените емоции („Ах Боже, пато амора да е страшно“). Меѓутоа,

изразот на вашите емоции мора да биде соодветен за да не го попречуваат илтоварат пациентот.

Емпатија

Емпатијата е термин кој подразбира способност за разбирање и соживување со чувствата на другата личност и разбирање нејзината перспектива.

Понекогаш невербалната комуникација во поголема мера се одразува на емпатичната комуникација на лекарот со пациентот.

Огромното мнозинство на луѓе имаат вродена способност за емпатична комуникација. Но, лекарите треба да развиваат дополнителни форми на емпатична комуникација (на пример, да се зборува за сексуалните проблеми,

сексуалната злоупотреба барасо фистицирано на емпатична комуникација - завремена дискусија за тешките прашања важно е да се биде во можност да се поднесат шината, но ако ти шината продолжи да постои повеќе од 5 секунди, потребно е да се поставуваат прашања како што се: “Како се чувствуваш?, Дали тешко за вас да се зборува за тоа?”).

Постојат две важни компоненти на емпатијата: огледување и легитимитет.

Огледување

Доколку забележите дека пациентот е тажен додека зборува за својата болест, огледувањето може да биде:

- Изглед е тажно.
- Гледам стеза, вознемирени.
- Тешко е да се зборува затоа.

Оваа форма на комуникација преку огледување дава впечаток на вашата грижа за емоционалната состојба на пациентите,

што ги поттикнува пациентите да продолжат да зборуваат за својата емоционална состојба.

На овој начин ние го гледаме пациентот како целина,

со што се подобрува градењето на однос со пациентот и ги поттикнува да продолжат да ги презентираат своите проблеми кои ги отоваруваат. Често пациентите знаат да започнат да плачат за време на интервјуто, што е добар знак, а тоа значи дека е воспоставена доверба. Во овие ситуации,

најдобар одговор е внимателна татина, а во тој момент можете да го понудите пациентот со марамица.

Важно е да се одговори на чувствата на пациентот, што е можно побрзо (со користење на техниката на пресликување). Но,

ако чувствата и емоциите на пациентот воекат на разговорот, семногу интензивно со што го отежнуваат разговорот консултирајте се со психијатар или психолог при што ќе му овозможите на пациентот за време на разговорот да присуствуваат стручни лица

Легитимитет

Легитимитет е тесно поврзано со огледувањето.

После изразување на емпатијата е важно да се напомене дека емоциите и чувствата коишто изразуваат се разбирливи и логични со оглед на сериозноста на проблемот или болестта на пациентот. На пример:

- Јас можам да разберам како се чувствувааш.
- На повеќето луѓето абим претставувало проблем.
- Вашите реакции се нормални.
- Тоа кај секогобипредизвикало чувства на анксиозност.
- Јас можам да разберам зошто стелути.

Кај пациентите кои покажуваат лутина,

вашата констатација дека ја рабирате лутина тана значи дека се согласувате со причините кои ги предизвикуваат овие емоции,

туку ја рабирате перспективата на голотна гледањена на пациентот. Огледувањето и давањето на легитимитетот е особено важно кај пациентите кои се лутати или покажуваат агресивен облик на однесување.

На пример, ако пациентот е лут, бидејќи чекал премногу долго чекал за преглед, можете да кажете: Гледам дека стеза, вознемирени затоа што стечекал премногу долго.

Јас го разбираам вашиот гнев и се извинувам поради тоа.

Почит

Внимателно слушање, воочување на невербалните сигнали, воспоставување на контакт со општееството и вистинската грижа укажуваат на почит кон пациентите и нивна заплата. Израз на почит е грижа за пациентите, може да биде и пофалба за напорите кои ги вложувате самиот пациент. На пример:

- Јас сум импресиониран од начинот на кој се соочувате со вашите проблеми.
- Одлично го контролирате нивото на шеќер во крвта.
- И покрај хроничната болка, сеуште сте во состојба да се грижите себе и за домашна работа. Ова е за пофалба.

Речениците кои покажуваат почитување мора да бидат искрени и автентични, бидејќи сами така може да бидат моќно леснувач за подобрување на комуникацијата меѓу пациентите и лекарите.

Лична поддршка

Лекарите треба експлицитно да истакнат дека тие се таму за благосостојбата на пациентот. Следни вереници укажуваат на лична поддршка на пациентите:

- Сакам да ви помогнам на секој можен начин.
- И покрај тоа, јас ќе на правам сепшто можам да ви помогнам.

Партнерство

Пациентите се позадоволни со поголема веројатност се придржуваат кон пропишаниот третман ако тие чувствуваат дека се во партнерство со лекарот. Партнерството не се стекнува веднаш, затоа е потребно време и се постигнува преку интервјуирање каде во центарот се наоѓа лекарот. Понатаму, партнерството се развива кога пациентите што е можно повеќе ги вклучиме во планирањето на третманот. На пример:

- Да одиме заедно да седне семеодлука што ќе ја преземеме за да го решиме вашиот проблем. Имам некој сугестии.
- Мене ќе ми треба вашата помош во активно учество во лекувањето.

Преку создавање на партнерство на пациентот му помага да подобри својата ефикасност на начините со кои се соочува со неговите проблеми. Градењето на партнерство е исклучително важно за пациентите кои се пред смрт, пациентите кои имаат проблеми со дрога, алкохол, пациентите кои не излечивиле болести, и кога треба да се општилошавест.

РАЗБИРАЊЕ на погледите на пациентите

Клучните фактори кои ја моделираат таа точка на гледање на пациентот се: пол, емотивни врски, занимање, образование, социо-економски статус, културни фактори, писменост, духовност / религија, сексуална ориентација, хобии и животни стресори. Воздравиениот систем,

постојат значителни разлики кои се делумно посредствено на несвесниот аделумно на несвесниот стереотипен начин на размислување на лекарите.

Разбирање на гледната точка на пациентот бара да се ставите себеси “во чевлит на пациентот”, и гледање низ очите на пациентот. Самосвеста е одраз на начинот на кој своите таставови, претпоставки и предрасуди се разликуваат од оние на пациентот кој може да го подобрат односот пациент-лекар, комуникацијата и негативните на пациентите.

Во последниве децении,

неколку новитрендови се имаат развие во американската медицина и имаат направено голем јаз помеѓу доживувањето на болеста од страната на пациентот и таставитен анивните лекари кон болеста.

Тоа води кон нагорна траекторија на биомедицински истражувања за развојот на голем број на нови лекови и технологии,

растечки економски притисок врз лекарите за многу кратковреме да прегледаат повеќе пациенти, сложени неправедни системи за здравствена заштита со зголемена разновидност помеѓу пациентите со оглед на нивното образование, култура, писменост и социјални социоекономски от статус.

Пациентите кои разговараат со нивните лекари за своите таставови,

симптомите на болеста и лекувањето се задоволни и кај нив се покажа како подобар клинички исход.

Важно е да се имаат во предвид следните фактори со цел да се има подобар увид во перспективата на пациентот:

- Разбирање на социјалниот контекст на пациентот

Социјалниот контекст го вклучува отеклото на пациентот, културниот идентитет, пол, сексуална ориентација, образованието, јазикот и писменоста, занимање, примарни односи и мрежа на поддршка, практикување на верата и духовноста, хоби, стрес, расположение и финансиската состојба, бидејќи тоа влијае на здравјето и благосостојбата во секојдневните потреби, со цел да се зачува здравјето на луѓето.

Сите овие контекстуални аспекти вклучуваат елементи на личниот идентитет и имаат значително влијание врз здравјето на поединецот.

Разбирањето на докторот на овие елементи во голема мера влијае на односот со пациентот и можности за поефикасно пружање на здравствени услуги.

- Културни фактори поврзани со здравствената заштита

Ситениес мерзлични едни од другиворазлични културно специфични аспекти. Културата е “призманизкојана на нашиот свет му дава значење.

Тоа е интегриран модел на научени верувања и однесувања кои можат да бидат поделени помеѓу групина луѓе и вклучува размислување, стиловина комуникација, начини за комуницирање со другите луѓе, погледизаулогитеи односите, вредностите, навиките и обичаите .

Културата е уште еден важен фактор во социјалниот контекст на пациентот.

Културата на лекарот и пациентот и културолошката оетливост на лекарот значително влијае на односот пациент-лекар, како и способноста на лекарот да се разбересперспективата на пациентот.

Ситес мепото пениво многу култури врз основана карактеристиките како што се возраста, полот,

сексуалната ориентација, расата / националноста, професионалната компетентност, социоекономскиот статус, религијата, географската локација, и таканата му. Всушност, секој контакт пациент-

лекар сам по себе меѓу културолошки средба помеѓу медицинската култура и единствената животна култура на секој поединец.

Културолошки чувствителните лекари се држат на претпоставката дека ниту неговата културна гледна точка ниту гледната точка на своите пациенти не е “супериорна”; ниту пак културата на медицината е единствениот начин да се разбер болеста.

- Конфликтот меѓу очекувањата на пациентот и медицинската култура

Пациентите не треба да го делат биомедицинскиот концепт на лекарот “концептна објаснување.” Започнете дијалог кој ви помага во рушење на културните бариери со поставување на прашања од типот: “Што мислите дека е причината за вашиот проблем? Зошто мислите дека се појави во овој момент. Што е она што најмногу ве загрижува кај вашата болест?” “ислично.

- Јазикот и писменоста

Јазичните бариери и здравствената писменост придонесуваат за подоптимална здравствена последица. Здравствената писменост е дефинирана како

“степенот до кој едно лице може да прибира, обработува и се разбира основни информации кои му овозможуваат да се направи правилна одлука со сопственото здравје.” Воедна голема студија во САД во 42%

од пациентите велат дека не можат да се разберат инструкции за земање на лекови на празен стомак, а 26%

не ги разбраа инструкциите на следната посета на лекар. Нискотонивна писменост исто така корелира со послаб резултат од третманот и поголем ризик за прием во болница. Нискотонивна писменост, истотака,

е во корелација со непочитување на шемите за антикоагулантна терапија, лошата контрола на дијабетесот и подобро тоа не користување на здравствени ресурси во дадено високитетрошоци за лекување.

- Не еднаквост во здравствениот систем, како и улогата на лекарите

Во сите односи во рамките на системот на здравствена заштита се прикрива не еднаквоста.

Лекарите често применуваат свесни или несвесни стереотипи, со што дополнително допринесуваат не еднаквоста.

Некои докази покажуваат дека веројатноста за појавна стереотипизирање расте како постои временско ограничување, со притисок за брзо да се одлучи, ако задачата е многу сложена, а ако сме когнитивно преоптоварени. Многу фактори влијаат за стереотипизација,

вклучувајќи културни индивидуални разлики,

јазични бариери или разлики во начинот на комуникација да се опишат симптомите.

Друг фактор е притоа важен, а се однесува на ситуација кога докторот не е со маси гурен за дијагнозата, а се користат категорирање на стратегии за поедноставување на когнитивните обработки на сложени информации.

Луѓето обично ставаат други луѓе во одредени социјални категории и со тоа вршат заштеда на временски когнитивни ресурси и притоа ја поттикнуваат употребата на стереотипите преку конставите и верувањата на

агрупа на луѓе несвесно се однесуваат на една индивидуа.

Важно е секогаш да ги имаме на памет вашиите сопствени предрасуди, претпоставки и стереотипи.

Стереотипите доведуваат до формирање на предрасуди и нееднаквост во грижата за пациентите.

Претпоставките кои ги создаваат докторите на пациентите може да доведат до неуспех на третманот.

Веднаш студија спроведена во САД, повеќе од 700 лекари ја погледнале видеоснимката во којаактерите имитираат пациенти со болка во градите. Когасе одлучува кој да се прати на катетеризација на срцето, почесто се испраќа лежените и црните отколку мажите и либелците.

Когалекарите веруваат дека пациентите нема да ги следат нивните упатства за лекување, често, тогашне даваат конкретни упатства. Понатаму, расната дискриминација и недовербата кон здравствениот персонал, особено кон населението на Афро-Американците, ги обесхрабрува некои пациенти да побараат медицинска помош или соодветно продолжување на лекувањето.

Секој лекар има професионална одговорност да ја идентификува и да ја намали секојане еднаквост и неправдата како и промовирање на социјалната правда во системот на здравствена заштита.

Разните истражувања и образовната практика покажаа дека немајќи ги предвид ставовите на секој човек, особено ако припаѓа на групата со фокусирана на чувствата на поединецот во рамките на групата, може да се поттикне емпатија и намалување на предрасудите и стереотипите.

Секој лекар има обврска да ги знае неговите пациенти, како поединец, а не како збир на стереотипи, социјални категории или не проверени информации, со што бараат да се разберат точката на секој пациент во однос на прашањата поврзани со здравствената тематика.

Разбирањето на перспективите и контекстот во кој живеат секој пациент, препознавањето кога тој е поразличен од нас и размислувањето за сопствените ставови и претпоставки ја формира основата за негана пациентот кој се фокусирана односот пациент-лекар и значително ги намалуваат нееднаквостите кои се јавуваат во рамките на здравствениот систем.

Размена на информации со пациентите

Размената на информации е во насока на разбирање на пациентот за болеста и успешно справување со таа болест и третман на болеста.

Многу истражувања покажуваат дека колку повеќе лекарот има даде информации на пациентот

за одредена болест, сотоасена малува психолошки стрес, симптомите брзо исчезнуваат и исходот на третманот е на задоволително ниво. Од друга страна, ако на лекар да се даде само пишани информации за самата болест, како и дијагнозата, пациентите честореагираат со развој на маленорасположение и анксиозност.

Една третина од пациентите не го разбираат наптонивните доктори и медицински сестри им покажуваат, ина повеќе од 45% од пациентите не им кажанона кои симптоми треба да внимават.

Пациентиса каат да бидат информирани, но најчесто се плашат од одговорот, например: “Дали ќе умрам, Како можам да живеам, што ако ја несеразбудам од анестезијата?”, Или се срамат да прашаат негодни прашања од типот: “Ќе ли ја доби болестана мојот сексуален живот?”

Пациентите често чекаат на самиот крај на прегледот, со цел да ги постават занивнезгодните прашања. Затоа, важно е самите да ги потегнете овие прашања, и да ги охрабрите пациентите да ги прашаат, на пример: “Дали имате прашање кое ви е страв да го поставите?”

Најдобар начин за размена на информации е сенарекува. ПРАШАЈ-ОДГОВОРИ-ПРАШАЈ.

Побарајте се и врши проценката на потребите на пациентот, земајќи ги во предвид следниве фактори:

- Обезбедете поддршка од околината - пациентот не може да прима или да одговори на информации што ги добива ако постојат јаносе прекинува или ако интервјуто се одвива во рамките на поголема група на луѓе
- Проценката на физичката и менталната состојба на пациентот
- Проценката на потребата на пациентот за дополнителни информации (напр. “Дали сакате повеќе да ви објаснам?”)
- Проценката на медицинската писменост и разбирање на пациентот
- Проценката на ставовите и мотивацијата на пациентот

ДАДЕТЕ информација за болеста,

лекувањето и другите аспекти на болестаначин којшто е краток со користење на систематски пристап (напр.

“Мислам дека имате воспаление на мочниот меур. Ние ќе земеме примерок од вашата урина и ќе ивршиме анализа.

Единствениот начин кој може да биде сигурен е затоа што антибиотиците се најдобро ќе ви помогне.

Очекувам дека треба да бидете подобро занеколку ден. Ако нема подобрување или ако добиете треска, незаборавајте да контактирате. Во меѓувреме, да пиете многу чај “).

Помеѓу секој јареченица правете многу кратка пауза. Персонализирајте ги сите информации, така што тие да бидат во корелација со неговата претходна анамнеза и хередитет.

Не користете сесожаргон, туку на едноставен, разбирлив начин да се визуелизираат информациите за пациентот, ако е можно со користење на некој визуелен помагала.

ПРАШАЈТЕ со цел да дознаете дали пациентот ги сфатила дени информациите и како се чувствува.

Интеракцијата ПРАШАЈ-ОДГОВОРИ-ПРАШАЈ го става пациентите во преден план, чувствуваат дека сфатени и прифатени, резултатите се подобро почитувањето на нивните дадени, што позитивно ќе влијае на нивното исходно на болеста.

Постигнување договор

Успешен процес на постигнување договор и однесување на одлуки за дијагностички и терапевтски пост апки врз основа на моделот на соработка на односот помеѓу пациентот и лекарот.

Повеќето пациенти сакаат да бидат информирани за нивното здравје,

болестаноста и алтернативи,

но нивниот избор за учество во процесот на однесување одлуки е сосема различен.

Многу емпириски истражувања покажуваат дека активното учество на пациентот во здравствената заштита и однесување одлучливо до подобрување на резултатите од третман и задоволството на пациентите.

Откако ќе ја истражите медицинската историја на пациентот, целосниот физички преглед сте ги сложиле во вашата глава мислите во врска со проблемите на пациентот и тоа како да сè решите, следниот чекор е да сè разговарате со пациентот за вашите идеи, да ги слушнете неговите идеи и да сè договорите за планот.

Начинина кој се однесуваат одлучуваат пациентите и лекарите.

Учеството на пациентите во однесувањето одлучуваат и во здравствената заштита стануваат сè поголеми приоритет меѓу оние кои обезбедуваат здравствена заштита, оние кои однесуваат закони, медицинските организации и јавниот сектор. Во последните децении, медицинските етички стандарди и значајноста на автономијата на пациентот и почитувањето на правата на пациентите на самоопределување.

Студиите покажуваат дека со учество на пациентот се подобрува исходот од третманот поттикнува значајните промени во односот на пациентот – лекар.

Еве неколку примери кои ќе ви помогнат да сè разберете природата на процесот на однесување одлучливо односот лекар-пациент. Во “патерналистичкиот” модел, добро намерниот лекар однесува одлучување на пациентот без негово вклучување.

Другата крајност е пак во моделот “информиран корисник”, каде што пациентите собираат информации од различни извори, вклучително од своите лекари, социјален избор помеѓу достапните третмани. Во овој модел, пациентот однесува одлучување самостојно и независно, а улогата на лекарот е првенствено само како извор на информации. Во моделот “професионалец како агент,” докторот однесува одлучување именува пациентот и врз основа на нешто веќе го знае (или претпоставува) оджелбите на својот пациент.

Во друг случај, “кооперативен” модел, лекарот и пациентот ги поделуваат информациите и мислењата и бараат заедничка одлука за дијагностицирање и терапевтски постапки и планови.

Последниот модел ја побарува желбата на лекарот да соработува и желбата на пациентот да учествува и да ги преземе одговорностите при однесувањето одлучување.

Желбите на пациентот и комуникациските вештини на лекарите.

Пациентите сакаат информации, но нивниот интерес за активно учество во процесот на однесување одлучување варира значително.

Една анкета спроведена во 1980 година во САД, со цел да се проучат етичките прашања во медицината и биомедицинските истражувања, а во која учествувале пациентите и лекарите, покажала дека 72% од пациентите сметаат дека пациентот и лекарот треба да разговараат за другите можности на клиничкото однесување одлучување, а само 7% од лекарите сакаат да им изложат своето мислење, а пациентот да одлучи што понатаму, додека останатите

7% сакаат лекарот да одлучи за нив. Од нив 12% изјавиле дека сакаат препораканале лекарот што го треба да направат, а потоа пациентот да прифати или одбие. Потоа во една меѓунационална студија во која учествувале Австралија, Велика Британија и САД, истотака, покажала дека испитаниците сакаат заедно со лекарот да се донесе одлуката.

Комуникациските вештини на лекарот, сепак, не успеаа да се задржат во чекор со овие барања на пациентите.

Студијата, во која беа вклучени повеќе од 1.000 аудио-регистрани доаѓања во општа пракса и кај хирург, покажа дека само 9% од одлуката ги исполнува критериумите за целосно информирано донесување на одлуки. Друга група ги испитувала секојдневните медицински одлуки и се покажа што најчестосе разговарало (83% од разговорите) за природата на проблемот, додека справата за ризиците и придобивките за се проценува разбирањето на пациентот биларетка (9% односно 2% од разговорот). Во една неодамнешна национална анкета 40% од над 6.000 хоспитализирани пациенти се изјасниле дека не биле прашани за мислење за времето на престојот во болница.

Повеќето пациенти сакаат информациите за нивната болест и можностите за донесување на одлуки, но нивната желба да учествуваат во процесот на донесување на одлуки е различна. Дури и пациентите кои сакаат активно да учествуваат во процесот на донесување на одлуки, не треба да се вклучени во сите области на донесување на одлуки, кои делумно зависат од возраста, културата, јасноста и сериозноста на болестта на пациентот. За жал, лекарите честосе спримаат непознавачи за желбата на нивните пациенти во постапките за учество во процесот на одлучување.

Учеството на пациентите во процесот на одлучување и здравствени резултати

Менталното и физичкото здравје не ефикасно става здравствениот систем се подобрува, а за честеност на тужби занесовесно лекување на гагаат кога пациентите се повеќе вклучени во донесувањето на одлуки за нивното лекување. Насочените интервенции, без со пациентите и нивните лекари ја зголемуваат фреквенцијата на пациентите кои учествуваат во процесот на донесување на одлуки.

Обезбедување на информации за пациентите и активно соработување со нив во спроведувањето на здравствената заштита го подобрува исходот, и ментално и физички. Стјуарт до сумираните доказите увидеа дека 4 комуникациските елементи директно позитивно влијаат врз мотивната и физичката состојба, исчезнување на симптомите и воопшто подобро функционирање.

Четирите клучни елементи се:

1. Обезбедување на јасни информации
2. Прашања за пациентот

3. Подготвеност да дискутираат и да поделуваат мислења околу одлуките

4. Договор меѓу пациентите и лекарите околу плановите и можните проблеми

Точка на гледање на пациентот за постигнување договор во правенеток клиничките одлуки се поврзува со подобрување на здравствената заштита, а се одразуваат во мал број на дијагностички процедури и посети на лекар. Јасната интервенција во областа на комуникацијата со сериозно болни луѓе каде што тие самите и нивните семејства и членовите на одредениот тим разговараат за целитен третманот, очекувањата и нивото на грижа, доведо на малување на бројот на деновите по минативоединиците за интензивна нега за пациентите ко и починале, но ираното вклучување во одделенијата за палијативна нега. Неколку студии ги поврзале тужбите за несогласност со лекување со недостаток на комуникациските вештини на лекарите во случај на донесување на одлуки околу процедурите за лекување. Овие проблеми во комуникацијата вклучувале недоволно разговарање околу планот за дијагноза и третманот, игнорирање на пациентите и на малување и линедостаток на разбирање на гледиштата на пациентот или неговото семејство.

Практикување на комуникациските вештини на менети за пациентите или лекарите може да го подобри тзаедничкото учество и клиничките резултати.

Интервенциите со пациентите вклучувале детален преглед на нивните проблеми и индивидуална обука, обезбедување на писмени информации и вербално охрабрување да учествуваат во процесот на донесување одлуки во саканите пропорции и снабдување со бележници во кои се опишани комуникациските вештини што се предзакажаната клиничка посета.

Резултатите од итервенциите се поголемо учество во разговорот со вашиот општ лекар, превземајќи по активна улога во процесот на одлучување, подобар резултат од лекувањето (крвен притисок и контрола на шеќерот во крвта), па дури и подобро функционирање. Студија за интервенциите во областа на образованието за комуникациски вештини за некои обезбедуваат здравствени услуги (лекари од општа пракса) покажуваат поголем фокус кон желбите на пациентот и заедничка контрола врз клиничките одлуки со зна чајно поголеми нивоа на задоволство на пациентите.

ПОСТАПКИ КОИ ПОМАГААТ ВО ПОСТИГНУВАЊЕ НА ДОГОВОРИ И РАЗБИРАЊЕ СО ПАЦИЕНТИТЕ И СОВИВНИТЕ СЕМЕЈСТВА

Заедничкиот пристап во донесување на одлуките бара имплементација на знаењата, вредностите, потребите и желбите како одстрана на лекарот, така и одстрана на пациентот. Задачите за изградување, разбирање и постигнување на договор се одвиваат во следните домени:

- Која е природата на проблемот?
- Какви улоги се очекуваат од учесниците во процесот на одлучување?
- Кои се целитен третманот?
- Што може да се направи?

- На кој начин да се изведе планираното

Која е природата на проблемот

Може да биде недостаток што кога се постигне договор колу тоа што битреба ло по натаму да се направи до колку лекарот и пациентот имаат различни видовувања на истиот проблем. Начин за наоѓање на заеднички јазик бара разбирање на концептот на пациентот со кој го објаснува проблемот, вклучувајќи негово увидување на причините за проблемот, сериозноста на проблемот и на кој начин ќе се развива по натаму.

Илустративен приказ на клинички случај: Абдоминални болки кај господин Х.

Господин Х., 32
годишен градежен работник кој претходно има вте прилика да го погледнете. Сега доаѓа со симптомина по времето абдоминални грчевите и течни столица. Лекарот кој претходно го прегледал му препишал спазмолитик поради сомнеж за постоење на синдром на иритабилно црево. Со оглед на тоа дека за време на вашиот преглед нема присуство на симптоми, му дадовте совет да дојде кај вас ако симптомите повторно се појават.

- Господин Х.: Добар ден, докторе. Мило ми е што повторно ве гледам. Слушајте, мислам дека повторно имам проблем со иритабилно црево. Знаете, докторот кој ме прегледа пред вас ми даде некој лек за грчевите па си помислив и вие повторно да ми го препишете. Во последно време доста често имам стомачни грчевисочести проливи.

- Др. Д. : Кажете ми, имали некакви нови симптоми? Дали имане некакви нови промени во односно претходната контрола?

- Господин Х.: Павсушност, сега забележав малку крв која е помешана со столицата, а ја има и во тоалетната шоља. Си помислив дека можеби ми се појавиле и хемороиди поради честите проливи.

- Др. Д. : Хм, колку долго тоа вие случува?

- Господин Х.: Па бидејќи повторно, веќе 6-8 недели.

- Др. Д. : Дали имате болки во стомакот?

- Господин Х.: Да,
се појавуваат и се губат. Посебно чувствувам непријатност во долниот лев дел од стомакот.

- Др. Д. :
Кога ќе ве прегледам ќе ми кажете каде најмногу ве боли. Кажете ми што е со вашата тежина. Мојот колега кога последен пат ве измерил степенале 80 кг. Сега имате 4 кг. помалку од пред неколку месеци, кога севидовме последен пат.

- Господин Х.: Мислам дека поради грчевите и проливите немав баш нешто желба за храна.

Во овој пример, очигледно е дека господинот Х.
верува дека неговите симптоми се исклучиво последица на синдромот на иритабилно црево.

Тој нему придава значење на крвта во столицата, болките и губитокот на телесната тежина, можеби поради тешкотии, негирање или поради недостаток на информираност за значењето на овие симптоми.

-Др.Д. : Значи, ви сметате дека вашите симптоми се последица на синдром на иритабилно црево и хемороиди ?

-Господин Х.: Па да, мислам дека тоа е тоа... Зошто? Што мислите вие?

-Др.Д. : Мене всушност мезагрижува дека тука може да се работи за нешто друго. Синдром на иритабилно црево обично не доведува до појава на крвави проливи, локализирана болка и губиток на телесната тежина.

-Господин Х.: Што мислите вие, зашто се работи?

-Др.Д. : Несум сигурен. Симптомите кои ги опишувате може да бидат предизвикани од локализирано воспаление на цревната слузница, хронична инфекција, падури и од тумор. Ќе ни требаат повеќе информации за да знаеме која терапија да ја примениме. Мислам дека треба да направиме некои тестови кои би ни покажале дали постојат подрачја на крвавење во цревата, што мислите за сево ова?

-Господин Х.: Какви тестови?

Со напредокот на разговорот, Докторот Д. го прашува пациентот за разбирањето на проблемот, потребите и чувствата во врска со проблемот, а потоа почнува да споделува информации и да одговара на прашања.

Во случај кога доктор Д. би предложил постапка, без притоа да даде објаснување за природата и значењето на симптомите кај пациентот, господинот Х. би бил збунет, лути или можеби би бил наговорен на нешто што не го разбира во целост и зашто не е спрема да го прифати. Сега да чата на др.Д. е да му даде дополнителни информации на господинот Х. за значењето на неговите симптоми и да му објасни на кој начин тестовите ќе помогнат во утврдување на неговата дијагноза. Лекарот и пациентот не мора меѓусебно да се согласуваат во целост, но ако и двајцата го почитуваат објаснувањето на другиот, може да се сложат или да се обидат паралелно да пристапат во дијагностичките и терапевските планови.

Што се очекува одучесниците при донесување тоа одлуки?

Желбите на пациентот може да се променат во зависност од ситуацијата во која ќе се најаде, па поради тоа важно е отворено да го прашате дали има желба да учествува во самото донесување на одлуки те. Делењето на одговорноста околу донесување тоа одлуки е незначително напуштање на пациентот. Лекарот со изразување тоа своето мислење и давање тоа совети при донесување на пациентите да се чувствуваат по безбедно и сигурно, и со тоа ја обавува својата професионална должност.

Некои пациенти са каат лекарите да донесуваат одлуки наместо нив додека другите са каат сами да донесуваат одлуки. Пациентите кои са каат лекарите да донесуваат одлуки наместо нив, обично се вклучуваат во разговорото колу целите за нивното здравје и квалитет на живот, додека се болни.

Конечните одлуки му припаѓаат самона целосно информираниот пациент. Но, тоа не значи дека лекарите треба да го оставаат пациентот сам на себе. Лекарите имаат задача активно да се грижат за пациентот и да обезбедат контролни прегледи, додека пациентот има обврска да го почитува донесените одлуки и при напуштањето на болницата или ординацијата. Селучува по некогаш да не се постигне целосен договор. Ако има голем несогласувањатого штреба да се донесе одлука дали соработката ќе продолжи или ќе биде прекината. Засреќа, ова не е чест случај.

Во продолжение е дадена илустрација на клинички случај (Господинот Х има болка во стомакот):

- Др. Д. :
“Можеме да направиме обична крваслика и да испратиме примерок до столицата на испитување, а биса каде гастроентеролог веднаш да ја испита состојбата во цревата”.

- Господин Х : “Зарем мислите дека е тоа потребно? Мислев дека тоа се повторностарите проблеми”.

- Др. Д. : “Можеби се не можеме да бидеме сигурни додека не ги исклучиме другите проблеми. Дали сакате да прашате уште нешто?”

- Господин Х :
“Знам дека мора да се открие што е проблемот само што не мислам да ја помислам тоа. Биса каде да се советувам со мојот брат којшто исто така е лекар”.

- Др. Д. : “Биме било задоволство да поразговарам со вашиот брат, секако ако дозволите. Како се чувствувате во моментот?”

- Господин Х : “Загрижено” .

- Др. Д. : “Што најмногу ве загрижува?”

- Господин Х : “Можно ли е да е рак, докторе?”

- Др. Д. : “Јазбирам вашата загриженост. И јас сум загрижен, новоовој момент не знаеме доволно за што се работи, така да ќе разговараме како што ќе доаѓаат лабораториските наоди. Како можам да ви помогнам во овој момент?”

- Господин Х : “Па, морам малку да размислам за тоа”.

- Др.Д. : “Воред. Како ќе донесе меодлука за понатамошните постапки?”

- Господин Х: “Би можел да ви се јавам занеколку дена.”

- Др.Д. : “Воред, нема проблем. “

Господин Х. дава дознаење дека е спремен да ги послуша советите на Др.Д., но истотака сака да учествува во донесувањето на одлуката ка што ќе ја процени потребата од дијагностичките постапки, при што затоа сака да разговара со личност во која има доверба. Му треба и одредено време да ја прифати информацијата за сериозноста на неговите симптоми пред да се огласи за обавувањето на дијагностичките процедури. Др.Д., од друга страна, мора да сфати дека со пациентот споделил тешка вест и да му даде доволно време на пациентот да размисли и да побара дополнително мислење, без притоа да се почувствува дека неговото авторитет е доведен во прашање.

Кои се целите на третманот?

Целите на пациентот може да се менуваат за временатраењето на болеста. Со гледавајќи го фактот дека докторите го пресудуваат изборот на пациентот, се наметува потребата со текот на времето повторно да се преиспита ато одлуките во однос на дијагнозата и третманот.

Откако ќе се сподели информациите со цел да се дефинираат проблемите, следен чекор е воспоставувањето на обострано разбирање на целите на пациентот и целите на лекарот за предложениот дијагностички и тераписки план. Де бергизема како факти поставките дека повеќето пациенти сакаат да учествуваат во процесот на проценката на опциите, но не и во донесувањето на одлуката за техничките аспекти на здравствената заштита. Кв или Броди истотака ги советуваат лекарите дека подобро е најпрво да се фокусираат на општите цели отколку на техничките и специфичните аспекти на третманот.

Стратегиите кои помагаат во одредувањето на целите на пациентот во однос на здравјето и болестасе:

- Кои се вашите очекувања и цели во врска со вашето здравје?
- Што на вас е најважно во оваа фаза на болеста?

Што може да се направи?

Првиот принцип во заедничкото донесување на одлука мора да ги задоволува целите на пациентот и на лекарот. Процесите кои се вклучени во постигнувањето на таквите договори се:

- Заедничко учество и на пациентот и на лекарот.
- И пациентот и лекарот споделуваат информации кои вклучуваат медицински знаења, придобивки, верувања, загриженост, ставови и цели.
- Обајдвата изразуваат кои сенивните очекувања.

- Меѓусебно сложуваат колу договорениот план.

Процесот на прибирање и поделување на информации, градењето на меѓусебно односи и постигнување на договор, се сложени процеси и понекогаш побесхрабрувачки поради природата на “клиничката несигурност”. “Клиничката несигурност” ја доведува комуникацијата во ризик бидејќи болните ги сметаат за тешки и сложени. Начинот на кој експертите ќе ја формулираат информацијата за ризиците и користа, во голема мера влијае на тоа како која информација ќе биде прифатена од страна на пациентите и на кој начин тие ќе реагираат кон неа. Например, позитивната формулација која се скажана со помош на веројатноста за преживување, по уверливо ќе го охрабри пациентот отколку негативната формулација и скажана со веројатноста за умирање.

Вештините кои се потребни за да се постигне ова секогаш се важни и разговорот може да се прошири или скратено зависно од сложеноста на одлуките кои треба да се донесат. Соочен со итноста за донесување на одлука, голема веројатноста дека клиничарот ќе настојува да го наговори пациентот во одлучување наместо да му помогне сам да донесе најдобра одлука за себе. Клучно е да се има сета на вештините и стратегии и потребни за постигнување на договор. Табела 1.

прикажува водич низ вештините на комуникација при процесот на постигнување на договор, со примерна изјавина лекарот и помошните прашања.

На кој начин се изведува планираното?

Пациентите живеат во свој свет во кој одлуките ги донесуваат само доколку имаат желба затоа и ако се во можност да го изведат планираното.

Реалноста на секојдневниот живот и факторите кои го опкружуваат, ја менуваат подготвеноста на пациентот да размисли за потребните промени околу трижата за себе и способноста тие промени да се применат. Важно е да им се повторуваат договорените планови, да се утврди дали постои меѓусебно разбирање и да се провери дали пациентот е во можност да ги спроведе тие планови. (Табела

2). Понекогаш пациентот едноставно не е во можност да го спроведе договорениот план.

КАКО УСПЕШНО ДАСЕ ЗАВРШИ ИНТЕРВЈУТО

Доведување на крајот на разговорот претставува сложен процес, а успехот зависи од тоа колку сте вештливо пристапоти во почетокот на интервјуто и од тоа кои вештини ќе ги користите при завршување на разговорот.

Доведување на крајот на било која средба со пациентот бара посебни вештини и меѓусебна комуникација ако ја ќе влијае на соработливоста од страна на пациентот и на односот лекар-пациент. Сепак, досегашните истражувања покажале дека завршетоко на средбата протекнува прилично брзо. Во една студија, средбата траела 16.8 минути и во 72% од нив,

завршето кот трае помалку од една минута. Успешниот почеток на интервјуто е големо дел помага лоизау спешен завршеток,

така да вие ште веште го изведувањена почетните делови од разговорот многу помага и го олеснува завршето кот. Како што привршува посетата со лекарот, разговорот се усмерува од сегашноста кон иднината.

- Во дејќиго разговорот кон крајот доаѓа момент кога повторно се утврдуваат и преиспитуваат договорените планови, се дава поддршка на пациентот и се простува месонего. Во реалноста, за време на разговорот третком може да се подвлече јасна црта помеѓу постигнувањето на договори и привршувањето на разговорот. При крај на средбата разговорот менува правец од сегашноста кон иднината, и така и пациентот и лекарот потврдуваат дека секој од нив разбрал и се согласува околу тоа што ќе се едипонатаму. Задачите при крајот на интервјуто вклучуваат усмерувањена пациентот кон привршувањена разговорот, проверка и сумирањена дијагностичките и тераписките планови со цел разбирање и дообјаснувањена истите и договарање околу понатамошното следење на пациентот.

Добро е новите теми да ги воведете порано во текот на разговорот,

додека при крајот да избегнуваме отварањена новите теми и прашања со цел побрзо и поефикасно да ја завршиме средбата.

- Некои постапки на лекарот во голема мера придонесуваат за одолговлекувана интервјуто, на пример истакнувањена некои нови проблеми или прашања при крајот на разговорот, неможност да се постигне договор. Ова бидејќи избегнало доколку посетите доволно време на почетокот на средбата успешно да гововете на пациентот во разговорот, да му објасните зашто сте загрижени, да му дадете адекватна информација околу планот за третман, да ги согледате видеувањата на пациентот околу состојбата и соодветно да одговорите на неговите чувства.
- Ако вие или вашиот пациент новите теми или не разјаснетите работи ги оставите за крај, ќе се доведе до развлекувањена интервјуто со што ќе се оневозможи ефикасен завршеток на разговорот. Пациентите честонекажуваат што на вистина ги мачи се додека не посетат дека лекарот планира да го приврши интервјуто. Обично тоа се случува поради тоа што пациентите чувствуваат непријатност и кои се од психосоцијален карактер или се работи за физички симптоми кои го измачуваат пациентот за време на разговорот или пак станува збор за работни кои упатуваат на потенцијално опасна дијагноза, на пример болка во градите. Понекогаш новите работи доаѓаат спонтано по касновотекот на разговорот или се случуваат пациентот или лекарот едноставно да забораваат. Фразата „само уште нешто, докторе...“, всушност делува доста фрустрирачки бидејќи ретко кога останува доволно време да се добијат информациии околу сите проблеми што го мачат пациентот.
- Кога ќе се појават нови проблеми по касновотек на разговорот, потребно е да се вратите на претходната фаза од разговорот како што е земањена историјана болеста, давањена информација на пациентот, постигнувањена договор околу планот за третман, посебно ако новата информација е од клиничко значење. Тоа ќе резултира со прекинило одолгов

лекувањенаразговорот.Аконовиотпроблемнееургентен,
пациентотилекаротможедаседоговоратпроблемотдасерешинаследнатасредба.

- Расприкажувањето, смењето,
искажувањето на заинтересираност во врска со пациентот и давањето на лични информации на крајот на разговорот истотака ќе го продолжи завршетокот на интервјуто,
што пак не значи дека тоа е лошо. Тоа е вообичаено случувано крајот од средбата,
кога и пациентот и лекарот ќе се опуштат и ќе се поврат на лични ниво,
веднаш откако ќе заврши службениот дел од средбата.

Употребувајте ефикасно комуникациски вештини раново текот на разговорот,
како би избегнале проблемина самиот крај. Постапно преминете на специфичните стратегии и вештини
за да го завршите разговорот,
на пример предупредувањето на пациентот дека се приближи крајот на предвиденото време за актуелната средба,
а, сумирањето на најбитното од средбата и договарањето на термин за следната средба.

Некои посебни вештини, пред завршната фаза од разговорот,
ќему бидат од голема помош на лекарот за по успешна да го заврши самиот разговор. Овие вештини вклучуваат:

- Ориентирањето на пациентот во односно времето кое е предвидено за моменталната средба и задачите кои се предвидени, при што тоа треба да се направи на почетокот од разговорот.
- Потенцирајте што вас ве загрижува и прашајте: “Дали ве интересира уште нешто?”,
што на почетокот, новото текот на самиот разговор.
- Потрудете се да дознаете од пациентот за неговите ставови во врска со неговата болест.
- Обидете се да пронајдете заеднички јазик коколку тоа што би требало да направите во односна дијагностиката и третманот на болеста.

Вештините кои го олеснуваат текот и успешноста за завршување на разговорот вклучуваат:

Предупредете го пациентот дека се приближи крајот на средбата.

- „Ни преостануваат уште 5 минути,
давидиме уште што можеме да продискутираме затоа време,,

Сумирајте ги главните заклучоци од вашата средба:

- “Разговаравме за вашите симптоми и направените испитувања... како што претходно реков,
мислам дека сега можеме само да чекаме и редовно да ве контролираме / лекуваме”

Повторете кои се плановите за третман и не гана на пациентот,
а со тоа проверете дали истите се правилно разбрани од страна на пациентот.

- “Значи,
прво ќе веставимена... Изгледа дека сте подготвени прво да започнете со диета и физички вежби
прво, а потоа да введете нов лек... Дали доброт разбрав?”

- “Имателинекои проблеми закоинеразговараме?...Иматеуште некое прашање?”

Планирајте ја следната средба и контролните прегледи:

- “Треба да се договориме за вашата наредна контрола... Во меѓу време, ако имате било какви прашања или проблеми слободно јаватемисе”

На крајот на средбата, _____ пред да се поздравите, да детему знаење на пациентот дека ја има вашата целосна поддршка и охрабрете го:

- “Ми беше мило што повторно се видовме... Тука сум аконе штовиза треба... Чувајте се и поздравете ја вашата сопруга од мое име.”

Лекарите честот треба да се поздрават со пациентите, што понекогаш може да предизвика да се почувствува тенажалени поради прекинување на интимната врска со пациентот, колку кратка и да трае лавашата средба.

- Во сите фази од вашата работа ќе мора кога-тога да се забогувате со вашите пациенти, при што знаете дека понекогаш можеби повторно нема да се сретнете. Тоа ќе виси случај во болниците, во итните служби, при конзилијарните прегледи, во дневна хирургија, кога ќе заменувате ваш колега, при средба со пациент во терминална фаза на болеста.
- Во денешно време пациентите забрзо времесе примаат и испишуваат од болниците. Сепак, хоспитализацијата за пациентите претставува трауматично животно искуство кое е пратено со загриженост и стравови. Пациентите треба да се приближат со вас и одвасе очекува да ги утешите додека разговарате сонив. Дозволете си миг во кој ќе ја доживеете личноста, да и посакаете добро, да ја поздравите затоа што тоа е начин да ја испочитувате таа личност. Тоа е и симболичен знак дека искуството на хоспитализацијата е завршено. Малите гестови на внимание и исочуство може да имаат големо влијание и ќе му помогнат на пациентот да се прилагоди на состојбата и да продолжи понатаму со животот.

Калгари- Кембриџ водич

Направените истражувања таукажуваат на важноста на перспективата на пациентот во интервјуто. Затоа потребно е да се води интервјуто со соединување на содржините и процесите. Кои вештини треба да бидат дел од основната едукација? Наведено е претставено во формата на речен Калгари- Кембриџ водич, централната точка и главна карактеристика на долгогодишните меѓународни напори, што всушност претставува збир на програмиза едукација и пружа структура за анализирање на вештините.

Водичот исто така објаснува како да се научат тие елементи, така што не учии подучуваат односно програмите кои се темелат на вештините: _____ структура (како да ги организираме комуникациските вештини), _____ вештини (кои вештини се промовираат), _____ валидност (кои се доказите кои потврдуваат дека овие вештини доведуваат до промени во комуникацијата) и _____ ширина (опсег на комуникацискиот курикулум). Водичот помага во структурирање на едукацијата, претставува доополнување на неговата претходна верзија од _____ 1998 _____ година, воведено во задолжителните едукативни програмивомногу земји и подобрен со промените, _____ пак вклучува и физикален преглед, во структурирање на интервјуата и изградување на односите.

Направени се големи промени на програмата за едукација на медицинските факултети, се со цел водење на поефикасно и похумано медицинско интервју. Доста добросезнае кои се најпосакуваните вештини, и причините зошто така да им се помогне на студентите да ги совладаат и применуваат тие вештини. Секако, тоа доведе до создавање на конкретни структурирани програми за едукација за комуникациските вештини и на дипломските и постдипломските студии на многу медицински факултети, со што тоа постана важна компонента за континуирана едукација на лекарите и другите здравствени работници.

КАЛГАРИ- КЕМБРИЏ ВОДИЧ ЗА МЕДИЦИНСКО ИНТЕРВЈУ- КОМУНИКАЦИСКИ ПРОЦЕС.

ПОЧЕТОК НА МЕДИЦИНСКАТА КОНСУЛТАЦИЈА

Иницијално воспоставување на однос

1. Го поздравува пациентот тимусеобраќа по име.
2. Се претставува себеси, улогата и природата на консултацијата; Добива согласност ако тоа е потребно.
3. Покажува почит и интерес, се погрижува да му овозможи удобност на пациентот.

Ги утврдува причините за консултацијата

4. Ги утврдува проблемите на пациентот или причините поради кои пациентот се обратил за помош, со соодветно воведно прашање (на пример: “кој се проблемите поради кои доаѓате во болница?” или “За што биса каледенес да разговараме?”)
5. Внимателно ја слуша почетната реченица на пациентот, без прекинување и усмерување на одговорите.
6. Ја потврдува истата на проблемите и проверува дали постојат други дополнителни проблеми (на пример: “Значи главоболка и замор; Нешто друго?”)
7. Договара план за понатамошни консултации, земајќи ги во предвид потребите на неговите потреби и потребите на пациентот.

ПРИБИРАЊЕ НА ИНФОРМАЦИИ

Утврдување на проблемите на пациентот

8. Го поттикнува пациентот да раскаже за проблемите, од почетокот на нивното појавување се до овој момент, со своите сопствени избори (со тоа да ја објасни причината поради која е дојден во болница)
9. Се служи со техники на поставување на прашања на отворен и затворен начин, со тоа што прикладно е да се користат првично прашања од отворен тип а потоа прашања од затворен тип.

10. Слушавнимателно,
пришто му допуштана пациентот да ја заврши реченицата без да го прекинува и остава простор за пациент
от да размисли пред да одговори.

11. Му олеснува одговорите, вербално или невербално, на пример со охрабрување, тишина,
повторување, парафразирање, интерпретација.

12. Ги евидентира вербалните и невербалните знаци (говорот на телото, говор, изразот на лицето,
афектот); Ги проверува и утврдува на соодветен начин.

13. Гипојаснување јасните изјави од пациентот или оние незаконски потребно до објаснување
(на пример “може ли да објасните што мислите кога велите дека вие лошо?”)

14. Повремено резимира на тоа што кажал пациентот со цел да утврди дали добро го разбрал.

15. Користиконцизни, лесно разбираливи прашања и коментари,
при што избегнува користење на жаргонски термини.

16. Утврдува точен план на соодветните постапки со пациентот и нивниот редослед на извршување.

Додатни вештини за разбирање на перспективата на пациентот

17. Активно одредува и на соодветен начин ги истражува:

- идеите на пациентот (на пример, верувањата)

- интересите на пациентот (на пример загриженоста) за секој проблем

- очекувањата на пациентот (на пример, целите,
форматот на поддршка како ја пациентот ја очекува за секој свој проблем)

- ефекти: како секој проблем влијае на животот на пациентот

18. Ги поттикнува пациентите да ги изразат своите чувства

ОБЕЗБЕДУВАЊЕ СТРУКТУРА

Креирање на јасна организација

19.

Го резимира изнесеното на крајот на секој специфична целина од интервјутото со цел потврда на разбраното,
преда преминена наследната целина

20. Преминува од една целина во друга со користење на предни реченици;
вклучува објаснувања за следната целина

Дасе обрне вниманието на некое наведење тоа на интервјутото

21. Структурирање на интервјутото логички редослед

22. Внимавањето интервјуто да се одвива според планираното и навреме

ИЗГРАДУВАЊЕ НА ОДНОС СО ПОМОШНА СООДВЕТНО НЕВЕРБАЛНО ОДНЕСУВАЊЕ

23. Показува соодветно невербалното однесување

- контакт со очи, лицева експресија

- држење на телото, позиција, движење

- гласовни карактеристики, на пример: брзина, висина, тон

24. Ако чита, пишува белешки или користи компјутер,
го правито ана начин на кој нема да попречува дијалогот

25. Влева доверба

СОЗДАВАЊЕ НА ИНТИМНОСТ

26. Го прифаќа правото на пациентите за нивни сопствени ставови и чувства; не ги осудува

27. Изразува емпатија и разбирање то и прифаќа неговите чувства и карактерот на пациентот

28. Дава поддршка: изразува грижа, разбирање, подготвеност да помогне;
ги признава напорите кои пациентот ги вложува во справување со болеста и соодветната грижа за себе;
нуди партнерство

29. Внимателно однесува во однос на стравувачките и вознемирувачките теми и физичката болка,
вклучувајќи ја и онаа која е поврзана со физикалниот преглед

Вклучувањето на пациентот

30. Господелува размислување со пациентот со цел да го поттикне неговото учество (напр.
“Она што моментално размислуваме ...”)

31. Дава објаснувања на прашањата и лина делото од физикалниот преглед, кој пациентот не го разбира.

32. За време на физикалниот преглед, го објаснува она што тој го прави во моментот,
ба да дозвола за истото

ОБЈАСНУВАЊЕ И ПЛАНИРАЊЕ

Обезбедувањето соодветно количество и тип на информации

33. Сумира и проверува: дава информации во разумен квантитет, проверува дали истите добросеразбрани, го користи одговорот на пациентот каков одичво понатамошни оттек на разговорот

34. Се проценува досегашната информираност на пациентот: во почетокот на интервјуто бара информации кои би покажале запретходната информираност на пациентот, утврдува во која мера пациентот сака да ги добие потребните информации

35. Го прапува пациентот дали има потреба од дополнителни информации кои би му биле од помош: на пример етиологија, прогноза

36. Дава објаснување во адекватен момент: избегнува предвремено давање совети, информации или охрабрувачкиборови

Помагање во прisetување тогзаточни информации и разбирање

37. Го организира начинот на објаснување: го дели на дискретни делови, создава еден логички редослед

38. Користи експлицитен начин на категоризирање или знаковно изразување (напр. “Постојат три важни работи за кои сакам да разговарам со вас. Прва ...” “Можеме ли сега да продолжиме со ...”)

39. Користи повторување и сумирање за да ги потенцира информациите

40. Користи концизен, лесно разбирлив јазик, избегнува користење на жаргон или истите ги појаснува

41. Користи визуелни методи за пренесување на информации: дијаграми, модели, писмени информации или инструкции

42. Проверува дали пациентот ги разбрал дадените информации (или воспоставени планови), на пример ќе го замоли пациентот да ги повтори дадените информации со своитеборови; дава појаснување ако е потребно

Постигнување на заедничко разбирање: вклучување на видувањата на пациентот

43. Ги поврзува објаснувањата дадени на пациентот во согласност со рамките на неговата состојбана болест: во согласност со претходно изнесените идеи, грижи и очекувања

44. Обезбедува можности и ги поттикнува пациентите да учествуваат: со поставување на прашања, барање на појаснувања или изразувајќи сомнеж; одговара на соодветен начин

45. Се грижи за вербални и невербални знаци, на пример, кога пациентот има потреба да праша нешто или да добие дополнителна информација, кога е пренатрупан со информации или е потресен

46. Го охрабрува пациентите во изразување на верувања, чувства и реакции; гипотврдува и нагласува информациите доколку е потребно

Планирање: заедничко донесување на одлуки

47. Споделува своето мислење на соодветен начин: идеи, начини на размислување, дилеми

48. Го вклучува пациентот со давање на предлози наместо да му наредува

49. Го охрабрува пациентот за заеднички придонес во размислувањата: со давање на идеи, предлози и сопствени приоритети

50. Договара план при фаталив заветестрани

51. Нуди избор:

го охрабрува пациентот на сопствени избори одлука до мерана заедничко усогласување на желбите

52. Проверува дали пациентот го прифаќа планот, дали има уште нешто зашто е загрижен

ЗАВРШУВАЊЕ НА КОНСУЛТАЦИЈАТА

Планирање

53. Договара со пациентот за внителни следни чекори

54. Постапува сигурно со намера, ги објаснува можните неочекувани исходи, што да се правдоколку планот не успее, кога и како да побара помош

Обезбедување на соодветна точна крајот на разговорот

55. Накратко ја сумира консултацијата и го појаснува планот колу трижата за пациентот

56. Последна проверка дали пациентот се сложува и дали се чувствува удобно односно, дали има било какви прашања, корекции или други работи кои треба да се дискутира.

ОПЦИИ ПРИ ПРОЦЕСОТ НА ОБЈАСНУВАЊЕ И ПЛАНИРАЊЕ (вклучително содржината)

АКО се дискутира за испитувањата и постапките кон пациентот

57. Дава јасна информација за постапките, на пример, што биможело да му случина пациентот, како јначин ќе му бидат соопштени резултатите од испитувањата

58. Гиповрзува постапките со планот за лекување: значењето, целта

59. Гипоттикнува пациентите да прашуваат за можните негативни последици, тешкотии, ги охрабрува да дискутираат за истите

АКО се дискутира за давањена мислење е важна на проблемите

60. Дава своето мислење за она што се случува и го именува, ако е можно

61. Дава образложение за даденото мислење

62. Ги објаснува причините, сериозноста на проблемот, очекуваните резултати, краткорочните и долгорочните последици

63. Ги прикажува верувањата, реакциите, грижите и ставовите на пациентот

АКО се договара заеднички план за дејствување

64. Се дискутира за можностите, на пример, преземањена акција, испитувања, ординирањена лек, оперативен зафат, немедикаментозен третман (физиотерапија, ортопедски помагала, советување, превентивни мерки)

65. Обезбедува информации за одредена постапка и третман

- Име
- Чекорите што се вклучени, начинот на кој функционираат
- бенефиции и предности
- можни несакани ефекти

66. Јасно гледа перцепцијата на пациентот во однос на потребите за акција, бенефиции, бариери, мотивации.

67. Ги прифаќа ставовите на пациентот, поддржува и алтернативни ставови според потребите.

68.

Го поттикнува пациентот да реагира и да изрази интерес за плановите и опциите за третман вклучувајќи ја прифатливоста на истите

69. Ги зема во предвид начинот на живот на пациентот, неговите верувања, културолошката позадина и можностите

70. Гипоттикнува пациентите да се вклучат во спроведувањето на плановите, да преземе одговорности да веруваат во себе

71. Го прапува пациентот од што се состои неговата поддршка, го информира за други достапни форми на поддршка.

6

МОТИВАЦИСКО ИНТЕРВЈУ

Комуникацијата е суштински дел на здравствената заштита и се признава дека добрата комуникација е од фундаментално значење за воспоставување на соодветен однос. Но, забележани се значителни разлики во однос на квалитетот на комуникација, кои ја налагаат потребата за подобрување на овие вештини.

Советувањето како вештина се повеќе се користи во системот за здравствена заштита и е од голема помош за здравствените работници, со цел да се подобри здравјето на пациентите. Мотивациското интервју е посебен облик на советување. Првично е развиено во 1983 година со цел да се интервенира при претерана консумација на алкохол. Во почетокот на деведесеттите години, мотивациското интервју се повеќе се користи и при други здравствени проблеми, најчесто кај хронични болести, кај кои промената на однесувањето на пациентот како и неговата мотивација се клучни за да се постигне добра ремисија на болеста. Позитивни чекори при користење на овие видови на советувања се забележани кај лицата со кардиоваскуларни заболувања, дијабетес, хипертензија, обезитас, психоза, кај патолошки коцкари и при превенција на ХИВ инфекцијата. Се покажа како ефикасен во менување на здравственото однесување кај пациентите и претставува интеракција во која едно лице (здравствен работник) го дава своето време, внимание, почит и експертиза со цел да му се помогне на пациентот да размисли, да ги испита, да ги открие и разјасни сопствените начини на живот за да ја унапреди здравствената благосостојба. Процесот на размислување може да доведе до состојба на когнитивна дисонанца (состојба во која поединецот има во исто време две или повеќе различни мислења или спротивставени ставови во врска со одредена содржина, на пример: “Сакам да уживам алкохол и сакам да бидам здрав.” Тоа претставува аверзна состојба и делува мотивациски на поединецот. Пациентот вложува напор било на когнитивен или бихевиорален план, со цел да се прекине и да се намали непријатноста што евоцира когнитивна дисонанца. Може да се случи поединецот да ги отфрли новите аргументи и веќе да не сака да размислува за нив, со цел да се минимизира непријатноста. Во склоп на посакуван резултат е кога поединецот ја решава когнитивната дисонанца со прифаќање на ново размислување, ставови или однесување, односно воспоставување на поздрав начин на живот. Здравствениот работник има за цел да го олесни овој процес, но не смее да го убедува лицето да го смени своето однесување, туку да го насочи пациентот на такво размислување. Во мотивациското интервју не го користиме намерното соочување, туку на пациентот му поставуваме две клучни прашања:

- Каква придобивка имате од тековното однесување?
- Кои се ризиците од сегашното однесување?

Со првото прашање се обидуваме да го надминеме отпорот што секогаш се јавува кога доаѓа до промена на однесувањето. По разгледување на потенцијалните придобивки на тековното однесување на пациентите, од нив се бара да размислуваат за тоа дали оваа промена на однесување би можело да донесе некаква корист. Важно е да се сумира разговорот, а потоа, ако пациентот е заинтересиран за промена на однесувањето, разговорот продолжува. Во тие случаи здравствениот работник дава информации како да се промени однесувањето.

Во мотивирачкото интервју најчесто се применува пристап насочен кон пациентот. Се соработува со пациентот, не се убедува, туку се преговара, повеќе се слуша отколку зборува. Многу е важно да се почитува изборот на пациентот во однос на однесувањето, без да го принудувате да се промени. За мотивирачкото интервју да биде успешно, потребно е да се поттикне внатрешната мотивација на пациентот, без наметнување на сопствените решенија, бидејќи тоа само може да доведе да пациентот почне да ги брани своите решенија. Пациентот се советува на начин на кој сам ќе ги најде аргументите за промена, сам да ги најде причините и целите што сака да ги исполни.

Еган, препорачува мотивациско советување кое претставува синтеза од Роџерс-овиот хуманистички пристап и когнитивно-бихевиоралниот и претставува модел на пациент ориентиран. Главната цел на ова советување е да се стимулира способноста на пациентот за да ги идентификува и да ги реши проблемите. Во овој случај, улогата на здравствените работници не е да донесуваат одлуки или да ги убедуваат пациентите на сопственото мислење, но да поттикнат само-ефективност. Пациентот сам ги утврдува целите и начините да се постигнат целите. Професионалното здравствено лице им помага на пациентите да ги развијат тие вештини кои му се потребни за да ја постигне очекуваната цел, почитувајќи ги пациентите, емпатизирајќи и гледајќи на проблемот на пациентот од негова перспектива.

Пациент насочен модел на советување се состои од три фази.

1. Дефинирање на проблемот - целта е да им се помогне на пациентите подобро да го разберат проблемот и јасно да го дефинираат. Ова се постигнува со насочени прашања, давање на поистоветувачки повратни информации.
2. Поставување цели - јасно дефинирање на се она што треба да се направи за да би се решил проблемот. Целите мора да бидат јасно дефинирани (пр. “Оваа недела јас ќе пушам 5 цигари помалку од вообичаеното”, а никако не „ќе го намалам пушењето,,). Целите мора да бидат остварливи. Ако сме свесни дека не би можеле да го намалиме пушењето за пет цигари, тогаш треба да го прашаеме пациентот колку цигари може да намали а да не му причинува особен проблем.
3. Олеснување на промените - задачата на здравствените работници е да им помогнат на пациентите да ги постигнат своите цели и да им помогнат во текот на транзицијата во активна фаза, фаза на дејствување. Ова треба да ги охрабри пациентите да ги презентираат сите можни

начини кои им доаѓаат на памет, како на пример ќе се соочи со проблемите во намалување на пушењето, која стратегија ќе ја применува за ублажување на можната криза.

Истражувањата покажуваат дека се повеќе и повеќе пациенти се придржуваат на медицинските инструкции ако во третманот е воведено и мотивациското интервју во споредба со оние кои биле третирани на вообичаен медицински третман. Начинот на кој лекарот разговара со пациентот може многу силно да влијае врз мотивацијата на пациентот за да го промени своето однесување.

Сепак, треба да се напомене дека не постои целосно немотивиран пациент, бидејќи секој од нас има свои цели, вредности и аспирации. На нас останува да се најде особеноста на секој пациент и да го адаптираме горенаведениот пристап, што пак води кон истакнување на важноста на комуникациските вештини.

За да се избегне било каква погрешна замисла, мотивационото интервју нема за цел да го прелаже пациентот за да го направи она што не го сака, но има за цел да се “донесе на виделина” добриот мотивациски капацитет на пациентот кој би довел до промени во однесувањето, а во интерес на неговата здравствена состојба. Мотивационото интервју повеќе насочува отколку што „наредува” (на пример, “мора да ја земете препишаната терапија” и сл.), се состои од повеќе слушање, а помалку зборување.

Мотивирачкото интервју е:

- соработка - наместо пасивни пациенти на кои им се кажува што да прават и како да делуваат, таа бара соработлива комуникација и вклучување на пациентите во донесувањето на одлуки за третманот;
- примамливо – ја буди силата на пациентите, го засилува нивниот мотивациски потенцијал и ресурси со цел да го променат однесувањето, се обидува да ја разбере перспективата на пациентот за промена;
- ја почитува автономијата на пациентот - докторот може да го информира, советува, предупреди, но пациентот е оној кој одлучува што сака и како сака.

Професионалните здравствени работници (доктори, сестри, психолози и сл.) често имаат потреба “да го вратат пациентот на вистинскиот пат”. Убедувањето во точноста на некоја постапка често доведува до отпор, не само кај пациентите, но и кај повеќето луѓе. Така на пример, луѓето кои прекумерно конзумираат алкохол се свесни дека тоа им прави штета, но, од друга страна, уживаат во таа навика и одбиваат да се гледаат себеси како луѓе кои имаат проблем со алкохолот и имаат тенденција да веруваат дека нивното пиење е во граници на прифатливото. Убедувањето на овие луѓе дека треба да ја намалат конзумацијата често води кон одговор: “па, тоа не е толку лошо, јас сум добро.” Така, наместо да се убедува за погрешното однесување, важно е да се разбере мотивацијата на пациентот, не заборавајќи на златното правило на комуникација, а тоа е слушањето кое претставува комплексна клиничка вештина и мотив за пациентите да се земе активна улога во подобрување на нивното здравје.

Три стила на комуникација во мотивирачкото интервју

1. Мониторинг на содржината која ја презентира пациентот - секој сака добар слушател и повеќето луѓе мислат дека тие се добри слушатели. Но ,наистина добар слушател посветува целосно внимание на разбирањето на искуствата на другите луѓе. Добариот слушател не дава упатства или насоки, не ги изнесува своите согласувања и несогласувања со она што го зборува лицето, не го убедува и не дава совети или предупредувања или да прави анализи. Добриот слушател светот го гледа преку очите на говорникот. Следењето на содржината што ја излага пациентот ја бара оваа софистицирана уметност наречена слушање. Затоа, следењето на содржината е прв чекор во процесот на советување.

2.Авторитативен стил - За овој стил, често се кажува дека “спасува животи”. Докторот јасно му кажува на пациентот што и како да направи ,објаснувајќи ги или не причините за дадените сугестии.

3.Насочување - значи давање на повеќе алтернативи, објаснувајќи за секоја предност и недостаток. Овој стил на советување е насочен кон целта, ги зема во предвид аргументите на пациентот и заедно донесуваат одлуки кои се најповолни за особините на личноста на пациентот ,а кои доведуваат до најголема корист за пациентите.

Директниот стил на советување треба да се избегнува колку што е можно повеќе, бидејќи вообичаено не доведува до промени во однесувањето, со цел подобрување на здравствената состојба на пациентите. Ние ќе спомнеме еден пример на пациент со болка по 'рбетниот столб која доаѓа по совет од лекар:

Докторот: Дали има промена, како се движите по операцијата на 'рбетот?

Пациентот: Да бидам искрен болката уште не се намалува и покрај земањето на лекови .
Можеби јас сум направил нешто погрешно, или операцијата не беше успешна?

Докторот: Дали бевте кај вашиот семеен лекар?

Пациентот: Да бев,ми ги препиша апчињата кои виemi ги препорачавте.

Докторот: -Одлично! Тие сигурно ќе ви помогнат. РТГ снимката на вашиот 'рбет, укажува на тоа дека операцијата помина добро.

Пациентот: Ама, докторе, мене сеуште ме боли. Вчера болката беше неподнослива.

Докторот: -Како изминува времето ќе бидете подобро , ако ги следите и сите инструкции кои ви ги дадов. Земајте го лекот, правете опуштени прошетки двапати на ден. Дојдете на контрола за 3 месеци.

Пациентот: Добро, но имате било каква идеја зошто толку многу ме боли?

Докторот: Штотуку ве прегледав и ви направив РТГ снимка и видов дека е се во ред со вашиот 'рбет , но понекогаш потребно е време.

Пациентот: -Не постојат ли други лекови кои повеќе би ми одговарале?

Лекар: -Ги добивте најдобрите за вашата здравствена состојба.Движењето понекогаш знаеда биде

болно. За ништо не грижете се. Може да ви организирам дополнителна физикална терапија. Ќе ве известам за терминот.

Во овој пример, лекарот користи исклучиво директен стил, со недостаток на слушање. Овој стил дава впечаток на недостаток на интерес за симптомите на пациентот и за пациентот воопшто.

Тоа е причината зошто ние во истиот случај, ќе ви дадеме пример на подобро советување.

Докторот: Дали има некои промени, како се движите по операцијата на 'рбетот?

Пациентот: Да бидам искрен, болката се уште не се откажува и покрај лековите. Загрижен сум да не нешто тргнало наопаку.

Докторот: -Се чини дека ова е многу тежок период за вас.

Пациентот: -Ужасен! Очекував болка по операцијата, но толку многу болка, па чувствувам дека нешто не е како што треба.

Докторот: Искрено, јас не мислам дека нешто не е во ред. Ја гледав вашата РТГ снимка и сè изгледа навистина добро. Јас сум многу задоволен. Но, кажете ми каде точно вас ве боли и при кои ситуации?

Пациентот: -Редовно ги земам пропишаните лекови за болка, но кога ќе станам од стол или кревет, чувствувам неподнослива болка. Инаку можам да трпам и јаки болки, затоа ова ме загрижува.

Докторот: Во ред, ајде заедно да ги гледаме вашите РТГ снимки на 'рбетот. Гледајте овде, тоа значи добро сраснување, сите коски се во ред, вака изгледа кога операцијата ќе помине добро.

Пациентот: -Значи, се чини дека е се во ред, не гледате проблем?

Докторот: Не, јас не гледам. Движењето по операцијата може да биде доста болно, но вие изгледате како вистински борец. Малку по малку, и тоа ќе биде подобро. Сепак, за ние правилно да можеме да го следиме вашиот прогрес, ќе ви договорам дополнителни вежби и дополнителна помош.

Пациентот: Јас ќе ви бидам благодарен.

Докторот: Јас ќе го замолам физиотерапевтот да дојде и повторно со вас да ги помине веќе еднаш пропишаните вежби.

Пациентот: -Значи, вие не гледате ништо лошо, работите се одвиваат добро? Но, дали постојат лекови кои може да ми помогнат повеќе?

Комуникација продолжува објаснувајќи ја корисноста на пропишаниот лек и зошто истиот е најдобар за пациентот.

Важно е за време на советувањето или мотивационото интервју да се користат сите три стила на комуникација, но да се знае кога и во кое време кој стил најдобро одговара на пациентот. Во првите неколку минути, важно е да се следи содржината која ја изнесува пациентот и да му се постават отворени прашања, кои ќе му овозможат на пациентот да го изрази своетовидување на проблемот (на пример: “Како сте? Што ви претставува најголем проблем?). Потоа може да се премине кон директен стил со парафразирање (на пример:.. “Гледам дека сте многу загрижени за своето здравје и дека ви причинува особена загриженост дали ја земате пропишаната терапија во соодветни дози и кои се можните несакани ефекти. Тоа е причината зошто јас ќе Ви пропишам нов лек кој е малку по јак, но не ги предизвикува оние несакани ефекти кои ви пречат. Важно е да ги земате лековите во точно одредено време.”) – И на крај советувањето може да се заокружи со насочување (на пр.“.. Која диета најмногу ви одговара? Подобро е да се јаде почесто, но во помали количини, тоа најмногу ќе одговара за вашиот режим на исхрана.”).

Три основни вештини на мотивациското интервју

Накратко ќе ги објасниме вештините кои ја формираат основата на мотивациското интервју, а тоа се:

- поставување на прашања,
- информирање,
- и се разбира, слушање.

Поставување на прашања - пациентот обично очекува од лекарот да поставува прашања во врска со неговата болест. Но, она што е важно е кои прашања и на кој начин се поставени од што ќе зависи успешноста на мотивациското интервју. Прашањата може да се од затворен тип и се користат за да се соберат многу специфични информации (на пример, каде ве боли, дали се чувствувате подобро, чувствувате влошување наутро или навечер, дали сте пушач.???) , Отворен тип - им овозможуваат на пациентите да ги опишат нивните симптоми (на пример, . “Како можам да ви помогнам? Како се чувствувате денес? Опишете ми од самиот почеток кога болката започна.”). Пациентите често велат дека се чувствуваат подобро кога им се поставуваат прашања од отворен тип, бидејќи на тој начин поактивно се вклучени во процесот на лекување и само советување. Ќе наведеме неколку примери на кратки отворени прашања кои може да се користат во повеќето ситуации:

- Што денес најмногу ве загрижува во врска со вашата болест? Ова е корисно прашање затоа што го става пациентот во центарот на процесот на советување.
- Што најмногу ве загрижува за лековите кои ги земате?
- Што точно се случува кога ќе почувствувате болка?
- Што најпрво почувствувавте кога болеста започна?
- Кажете ми нешто повеќе за ...
- Може ли да прашам? Тоа претставува многу љубезен разговор, кој му дава значење на пациентот.

Ќе наведеме пример како да се поставуваат прашања на пациентот кој се обидува да престане да пуши ,а со тоа да донесе промени во однесувањето односно, пациентот поставените прашања ги сфаќа како директен начин, со што се зголемува можноста за избегнување на промените во однесувањето.

Пример: Зошто вие би сакале да се откажете од пушењето? Ако се одлучите да го превземете тој чекор, како ќе го направите тоа, кој е вашиот план, чекор по чекор? Која е најголемата добивка, ако одлучите да престанете да пушите? Колку таа придобивка ви е важна? Што мислите за тоа на што се сте вие подготвени за да успеете? Какви се вашите сегашни здравствени навики? Што мислите за пушењето, воопшто? Што е вашиот прв чекор кој ќе го превземете?

Може да се постават и хипотетички прашања како:Штоако го прекорачите вашето правило ?Иако не можете да издржитемногу безцигари ...?

Информирање -кога се информираатпациентите многу е важно да се води сметка заинтелектуалното образование, возрастанапациентите, културната припадност, карактеристиките нанеговата личност ина моменталната ситуацијаво која се наоѓа ,за да не би дошло до пореметување во комуникацијата ипотенцијалнитенедоразбирања придавањето инструкцииили информации.

Слушање— една поговорка велидека примааме информации со ушите ,а слушааме со умот.Слушањето е важно бидејќи примааме корисни информации кои се однесуваат на болеста , избегнуваме несогласувања ,покажуваме дека ни е битно,му помагаме на пациентот појасно да го

согледа проблемот, градиме доверба. Активното слушање е основа на мотивациското интервју. Тоа подразбира насочување на вниманието, слушање со разбирање, прифаќање на другите личности, вложување напор да се сфати проблемот на пациентот.

Мотивациското интервју е еден вид на предизвик за ситет. н. помагачки професии, бидејќи вклучува голем број на аспекти кои е потребно да се земат предвид со цел да ги охрабриме пациентите да го променат своето однесување, а со цел да се подобри нивното здравје и превенција на болеста. Мотивациското интервју е вештина која бара постојан развој и усовршување, а со тоа е потребно да се земат предвид неговите карактеристики.

Успешното мотивациско интервју вклучува активно слушање, информирање и соодветно поставување на прашања, со цел да ги насочуваат пациентите во облик на однесување кое придонесува за здравјето.

Војна по Војна

Во последно време одам на психијатри се занимавам со здружението на ветерани, а со тоа многу често сум собраниелите. Уште еднаш кога добро ќе размислам околу тоа, по завршувањето на војната, несвесно, моето друштвено кое се дружам и работам, речиси и да нема некој кој не билучесник во војната. Анализирајќи се себеси гледам дека јас сум ги филтрирал луѓето на оние кои беа активни учесници во војната и на оние кои не биле. Претпоставувам дека така треба да биде, ми се допаѓало тоа или не. Многу често се нервирам и фрустрирам кога ги слушам луѓето со “синдром на Калимеџо”, па биле тоа бранители или не. Војната е за сите нас, започнаво ист ден во истовреме. Никој никогаш никој нуму бранеше да и одговори на совестта да ја бранитатковината. Во почетокот на војната и за време на самата војна, многумина најдоа начин данесе вклучат директно во војната, денес оправдувајќи се со малите деца, здравствени проблеми во тоа време, работните обврски, граѓанската и националната заштита и сл. Мнозинството од нас во единиците, додека бевме во војна ја изгубивме работната позиција или компанијата во која сме работеле. Она што го знам е дека ние не сме виновни за уништението, а ние не сме виновни низа “приватизацијата”, бидејќи во тоа време бевме на бојното поле, борејќи се за нас. Денес, долго време по војната, кога се чувствуваат безбедно дека војната нема да се врати, се почести се нападите врз бранители, како си ги добиле своите права и го наплатиле нивното учество во војната. Приказните сена многу за она колку е вистинскиот број на ветерани, кој е, а кој не е, кој заслужил, а кој не исл. ... Да, денес многумина би сакале да се менуваат за бенефициите на ветераните, но никој нас не ни прашувале и ниеби можеле да се смениме. Нашиот одговор јас сум сигурен дека единствен, а тоа е: Да, со задоволство што е можно поскоро, за сите приходи, но и за болеста и инвалидитетот предизвикани како резултат на нашето војување. Но истотака сме хумани и внимателни да би ги менувале болеста и инвалидитетот за ден, за да видат и чувствуваат низ што сме поминале и што тоа сме имале. Абенефициите, нека ги задржат што е можно подолго и тогаш нека се слушат себеси и останатите што зборуваат и што со тоа добиле. Нам ни е доволно што го вративме здравјето, ... добро, ... ако е можно, па тоа е како да се родиш повторно и го имаш сетознаење и искуство кое сте добиле до тогаш, но така е како што е. Барем ми остана фантазијата и можам да замислувам како е тоа можно и во таа фантазија барем тоа да можам да го доживеам повторно и повторно и повторно. Но кога ќе се вратам во реалноста, знам дека јас никој сум му предизвикал болка и дека поради мојата фантазија никој не страда, се чувствувам добро. Носам за кратко, пократко одтрепкање на око, па јас веќе не знам несум сигурен дали сум се чувствувал така или само сум замислувал. Мога да биде второто. Реалноста секојпат е пострашна, и мам свои се наоѓам во моето семејство. Имам убави и паметни деца, со сите свои предности и слабости, само што не се со мене, отидоа и направиле свој независен живот затоа што тоа го сакаа или можеби мораа, бидејќи со мене е тешко да се живее. Ќе биде ова второто. Спругата, прекрасна жена, секогаш е тука, речиси 30 години, и кога сум мил и драг и кога сум неподнослив. Само второто трае речиси долги дваесет години. Сам на себеси сум тежок сето

ова време,икога би можел,би излегол од оваа кожа на некоепубаво иподобро место и дефинитивно би ја понел и неа,кога таа не заминала сама овие долги речиси триесетгодини, барем за мене се долги ...можеби тоа е поради љубовта илинема каде.Ќе биде ова првото... Дали и јас би го направил тоа???.Ако не беше војната, кај би бил денес?

Јас веројатноби продолжил да работам во ХТ, но имаше војна. Состојба на екстремнилудости,загубената младости украденатаиднина.Војна, војнатапродолжува и денеспо војната,но сега само во мојата душа иумот.Во војната одоние кои не беаво униформасе чувствував сакан,разгален и чуван,само што таа магијаисчезна, не знам кога и како. Но, затоа како подарок од војната останаПТСПи осудата на околината. Јас си признавсебеси декаимам проблеми ја прифатив помошта на психијатарот.Со лекови иприфатувајќи го советот дека треба да се занимавамсо нешто,нешто да работам, ја земав судбинатаво свои раце. Денес знамдека тоа беше единствена и вистинска одлука.На овој начинјас лично си помогнав себеси на оние околумене.Основоположник сум на заедница на бранителиво неа вклучив неколкупријатели,собојцисо слични проблеми ипочнавме да работимево земјоделството.Одживотот одеднаш ми исчезнасекојдневната политика, помалку гледамтелевизија,поминувам многу помалку времево барови,и речиси и не читамвесници (таблоиди), и во семејството повторно станав поддршка на својата сопруга и децата. Го вратив СЕМЕЈСТВОТОкое речиси го бев изгубил, го вратив мојот ЖИВОТ во сета негова смисла. Повторно се чувствуваам сакано, ме чуваат и разгалуваат,но оние кои ми значатикои на кои им значам...моето семејство, моитепријатели, моите соборци.

Ако не беше ВОЈНАТА , кадеби требало да сумденес?Ако верувате, не ми е грижа ине ме интересира. Прашањето надпрашањата е, ако не беапсихијатрите,нивните совети,како и одлукисо нешто да се занимавам,да работам, да ја земам мојата судбинаво свои раце, каде би бил денес...и велат...МаријанБани Далечниот Брег : А КАДЕ СИ ТИ ...

Т.Б., ветеран

Докторот и пациентот во процесот на лечење воспоставуваат иградат меѓусебен однос. Оваа врска не се темели само на нивната рационална соработка, но, исто така, ја вклучува и тоталната ментална целина на двете страни. Психолошки опфаќа свесни, предсвесни и несвесни елементи на структурата на психичкиот апарат. Свесните и несвесните мотивациони фактори, емоции, регресивни потреби, нерешените конфликти и траумизначително влијаат на односот и интеракцијата помеѓу пациентите и лекарите. Соматските болести со своите непријатности и страдање предизвикуваат фрустрација и непријатни чувства од кои пациентите психички се бранат преку различни механизми на одбрана. Разбирањето на психологијата на пациентите и лекарите е составен дел на третманот на соматски болести, бидејќи овозможуваат подобри односи и соработката во третманот. Конфликтите и слабата соработка во третманот на соматски болести често не се резултат на технички лошиот третман, туку на занемарувањето, непознавањето, а со тоа и неконтролираното и неповолно влијание на психолошките фактори. Проблемите кои што се јавуваат во тепките односи, често бараат итно решавање, и бара за нив да се разговара, затоа што може да доведат до меѓусебно оутуѓување и прекин на третманот, што пак е проследено со разочарување и фрустрација и кај докторите и кај пациентите. Затоа, психолошкиот увид, кој ја олеснува и подобрува работата со пациентите, треба да биде разбирлив достапен за различни профили на здравствени работници.

Пациентите за разни болести добиваат различни специфични лекови. Лекарите во текот на своето образование, а подоцна и во практичната работа добро се запознаени со начинот на дејствување, индикациите и несаканите дејства на лековите кои ги препишуваат. М. Балинт погодно забележал дека лекарот е лек за пациентот. Всушност, лекарот е единствениот “лек”, кој секој пациент, без оглед на неговата специфична болест, секогаш го добива.

Универзален лек е само односот кој го воспоставуваат лекарот и пациентот. Овој однос специфичен, не под влијание на самата ситуација на лекување, како и психолошките карактеристики на лекарот и пациентот. Не знаејќи го начинот на делување, дозата и несаканите дејства на секој, па и на овој “лек” во некои случаи може да предизвика да овој лек стане неефикасен, дури и штетен. Познавањето на карактерот на односот кој лекарот и пациентот го воспоставиле е важен, бидејќи нивната релација често има решавачко влијание на целиот тек на третманот на лечење.

М. Балинт во соработка со семејните лекари скоро открил дека познавањето на специфичностите на односот доктор и пациент е реткост. Односот пациент и лекар често се случува без знаење на неговата „фармакологија“, односно во голема мера е несвесно. Балинтовите забелешки главно се однесуваат и на современата медицина и другите лекари.

М. Балинт и неговата сопруга Енид сакале да им помогнат на лекарите по семејна медицина во нивната работа, па во 1950 година на Гависток клиниката во Лондон основале Балинт групи. Во групи лекарите дискутирале за нивните проблеми и потешкотии при работата со пациенти. Главната преокупација на групата била да се разговара за случаи со цел да се разберат пациентите, да го воочат нивниот карактер и став кон болеста, како и емоционалните потреби вклучени во барањето помош од лекар. Во дискусиите се стремело кон разбирање на психолошките проблеми и потреби на пациентите, како и на лекарите, кои се појавуваат во процесот на лекување. Дискусиите биле насочени кон односот на докторот и пациентот: значењето

и можностите наодносот, како помош во лекувањето, разбирање на причините за недоразбирањата кои водат кон влошување на односот или негов престанок.

И денес, шестесет години подоцна, суштината на работата во Балинт групите остана иста. Дебатата во Балинт групите се фокусира на односот на лекарот (што укажува на случај), и пациентите, со цел да се согледа и избере што се случува меѓу лекарите и пациентите, што значаен е на друг, и што меѓусебно прават. Балинт групите разгледуваат опции за решавање на емоционалниот притисок на тешките пациенти и нивните барања. Групата ги гледа лекарите и пациентите, како две лица чија интеракција внимателно ги разгледува и се обидува да разбере се она што и на кој начин секој од нив придонесува за клиничката состојба и манифестација на проблемот.

Главните цели на Балинт групите не се психотерапија (не се оценува личност на докторот кој го прикажува случајот), надзор и настава (давајќи инструкции за тоа како да се третираат). Учесниците дискутираат за своите пациенти. Дискутираат за тековните случаи кои претставуваат проблеми ги осветлуваат фактите релевантни за нивниот однос, честоразговараат за карактеристиките на личност на пациентите и нивниот однос кон болеста, а се избегнува дискусија за лекарот, како и општата расправа.

Класичната Балинт група е мала група содржи од 8 до 12 учесници, обично лекари, но и други здравствени професионалци, кои работат со пациенти.

Можни се и модификации на поставките, кои вообичаено се користат на конгреси и семинари, во кои една мала група е опкружена со голема група. Големата група во тишина ја опсервира работата на малата група, а пред крај на сеансата се вклучуваат во дискусија.

Балинт групите применуваат поставување на стандардни правила за малите групи како што се сигурноста, односно константноста на членовите, време на одржување, простор и предавач, меѓусебна доверба, искреност и почит кон учесниците. Сесијата трае помеѓу еден и два часа (вообичаено 90 мин.) и презентацијата и дискусијата на поединечни случаи може да трае за цело време на сесијата или трае додека дискусијата е исцрпена, па ако има време, може да се премине на следниот случај. Класичната сесија ја водат двајца водичи, но може и еден. На почеток на сесијата водичот прашува: „Кој има случај?“, Ова се однесува на прикажувањето на „тешки“ пациенти.

„Тешки“, пациенти се оние кои кај докторите предизвикуваат посилни чувства. Лекувањето на пациентите кои не се однесуваат како што се очекува од нив, но и ги надминуваат вообичаените лимитивни односи лекар и пациент, или не соработуваат, не се задржуваат до договор, не одржуваат лична хигиена, ги обвинуваат лекарите за нивните проблеми, се извор на фрустрационен стрес.

На некои лекари тешки им се и пациенти кои отворено ги изразуваат своите емоционални проблеми. Во ситуација каде што не можат да ги избегнат емоционалните проблеми на пациентот се чувствуваат немоќни и збунети, не знајќи што да кажат и како да се однесуваат.

Некои пациенти ги чувствуваат личните слабости на лекарот и во одредени околности успеваат да му ја нарушат неговата ментална рамнотежа и оптимално професионално функционирање. Тогаш лекарот може да почувствува различни непријатни емоции, за кои не ни очекувал дека може да

настанат во врска со пациентот. На пример чувствуван непријателство, бес, агресија, вознемиреност, страв, болка, незадоволство, отфрлање и така натаму. Таквите своје емоционални реакции лекарот не ги очекува и тешко ги толерира, па се обидува на различни начини, свесно и несвесно, да го отргне пациентот кој сето ова во него го поттикнува, па го препраќа на друг лекар, или го испраќа на дополнителни проверки и слично.

Вообичаено по кратко време од поставување на прашувањето, раководителот се јавува наеден од учесниците и го кажува својот проблем со пациентот, објаснувајќи некој детали за случајот, а потоа ќе биде исклучен од дискусиите. Сепак, постои можност дека никој нема да одговори. Во овој случај, целата група е на чекање пред одредено време за траењето на сесијата, што претставува притисок врз учесниците сепак да се јави уште некој.

Период на „исклученост“, активната дискусија е важен дел од поставките на Балинт групата, бидејќи принудува на тоа да се сослушаат и разбираат другите. Ослободен од потребата да го оправда своето однесување, постапките и размислувањата, наместо да одговора и реагира на коментарите во групата, сето внимание го посветува на слушање и разбирање на односот со пациентот, кое подоцна му е вредно при работата со него. И останатите членови на групата вежбаат слушање и емпатија. Тие најпрво го сослушуваат членот кој го презентира проблемот, а потоа разговараат за презентираниот случај. Ги споделуваат своите мислења, разговараат за своите чувства и ситуации одивната пракса со пациентите, често отвораат нови хоризонти и решенија за проблемите. Особено, бараат да препознаат чувства кои се предизвикани од приказната за пациентот, кои можат да бидат важни при разбирањето на чувствата кои пациентот ги пренесува на лекарот, членовите на групата може да се идентификуваат со колегата или пациентот.

Балинт групата често успева да го разјасни сето она што на лекарот не му е јасно и да дознае што е тоа што му предизвикува проблем на пациентот. Иако е разбирлива тенденцијата на лекарите да ја испитаат причината за тешкотија кај „тешките“, пациенти, изворот на негативните емоционални реакции во тој однос не е едностран, туку ги вклучува и двајцата учесници. По дискусијата, членот на групата кој го раскажал проблемот, повторно се вклучува во разговор. Може да се случи лекарот кој го претставил случајот, несвесно да се идентификува со пациентот, па во групата почнува да се однесува како презентираниот пациент, а групата како негов лекар. Така, ситуацијата од амбуланта се префрла и репродуцира во групата, кое што се нарекува „паралелен процес“.

Улогата на лидер во Балинт групата

Примарната улога на лидерот на Балинт групата е да создаде клима на доверба, во која учесниците ќе се чувствуваат прифатени и безбедни. Покрај тоа, лидерите воспоставуваат и одржуваат групни норми и ја насочуваат групата кон извршување на групната задача, а тоа е дискусијата за односот меѓу лекарот и пациентот.

Лидерите се обидуваат да го задржат фокусот на дискусијата на односот на лекарот и пациентот, сопирајќи ја групата во прекумерното испрашување на излагачот, и ги поттикнуваат изразување на своите мисли и чувства во врска со она што го слушнаа. Ги штитат членовите на групата од откривање на нивната приватност и критиката која повредува, а не е корисна. Ако групата го игнорира пациентот, лидерите го враќаат во групата, како негови застапници. Во сето ова го негуваат и неговиот личен стил. Лидерите се сретнуваат со разни проблеми во водењето

нагрупата. Со цел соодветно да одговорат на емоциите на учесниците во групата, потребни им се вештини, трпение и флексибилност. Начинот на кој учесниците ги гледаат пациентите често ги изразува нивните лични емоции. Групата понекогаш се обидува да ја избегне напнатоста и потешкотијата која во нив го буди претставениот тежок однос меѓу лекарот и пациентот, така што на пример скршнуваат од темата и ја движат дебатата кон техничките детали на дијагностика или третман, почнувајќи да ја анализираат личноста на докторот или да развиваат психолошка теорија. Во овие ситуации, лидерите ја враќаат дискусијата за односот на докторот и пациентот, на внимателно набљудување и препознавање на начините на кои докторот работи и каков е пациентот во односот.

Работата во Балинт групата психолошки ги сензибилизира учесниците и го подобрува разбирањето на развојот на настаните во терапевтскиот однос. По неколку години научество во Балинт групата учесниците се стекнуваат со вештини за слушање и сочувствително разбирање. Стануваат значително посигурни во своите набљудувања. Ја развиваат способноста да ги набљудуваат сопствените емоционални состојби, поопуштено ги истражуваат оние на пациентот, но и сопствените чувства. Се зголемува нивната подготвеност и отвореност за новиначии на размислување за сопствените емоционални реакции кои се поврзани со одреден пациент и терапевтската ситуација. Стануваат повеќе свесни за емоциите кои во нив ги будат одредени пациенти. Подобро ги идентификуваат содржанието на емоциите на пациентот. На пример, ти стануваат свесни дека некои пациенти во нив будат агресивни, а некои и бидозни чувства. Учат да толерираат односно, да ја прифаќаат без вина и анксиозност регресијата на пациентот, во која пациентот станува зависен пасивен, како и разновидноста на своите емоционални реакции.

Иако Балинт групата не е поддржувачка група, сепак во емоционално тешки ситуации често дава и поддршка. Доволно непријатни чувства: анксиозност, фрустрации, депресија и непријателства се “празнат” за време на презентацијата на тешките случани колеги во групата.

Балинт групата има едукативна функција. Учесниците ги споделуваат своите интелектуални и емоционални знаења. На пример, за време на решавање на одреден проблем или ситуација учесниците вршат размена на информации, зборуваат за сопствените искуства и начините на справување со слични проблеми, но откриваат и емоции кои се јавуваат во врска со проблемот.

Работата во Балинт групата преку емоционално разбирање на односот со пациентот, подигање на свеста за сопствените реакции, ги отстранува пречките за воспоставување на оптимален зрел однос на лекар-пациент. Лекарите се стекнуваат со способност да ги препознаат психолошките потреби на пациентите, кои се кријат зад тврдењата за побарувањата на соматски испитувања или интервенции.

Балинт групата ја подобрува грижата за пациентите како и задоволството на лекарот со својата работа, односите и самиот себе. Лекар кој учествува во работата на Балинт групите полесно воспоставува позитивни односи со пациентите, затоа што подобро ги разбира нив и самиот себе. Учество во Балинт групите овозможува надминување на значителен психолошки отпор, го зголемува разбирањето и прифаќањето на динамичните знаења за улогата и влијанието на психолошките фактори во интеракциите во текот на терапијата со “тешки” пациенти. Со ова се овозможува и промена на овие фактори, односно намалување на стресот во лекарската професија. Балинт групите обезбедуваат рамка во која е можно со одветени практичен начин за лекарите и другите здравствени работници да им се доближат психолошките знаења.

Балинтгрупитеовозможуваатемоционално разбирање на односот со пациентите и на тој начин го надополнуваат научниот биомедицински модел на лекување со емпатија за емоционалните потреби на пациентите.

Уште од педесеттите години на дваесеттиот век, голем број на лекари и други здравствени работници се приклучиле на Балинтгрупите. Основани се Национални Балинт друштва, а во 1972 година. Англиското, Француското, Белгијското, Холандското и Западно Германското Балинт друштво се сплотуваат во Меѓународната Балинт Федерација, која денес брои 12 национални Балинт друштва. Во релации лекари и клинички психолози, на почетокот лидерина Балинт групата во Хрватска, заедно со нив, и социјалните работници, биле психоаналитичарите. Денес во Велика Британија и САД групите се предводени од искусни означени....

8

КОМУНИКАЦИЈА СО ДВИЖЕЊЕ

Движењето како дел од невербална комуникација

Невербалната комуникација е дефинирана како начин на којшто луѓето комуницираат без зборови, било намерно (свесно), или ненамерно (несвесно). Независно дали вербално комуницираме или не, невербалната комуникација е секогаш присутна.

Невербалната комуникација ја карактеризираат невербални знаци и јашто збирно одреден редослед го очинуваат невербалното однесување.

Во невербалните знаци спаѓаат изразна лице, поглед (фокус), тон на гласот, гестикација, став на телото, движења, мускулентонус, дишење, допир, употребана (личниот) простор, изглед (облека) и динамикана изразување.

Збирот на невербални знаци го сочинува невербалното однесување.

Невербалното однесување е секогаш присутно и е многу експресивно, дури и приобид да се прикрие.

Невербалното однесување се користи при:

- изразување на емоции
- искажување на ставови

- одознака карактеристики на личност
- контрадикција на вербална комуникација
- репетиција на вербална комуникација
- супституција (замена) на вербална комуникација
- на дополнување на вербална комуникација
- на гласување на вербална комуникација.

Вербалното изразување полесно го контролираме бидејќи на изборот на зборови можеме свесно да делуваме, па вербалната содржина може полесно да се изманипулира. Невербалните знаци се обично точни, бидејќи тие директно поврзани со несвесното, односно тие ги отсликуваат нашите потиснати ставови, па над нив немаме помалку контрола. Говорот на телото било во секојдневни ситуации или во спонтан танцова импровизација, каде што нема однапред зададени движења, го забобиколува когнитивниот дел, тој е спонтан и несвесен. Значително движењето е совршено подлабок и тесно вклопува психата.

Телото е колектор на сите наши досегашни искуства и ставови, но истото е сложено чувство и инструмент преку кој се изразуваме. Но, чувствата на движење преку коишто стечуваме искуства, можеме да ги развиеме како и сите останети сетила. Понатаму, како што одредени ставови или емоции предизвикуваат одредени движења и држења на телото, така и движењата и држењата на телото коишто ги забавуваме имаат моќ да поттикнат одредени емоции и ставови. Ова е случајот кајшто нашите кинестетички и нервни апарати коишто се наоѓаат во мускулите, пренесуваат стимулус до соодветни центри во мозокот, по што во свеста се појавуваат дваважни искуства. Едно искуство е сознанието затоа како е направено движењето, а друго искуство е одредено чувство предизвикано од движењето.

Со сема различни да се зборува за движење и да се анализира истото од искуството на сложени движења, и движење како случување во телото или изразување на телото. Таа е родена карактеристика на познавање на сопственото движење и своето постоење низ движењата е дефинирање како кинестезија и таа дисциплина која се занимава со овој феномен.

Може да зборуваме, на пример, за положба на лежење на подот и во детали стада ја анализираме, но се додека не ја забележиме мета-лежечката положба, не можеме потполно да икусиме и не познаеме што тоа значи. Истото е кајшто не можеме да зборуваме за силата и висината на еден скок, а притоа да не смесиме како на ле.

Чувствата кои што се појавуваат при движењето се важни за ситената на наши акции било да се работи заедно став
но чувство на удобности или не удобности или по сложени емоции.

Тие во секојдневниот живот често патисезанемаруваат,
а кај некои луѓе се премногу не одредени за да сенаметнат на вниманието,
така што тој емоционален аспект на движењето се губи ако не се развива.

Чувствата кои што ги предизвикува одредено движење заедно со сознанието како е направено истото дви
жење,

ја развива свеста за своето тело и способноста за разбирање на јазикот на телото во неговата единствена ко
муникација.

ВОВЕДВОАНАЛИЗА НА ДВИЖЕЊЕТО ПО ЛАБАН

Како еден од поважните невербални знаци, со оглед на тоа дека е израз на целото тело,
се издвојува движењето. Движењето е динамично,

флуиден процес кој што вклучува истовремено промени во заземање на просторот,
активација на телото и употреба на енергија.

Секој би да се отслика тој процес мора да содржи опишане на секој од овие аспекти. Покрај тоа,
мора да се земе во обзир начинот на кој што основните елементи на просторот,
телото и енергијата се комбинирани и подредени. Студијата на движењето,
како што смета Рудолф Лабан, основно положник на анализа на движењето,
би требало да содржи повеќе степени.

Основните елементи заеднички за сите движења може да се групираат во три главни групи: (1)
употребанателото, (2) употребан просторот и (3) употребана динамичката енергија.

Употребанателото

Меѓу многу те облици на координација на телото, се издвојуваат два главни облика –
движења кои што се гестови и движења кои што се составови.

Гесте “чинограничен надели на делови од тело“. Климањесо глава, нишањесо нога,
стисок на дланки или спуштање на раменици,
ситесе пример на гестови ограничени на одреден дел од телото.
Можно е изведување на два или повеќе гестови истовремено.

Од друга страна,
ставе положба кој што ја зазема целото тело во чин кој што го вршителото во целина и рамномерно.
Примери за став на телото се гледаат секојдневно. Вотек на разговорот, вкочанет,
исправен став на некоја личност може да се олабави во опуштен, новнимателен став,
додека друга личност зборувајќи сенаведнувананапред, со целото тело напнато од возбуда.
Детевокласот кревараканастојувајќи да му го сврти вниманието на учителот.
Ако тој негов гест се игнорира,
детето ќе почне да мафта со целарака и речиси ќе изрипа од клупата како би било забележаносоставот на т
елото.

Гестовите и ставовите се изменуваат во текот на сите активности.

Употреба на просторот

Навикнати сме да го замислуваме просторот како празнина. Но, Лабаниста кнал дека просторот е далеку повеќе од нешто кое е штом таму нема. Просторот е “место” на коешто се случуваат промените во движењата.

Просторот како место кадешто се случуваат движењата, може да се подели на три начини: прво, како општо просторна околината. Потоа, меѓусебни простори или оддалеченост меѓу личностите коишто се движат во одредено опкружување. И на крајот тука е личниот простор или сфера одредена од нашето досегање до декастоимена едно место. Конечно, безогледнато адалителото се движат или стои, тоа завзема простор и опкружено е со него. Тоа зафатено подрачје го сочинува личниот простор или т.н. “кинесфера”.

За комуникација е важен меѓусебниот простор. Тој има врска со промената на оддалеченост и насока, што е случај кога повеќе личности се движат на исто место. Дали се воедна група или разделени, дали одат еден кон други или се разминуваат? Дали се еден до други или се свртени со грб? Меѓусебниот простор е обременет со драма. Стои ли некој предалеку или вие за депетици? Сакате ли да го гледате во лице со говорникот или да седнете до него додека разговарате? Музборувателите надето од високо или клекнуваат за да бидат едена на стависина? Ситетието многу бројни промени во движењето имаат врска со промена на околината во меѓусебниот простор.

Основните елементи на ориентација во просторот се три димензии: должина, ширина и длабочина. Секоја димензија има двенасоки. Во однос на човековото тело должината, или висината има двенасоки, горе и долу; ширината има двенасоки, лево и десно; длабочината има двенасоки напред и назад.

Пример: вертикалната димензија ја нагласува процесот на кревање и липад. Испружување кон садот на висока полица, клекнување при работананиско, бесно удирање со нозетена подот или прапално подигање на веѓите – сето тоа движења коишто ја нагласуваат вертикалната димензија.

Хоризонталната димензија (Лабан ја нарекува, „ширина“) гинагласуваат ековитена ширење и стеснување.

Табела 1. Основните елементи на напор: фрлање трошки на прстици, ширење на раце во прегратка, протегнување на наслонот, стискање на ладно, сетото а се примери за движења при кои најпрвин се користат хоризонталната димензија.

Средишна (сагитална) димензија, којашто Лабан ја нарекува „длабочина“, го нагласува процесот на поместување кон напрединазад. Гаѓањето спикадо, повлекување после ударвостомак, скок кон напреднастартодтрка, чекорназаддодекаседвоумиме, подавање раказа поздравсонекого.

Динамика

Освен разгледување на активностанателотоизгледотна просторот, едентемеленопишнадвижењетоморанстотакадасодржиописнаначиноткакотоадвижењееизведено. Далинаглоилисоколебање? Далисеодвивалоглаткоилинизгрубидвижења? Далисопремногуилипремалкусила? Ситетиепрашањасеоднесуваатнамногугеразличнидинамичниначининакоидвижењетоможедасеизведе. Лабандинамичниотвиднадвижењегонарекол “еффорт”, т.е. напориразликувалчетирифакторинадвижењекоеиможедавараатвосекојапоединечнаакција. Можемедагоменуваме фокусот, степенотнасила, моментотнаслучувањеи степенотна контролаилитекотнакојштодвижењетоизведено.

На почеток, помислатадеканачинотна напорпредставувавнатрешенставможедаизгледачудна. Сепак, аковидимекако некојбрзоседвижи полицата, лесноможедаизвлече мезаклучокдекаистаталичностевобрзање. Акотааистаталичностсекогапбрза, добивамевпечатокдекаепостојановобрзање. Со набудување на квалитетинадвижењенатааличност, заклучуваме дека таа има став како никогапданема доволновреме. Натоасетемелишпретпоставкатадека “напорезаедничкиназивзаразличничувстванателотоидухоткоиштосеочигледниниздвижењето.”

Дагоразгледаме подетално фокусот како елементна напорот. Најпрвин, фокусотвклучува различни начинина физичко постоење околинатаи ориентирањенадвижењатаво просторот. Лабан забележал дека “во многу директни движења телото сите активни групина мускули учествуваат, по правило поточно утврден пат. Напр: при режење некој облик со ножици или приведување на конец во игла или ставање на клуч во брава.

Од друга страна, движењето може да го сметамеза индиректно кога, „преовладува со учество на неколку мускулни функции . Таа акција прави постојани промени во насоканадвижењето.” Индиректни движења има мена примерко гавотемница опипуваме барајќи го прекинувачот, мафта меза да ги знаваме комарците или разгледуваме барајќи познато лице во гужвана приемот. Индиректните движења често изгледаат како да се со површно внимание, кружни, не директни, со кривини и флексибилни.

Факторот времеоднапоротгиозначуваодноситеконитностананекоедвижење. Постојат два спротивни начина—

напорот може да биде изведен така да значително забрза одвивањето на акцијата, односно да ја одложи кулминацијата на движењето забавувајќи го истото.

Пример: Забрзување може да се види во реакцијата на траводне очекуван звук, скок за да се фати чашата пред да падне на поди за да магнувањето при фрлањето покаже јзбол. Движењата на забрзување се изненадни, брзи, моментни, краткотрајни и нагли.

Пример: Забавување има меводвижења како што се бавното одење, движења за смирување на возбудена личност или втискување на печат во релвосок. Движењата на забавување се постепени, мрзливи, безбрзање и тромави.

Тек како фактор на напорот подразбира различни односи на прецизност контрола при изведување на движењата. Има два спротивни става коишто го контролираат текот на движењата— може да се направи напор да се задржува движењето постојано со ограничување на неговиот теки и да се дозволи вродената инерција да го превземе движењето ослободувајќи го текот.

Пример:

Напорот за ограничување на движењето може да се види додека носимеш полјасока фенополнета до врвот, кога внимателно маневрира менизтесен премин во продавница за стакла или вкочането се ракува месо пристојниот домаќин. Овие движења на правени со ограничени теки изгледаат контролирани, ограничени, внимателни, напети и прецизни.

Пример: Слободен тек може да се види во движења како што се слободното рчање на детениз плажа, тресење на крпа за прашина или кревање на рака во очјај. Овие слободни движења изгледаат флуидни, солеснотија, опуштени и непречени.

Меѓутоа,

многу е важно да се биде внимателен во однесувањето од луѓе кога луѓето значењето на невербалните знаци е кога ште се земе во обзир контекстот на запознавање. Говорот на телото не е секогаш универзален, туку е многу сложен и индивидуален.

НЕВЕРБАЛНА КОМУНИКАЦИЈА И ПСИХОТЕРАПИЈА СО ТАНЦИ ДВИЖЕЊЕ

Употребата на невербалното изразување, движењата и останатите активности коишто го вклучуваат телото, овозможува раните, превербални, несимболички, кинестетички и несвесни искуства природно да се откријат, односно ослободат. Овој аспект на комуникација посебно се користи во психотерапијата и танци движење.

Применувајќи ги практичните методи потпирајќи се на теоријата на психотераписки правци, психотерапијата со танци движење (уште се нарекуваат „танцоватерапија“) е уметност на наука која што вклучува употреба на невербална комуникација и танци движење како комедиум. Сетемелина идејата дека телото и умот се неразвојни идека взаемно си делуваат. Заразлика од останатите традиционални методи, овој вид на психотерапија вклучува терапевска употреба на движењата и психомоторна експресија како своглавно начин на интервенирање, како бидеј сподобрила емоционалната, когнитивната, социјалната и телесната интеграција на индивидуата.

Основна претпоставка на психотерапијата со танци и движење е дека телесните движења ги одразуваат внатрешните, психички содржини и дека промените во начинот на движење и ставот на телото резултираат со здрави промени на психички план.

Предност на овој вид на психотерапија е во можност за комуникација на невербално ниво и во ослободување тоа и разрешување тоа на одредени потиснати психички содржини коишто се запишани и заробен во телото во облик на болест, мускулна напнатост или ограничено движење.

Досека вањена искуствата и траумите коишто се настанат во преревбалната фаза, ако што обично тешко се изразуваат, може да се пристапи со невербална комуникација низ танци и движење.

Меѓутоа, процесот на создавање на невербална, кинестетичка и чувствително-сензорна меморија неслучајно е самовораното детство, туку се создава во текот на целиот живот. Овие искуства во голема мера делуваат и го менуваат начинот на којшто индивидуата создава своја слика за сопственото тело и се доживува самата себеси. Фокусирањето на чувствително-сензорната кинестетичка меморија којашто се создава во текот на раниот развоен период, но и во подоцнежниот период од животот на една индивидуа, отворено можност за интеракција, односно комуникација по пат на невербални канали и има посебно влијание на развојот и примената на психотерапијата со танци и движење во склоп на медицинско опкружување.

Според многу научни истражувања употребата на психотерапија со танци и движење се покажала успешна во подрачјето на онкологија, кардиологија, неврологија, интерна медицина, хронични заболувања, психијатрија, имунологија како и во третман на телесни оштетувања. Резултатите од овие истражувања покажуваат дека психотерапијата со танци и движење резултира со подобрување на редифиницијата и јакнење на сликата за сопственото тело, гипојаснува границите на егото, ја олеснува физичката напнатост, ја намалува анксиозноста, депресијата, стравот, чувството на недоверба и изолација, ја подобрува комуникацијата и многу други бенефити.

Примери од пракса: враќање во телото, движење кое зборува.

Во воведниот дел од работилницата Психотерапија низ танци и движење со жени лекувани од карцинома дојка, членки на здружението „Сезане“, побрзината на изразување, мускулниот тонус и меѓусебниот однос во просторот, се сметнаа за потребна за релаксација и редифиниција на сликата и границата на своето тело кај учесничките.

Со воведување на вежбадишење на подизвивање на свесноста за мускулниот тонус и телесните граници преку допирот со подот, ја претставив секвенцата во движење по методна 1. Бартениефф. Секвенцата служи за повторно учење како да се употреби оптимална (минимална) енергија за изведување на движењето и како едноставна репетитивна акција ја истата да служи како подлога за ослободување на мисли, асоцијации, чувства, секавања и целата психичка содржина којашто може да се ослободи.

Заради стресниот начин на живот и занемарената работа на телото се губи природното чувство за ефикасност во поглед на користење на енергијата коешто сме го имале како деца. Претерана употреба на контракцијата на мускулите, особено во предел на врат, раменици, грбпадури и колкови, упатувана постојано на психичка напнатост и блокади, пасо целно делување на обрасци на движење, значиво спротивна насока, седелување на психички план.

Само посленаколку работилници забележав позитивни ефекти до војначинна работа.

Жените многу брзо ја совладаа предложената секвенца, што им овозможи да се фокусираат на некој друг проблем или тематика и што се појавува спонтано. Почетните вежби на релаксација овозможува „враќање“ во своето тело по пат на свесност за дишењето, што се чини беше и почетната показана мошната работа. Со совладување на силата на тежата на различни начини на кревање од подот, забележав дека повеќето жени заборавајќи ја натамошната проверка на својот развој во кинестетичка смисла. Истотака преку движењата коишто ги изведуваа за да се подигнат од подот, ја подобрија комуникацијата со своето тело, во смисла на надминување на одредена вкочанетост и несогласување со телото. Впечатокот којшто го добиваа како мисла во тој момент беше: “Занемарување на своите (креативни) потреби. Негирање на своите граници! Вкочанетост. “Предложив по степенологично разложно движење на кревање од подот, коешто се базира на недоследно ставување на делови од телото ангажирано во кревањето, земајќи ги во предвид границите на удобност и минимална потребна енергија. Потоа по степен оведуваа вежби коишто ги опфаќаа просторните елементи со цел да се дефинира својот личен простор и реквизитите, како бисе олеснила експресивноста во движењето посредувајќи меѓу индивидуата и темата која се изразува. Темите на почеток се однесуваа на надворешни титанцови елементи како сигурна база за враќање од евентуални непријатни искуства социранисотаа тема. Подоцна темите се повеќе беа лични, а сотоа и врзани за емоциите.

Заклучок:

Со евалуација на двомесечниот воведен програм на психотерапијата и на титанцово движење некои од впечатоките на жените беа: зголемен степен на релаксација, откривање на ново искуство во телото за коешто претходно не биле свесни, будување на детето во себе и позитивен став кон себе и своето тело, во одушевеност од движењето, новозајакнување итн. Со постепено импатичен пристап, следејќи го развојот на довербата во напрегната група, се потврди претпоставката за движењето како силен комуникациски канал којшто открива многу подлабоко од вербалниот. Истотака се потврди дека движењето е неизбежен медиум за интервенција во терапискиот процес на психосоматската интеграција.

Додаток: Некои од практичните вежби за развивање на елементиза успешна (невербална) комуникација.

ВЕЖБА 1: Огледување

Дасе застане во парови свртени со лице еден кон друг. Еден партнер водач. Следбеникот мора да ги имитира движењата на водачот што е можно поточно. Промена на улогите. Потоа дасе изведе вежбата без водач.

Секој индивидум мора да ги антиципира и следи движењата на другиот работетејќи за едно движење. Дасе направи обид дасе пренесат движењата на партнерот користејќи ги изразителни лица и говорот на тоа што се додеканесе постигне рамнотежа помеѓу давање и примање и се додеканесе постигне поврзаност и комуникација без зборови.

Цел на вежбата: дасе зголеми способност за набљудување на движењата, концентрацијата, емпатијата, дасе зајакне врска помеѓу партнерите така што ќе зависи само од движењата на телата и предвидување на она што партнерот ќе го направи.

ВЕЖБА 2: Минимални стимулации

Групата се дели на подгрупи од тројца. Внатре во подгрупата постојат три улоги: говорник, слушател и набљудувач. Секој од нив ќе добие прилика да биде во секоја од улогите.

Говорник: Зборува за нешто што му е важно: работа, семејство, одлуки, прашања.

Вежбата ќе помогне повеќе кај говорникот зборува за нешто што му е особено важно и ако е можно и да глуми. Ако говорникот не успеа до крај да ја заврши темата поради прекин на вежбата, може да се договори со партнерот да го продолжи разговорот на темата по предавањето.

Слушател: Ги практикува нештите на слушање: контакт со очи, говор на телото, паузи, минимални вербални стимулуси.

Набљудувач: Има задача да ги набљудува случаите на вербални и невербални вештини. Да набљудува и забележи што е можно повеќе ралични однесувања или промени. Контакт со очи, држење на телото, минимални вербални стимулуси, прескокнување од темата...

Постапка:

Првиот говорник ќе му зборува на слушателот 3-4 минути.

Слушателот тогаш ќе го подели своето искуство со останатите два члена на групата по последниве прашања: што беше пријатно, лесно, а што тешко?

Дали успеавте да го задржите вниманието на она што партнерот го изложуваше?

Тога шговорникот ќе ги изнесо своите чувства,
искуството околу тоа како го доживеа слушањето на партнерот:
Дали чувствувате дека партнерот вешта слуша?
Дали слушателот покажува некои знаци кои ве прекинуваат?
Набљудувачот ќе ги поделат своите забелешки. Процесот на размена на искуства треба да трае околу 3-5 минути. Промената на улогите се одвива така што слушателот ќе стане говорник, говорникот ќе биде набљудувач, а набљудувачот ќе стане слушател. Ќе се минени истиот процес со 5 минути говор, па уште 5 минути размена на искуства и последна промена така што сите ќе поминат низ сите улоги.

Целна вежба:

да се даде можност на секој индивид да научи како да ги искористи минималните вербални и невербални стимулации и како да биде подобар слушател.

ВЕЖБА 3: Дуети – варијации на расположението

а) Да се застане во парови свртени со лице еден кон друг. Еден партнер ќе биде лице А, а другиот партнер лице Б.

Партнерот А ќе избере расположението или ментална состојба која не мора да иманикакви врски со партнерот Б како што е лутина, страв, гадење, тага, радост, чудење (или забунетост, интересирање, брзање, досадување, депресија...), и ќе направи движење кое што е во согласност со тоа расположение.

Б го одсликува движењето што е можно поточно заедно со расположението. Следи промената на улогите, па повторувањето на вежбите со ново расположение.

а) Да се застане во парови и да се поделат на лице А и лице Б.

Секој засебедна избере расположението независно од партнерот.

А е водач и се движивосогласностна своето расположение.

Партнерот Б ги одсликува движењата и ставот на телото од партнерот А што е можно повеќе, носедвиживосогласностна своето избрано расположение.

Партнерите мораат да забележат што треба да променат во своето движење за да се прилагодат на своето избрано расположение. Целна вежба:

практичност екнување на свесност за расположението и состојбата на телото на партнерот;

поттикнување на развојна емпатија.

ВАЖНОСТ НА КОМУНИКАЦИЈАТА ВО ПСИХОЕДУКАЦИЈАТА

ВОВЕД

Преоптеретеност на здравствените институции и медицинскиот персонал се повеќе воведиконобидзана оѓање ефикасни и економични начини кои би довеле до олеснетаработана работнитеасотоаидо побрзо и трајно закрепнување на болниот.

Поради преголемиот број на пациенти, медицинскиот персонал во главно нема доволно време да се посвети потполно на секој од болните и да одговори на сите прашања и загрижености.

Баш поради тоа лекарите семошне често присилени да постават дијагноза и да им дадат основни информации на болните, запотоа да ги препуштат самите себеси.

Истражувањата покажале дека давање тоа потполно и сеопфатни информации на болните занивната болест може да послужи како облик на социјална поддршка и да го подобри моментот на соочување со болеста.

Истотака, со информирање може да се придонесе самиот болен да биде активен соучесник во процесот на одлучување за најдобриот и најисплатлив и третман. Постојат целаниза од психијатриски/ психотерапевтски/ психолошки интервенции како целта и ме подобрување на квалитетот на животот на болниот и општат аблагосостојба на истиот.

Во Хрватска сè уште не постои структурен состав во здравствените институции чија што суштина би била да дава поддршка на болните и нивните семејства од почеток (период кога болниот проаѓа на преглед и предпоставување на дијагнозата), па до постапката на лекување по пат на разбирливи, едноставни, детални и стручни информации и совети за сите аспекти на болеста и нејзините последици.

Предностимаат психоедукациските интервенции затоа што сонив се прави обид во што е можно пократо временски период да се унапредат квалитетот на животот на болниот, тие можат лесно да се прилагодат за работасо заболени од различни заболувања и под различни услови и стите можат да вклучат низа од експертни работени во здравствениот систем, а притоа се финансиски по исплатливи.

ПСИХОЕДУКАЦИЈА

Психоедукацијасе однесува на едукација на различни пациенти, одоние со психички пречки и пореметувања па до болнисотешки соматски болестико и следствено имаат некакви психички нарушувања.

Општа цел на психоедукацијата е да им помогне на болните како подобро да ја разберат својата болест како одасеносат сонеа и нејзините последици во секојдневно функционирањена што подобар начин.

Посебно се работи на зајакнување на силата на болниот, адаптивните капацитети, навештината на соочување со проблемите заадопоравување тобидешто побрзо и подолготрајно или пак пациентите што подобро одасеносат со потребите на својата болест.

Во процесот на психоедукација тавклучени се и членовина семејството, кои имаат важна улога во процесот на оздравување. Идејата на психоедукацијата е следна:

„Колку подобро пациентот ја познава својата болест, толку му е полесно да живее со неа и да се бори против иста!“

Психоедукацијата е најтесно поврзана со психичките болести и во праксата се покажало дека имамногу позитивни ефекти како намалување на ризикот од релапсна болеста, намалување на чувството на безнадежност и беспомошност кај пациентот и кај неговото семејство.

Постои целанизанатрудовикоијаистакнуваат позитивната вредност на (психо)едукацијата во работата со тешки и хронични соматски заболувања како што се малигнизација, хипертензија, дијабет, астма, итн или во пред/послеоперативни третмани.

Важни елементи на психоедукацијата се:

1. Трансферна информација (симптомина одредена нарушување или болест, причини, последици, зачестеност, прогноза и сл.);

2. Емоционално празнење (емпатија и размена на искуства со другите заболени од истона нарушување или болест и сл.);

3. Поддршка кон (психо)фармакотерапија и психотераписка интервенција и третмани кои би довеле до подобро соработка и помагање во медицинските експерти и пациентите (соработување во текот на третманот, придржување до упатствата и сл.);

4. Превенција на прогресијата на релапсна болеста или пак негативните последици од болеста (напр: совладување на техниката за што подобро поднесување на стресни ситуации).

Психоедукацијата може да биде понудена по пат на предавања, психоедукативни групи, советувања, „еден на еден“, советувања со употреба на летоци, книги, видеоматеријали, стручни проверени интернет страници и сл.

Воспроведувањето на психоедукацијата можат да бидат вклучени сите здравствени работници и соработници од сродните професии (медицински сестри, психолози, дефектолози, социјални работници, студенти, волонтери и секако доктори/психијатри). Крајната цел на

(психо)едукацијата е олеснување во работата на медицинскиот персонал на намалување на трошоците по пат на што подолготрајно ремисиона на пациентот и негово самостојување во правец на успешно, независно и квалитетно справување со ограничувањата и последиците на својата болест.

ВАЖНОСТА НА ПСИХОЕДУКАЦИЈА/ЕДУКАЦИЈА ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ

Во медицинската пракса е видно дека сразмерот на медицинскиот персонал во однос на пациентите е прилично голем на штета на персоналот.

Тоа води до ситуација каде лекарите и медицинските сестрини немаат доволно време детално да ги информираат пациентите за болестите.

Поради тоа пациентите и нивните семејства честосе препуштени самите на себе, што доведува до нагласено чувство на беспомошност, безнадежност, ранливост и осаменост што дополнително ја нарушува психичката состојба на пациентот.

Сите пациенти кои самостојно се обидуваат да дојдат до информации најчесто ги бараат на непроверени извори, како што се интернет форумите или „блогови“,

каде што честопати информациите се изобличени, непроверени, нецелосни или пак произлегуваат од лични, ланчки ставови и сфаќања на авторот.

Тоа доведува до низа компликации, како нередовно примање на (психо)фармакотерапија или пак до целосен престанок на примањето на терапијата.

Понекогаш пациентите не ја знаат точно својата дијагноза и се чувствуваат прилично безнадежно во обид

да оздрават. Истотака, неупатеностанасемејството во карактеристиките и последиците на болест често доведува до поголем онтамошно не разбирање на истата, несоодветно учество во процесот на опоравување, нудење на неефективно облик на поддршка со што во крајна линија сè нарушува семејната динамика и психичката стабилност на другите членовина семејството.

Задасе растерети, што е можно повеќе, медицинскиот персонал во секојдневната работа и задасо (психо) едукацијата сè спречат низ негативни последици кај пациентот и линеговото семејство, би било корисно да се основаат центри во самите клинички центри кои би биле составени од мултидисциплинарни тимови. Тие тимови би имале за цел да ја спроведуваат (психо) едукацијата на пациентите и нивните семејства.

Болните заедно со своите најблиски на тие места биможеле да добијат совети за тешкотии и тесокон што тие сè соочуваат, бидејќи се упатуваат кон соодветни здруженија за помош на болните со одредена болест, би биле поттикнати на што подетално информирање преку брошури, книги за самопомош, стручна литература и проверени интернет страници.

Ќе им се овозможи на пациентите да побараат помош и поддршка во секој време и да ја разрешат секој анеја сноти јако ја имаат.

Корисно би било да се овозможи помош преку телефон, да се изработат службени весници на мајчин јазик со детални информации за различни соматски и психички болести, линковина останати поважни страни, книги, филмови и сл.

Корисно би било истотака да се активираат интернет форумите преку кои пациентите и нивните блиски ќе можат да поставуваат прашања поврзани со болеста, а на кои би одговарале исклучиво стручни лица.

На пациентите и на семејствата биме се понудиле и стручни предавања за болестите и важноста на земање на ординираната фармакотерапија со сите последици на нивното секојдневно (работно, емоционално и социјално) функционирање.

Предавањата бигдржелестручни лица од одредени области.

Бидејќи работата на дестигматизација на психички нарушувања, но и на тешки, хронични и термални болести (напр:

разбивање на предрасуди за канцерот како исклучиво терминална болест, заболестите кај пациентите од постарата возрастна група, болните од ХИВ итн.).

Бидејќи се создаде групиво кои пациентите и нивните блиски биможеле да разменуваат искуства и меѓусебно да си даваат поддршка.

Би било корисно истотака психијатри и психолози кои се вклучени во работата на центарот да одат во конз или јарни посетина на различни оддели со соматско хоспитализирани болници кои имепотребна психолошка помош.

Финансиските вложувања во здравството долгорочно бидејќи сè на малите, а медицинскиот персонал бидејќи сè растерети со создавањето на психоедукативни програми на службени и интернет страници за одделни болести по пример навекепостојатите востранство. На пример,

во Велика Британија е основан психоедукативен интерактивен програм кој преку интернет им нуди помош на заболени од биполарно нарушување едукативна програма која ја дава сите аспекти на болеста и последиците од истата во секојдневниот живот.

Истотака во западните земји постојат веќе разработени психоедукативни програми за соматски болестик ако што е програмата за помош за пациенти заболени од малигни заболувања.

Структурата на овие програми се дели на четири компоненти: здравствена едукација,

совладување навештиниза управување со стресот,
прифаќање на стратегијата за ефикасно соочување со стресот и психолошка помош.
Резултатите од истражувањето покажуваат дека кај пациентите доаѓа до значително намалување на емоционалната ранливост и почесто употреба на активните стратегии на соочување.

ЗАКЛУЧОК

Во последно време повеќе е јасна потребата од обединет,
структуриран и систематизиран центар во кој интердисциплинарната работа на различни струки би бил
авопрв план. Таквиот центар не мора да вклучи голем број на нови кадри,
туку мнозинството од неговите членови се претходно работат во медицинските институции
(за да се растретат медицинските персонал), оние кои се во процесот на специјализација,
волонтери или студенти на медицински факултети и сродни професии.
Би било потребно сите вклучени во работата на тој центар да поминаат валидна обука за комуникација во
равството.
Моментално најважно е да се оствари јавност за потребата од формирање на такви центри,
со увид дека таквиот додатен ангажман навнатрешно и надворешно е кадар
(за кој би постоело разработено мотивационо наградувачки системи)
може да придонесе за подобро благосостојба на пациентот и неговото семејство, подолги ремисии,
подобро психолошко стабилност на пациентот,
поголема послушност на пациентот во следење на фармакотерапијата и со тоа долгорочно намалување на
атрошоците во здравствениот систем.

ДА ЗАМИСЛИМЕ ВО ПРАКСА

Ваквиот
(психо)едукациски пристап во пракса би бил остварлив преку основање на Центар за психоедукација на ед
укација на пациентите со соматски и психички проблеми во различни клинички центри ширум републиката
. Бидејќи организирани тимови на стручни лица (од лекари, психолози, медицински сестри, студенти,
волонтери итн.)
чија што примарна цел ќе биде да утврди колку пациенти се задоволни од добиената услуга на поедини
одиници,
да го проверат квалитетот на животот и да соберат информации од пациентот и од медицинскиот персонал
онескојана остварување на заедничката цел на постигнување на што подобро благосостојба на пациентот
и истовремено намалување на трошоците на медицинскиот персонал.
Посебно би било корисно да се следи што е тоа што може да им го олесни периодот на пациентите пред
поставување на дијагноза (во тек на големиот број истражувања), при дијагностицирањето,
во текот на процесот на лекување и за време на рутинските контроли.
После собирање на сеопфатни податоци бидејќи се осмислуваат специфични програми за целни групи на па
циенти, односно оддели.
Таквите програми би вклучувале стручни предавања со цел да се едуцираат пациентите и неговите најблиски
заболеста, групни и индивидуални советувања и групи за поддршка на пациентот и неговото семејство.
Истотака, ќе бидат смислени и пишани едукативни материјали (брошури, летоци)
со основни информации и предлози за дополнително информирање (стручна литература,

книгизасамопомош, стручниинтернетстраници, документарнифилмовиитн.). Посебновниманиебитребалодасеобрнеконобјаснувањенаситеразличнифакторикоиможатдавлијаатнаразвојнапсихичкинарушувањакакопоследичанапримарнатасоматскаболесткајипациентитедаимсепосочиважностанааплициранатаадекватнасоцијалнаподршкаиважностазасовладувањенавештиненасамоконтрола.

Дополнителнобисеедуциралмедицинскиотперсоналкакобисеусовршилекомуникацискитевештинипотребнаштопоквалитетенодносопациентитеинивнитесемејства.

ВоеднобисеотвориламожностдаповикаатстручнолицеодЦентаротилисамиотпациентдасеупативоЦентаротдоколкусезабележаткајнегопочетнипотешкотиивоприлагодувањето, сесецелдасеспречиразвојнаполабокипсихичкитегоби.

Когабисевоспоставиледенсистемна“скенирање”иследењенапациентот, ќесерастеретимедицинскиотперсоналсотоаштоќе можатдасезанимаваатисклучивососоматскитегоби.

МеѓунајважнитезадачинаЦентаротбибилаедукацијанаболниотнанекоиосновнивештиникоибипомогналедасесправиисоочисоболестаиподучувањеначленовитеоднеговотосемејствоодавањето нашт оеможнопоквалитетнапомошиподршка.

Истовремено, акобидепотребно, напациентитебиимсеобезбедилеуслугиоднекоибрзипсихотерапевтскиотретманикакокогнитивно-бихејвиоралниинтервенциизанапримерподобраконтроланастресот, намалувањенаанксиозноста, зголемувањеначувствотонаконтроланадситуацијатаитн.

Посебнипредавањабисепосветиленаважностаодпридржувањеконлекарскитесовети,редовноземање напрепишаната (психо)фармакотерапија, придржувањеконпосебенрежимнаисхранаидоаѓањенаредовниконтролнипрегледи, коибигиводелелекариодпосебниоддели.

ВаженделодработатанаЦентаротбибилводелотнадестигматизацијанаодделниболестиинарушувања какоиподготовказавраќањенапациентотвоработнатаисоцијалнасредина.

ИовиеЦентрибиималеможностзапостојаноунапредувањенасвоитеуслуги, возависностодпотребитенापациентотимедицинскиотперсонал, асесецелподобрувањенанивниотквалитетнаживот.

10

КОМУНИКАЦИЈА ВО УРГЕНТНАТА МЕДИЦИНА

Вовед

Комуникацискитевештиникоисепретставуваатпредлекаротнаургентнаменицинскаповеќекратноопотребни. Лекаротнаургентнаменицината треба да комуницирасосвојотпациент,

што е честомногу тешко и лине остварливо.

Во исто време мора да комуницира со семејството и средината на пациентот.

Понатаму,

мора добро да комуницира во рамките на својот тим.

Накрајот,

потребно е да комуницира и со останатите служби,

со другиот здравствен персонал како пациентот се пренесена понатамошна обработка и лекување.

Со комуникацискиот речник,

лекарна ургентна медицина комуницира со повеќе јавности: внатрешноста бидејќи може да се опише како неговона непосредна работна опкружување, а делумно е одредена одговорноста доделена на секој поединец.

Надворешниот јавен состав се состои од различни групи на примачина пораките: пациенти,

околината на пациентите, другите здравствени професионалци, полиција, медиумите.

Комуникацијата спрема надворешната јавност најчесто подразбира комуникација со пациентите и спрема другите служби. Во секој сегмент од комуникацијата е неопходно да лекарот комуницира учтиво,

бидејќи лошата комуникација може да предизвика нивна медицински, етички и правни проблеми.

Лекарите соразвиени комуникациски вештини се задоволни со својата работа,

а комуникациските вештини можат да му даат леснотина на тоа што е во секојдневните стресни ситуации.

Дека добрата комуникација е клуч за успех во кариерата познато е од многа вештини на нееврзанасамосол екарската струка.

Всушност,

често сенаведува пример на Ј.Ф.

Кеннеди кој својот политички успех го темелел на одличната комуникација со избирачкото тело.

Во секојдневниот живот сретнуваме особикоинесе одликуваат ниту со стручност,

ниту со трудољубивост,

но имаат развиено социјалната интелигенција и на тоа го градат својот професионален успех: некоисесот оародени,

но другите ааспособност можат да ја научат и извезебаат.

Комуникациските пречки се многу: различна работна опкружување,

ограничена достапност на информации, преоптеретеност со работа, недостаток на време или лош time management и сл.

КОМУНИЦИРАМЕ ЛИ КВАЛИТЕТНО?

Се подразбира дека лекарите треба добро да комуницираат со пациентите и со болните.

Добрата комуникација гарантира добар “терапевтски сојуз”,

го на малува чувството на несигурност и ја зголемува довербата и задоволството на пациентот,

позитивно влијае на неговото размислување за болеста и лекувањето,

а со тоа и на соработката во текот на лекувањето.

Начинот на кој лекарот комуницира со пациентот може да биде од пресудна важност за исходот на лекувањето,

бидејќи лекарите со добрите комуникациски вештини брзо и подобро ги препознаваат проблемите на пациентот,

а нивните пациенти подобро се прилагодуваат на болеста и лекувањето.

Важно е да се запаметат притоа

екстремно голема: важно е да се препознае емоционалната реакција на пациентот на болеста.

Пациентот се пак сам е до нудучесниците на процесот на комуникација,

иако добросостојбата на пациентот секако е примарна цел на лекарот.

Комуникацијата помеѓу пациентот и персоналот на итна медицина е помошклучително потребна а поради повеќе причини.

Како прво,

пациентите обично даа контакт со итна медицина помош кога е нивната состојбатаква да помош неможе да се чека

-

или барем да се таквите пациенти интерпретираат.

Зато комуникацијата одстрана на пациентот е оптеретена со страв,
недоверба, непознатата особа и стрес, со знаење дека времето е ограничено.

Лицата кои се јавуваат на итна медицинска помош генерално имаат малку познавање за акутните состојби во медицината.

Дури и попристигнувањето на професионалната медицинска помош пациентите и очевидците се склон
и на погрешно интерпретирање на медицинските постапки, панервозата продолжува.

Пример за ваквонеодразбирање е згрижување на изгореници.

Во случај на голем изгореници првосез згрижуваат состојби кои го загрозуваат животот (дишните патишта), што очевидци понекогаш не разбираат и го толкуваат како погрешна постапка,
имајќи предвид дека изгорената кожа е најголем проблем на повредениот.

Треба да се напомене дека различност на здравствените приоритети на пациентите и лекарите е присутна
и во другите гранки на медицината. Во секој случај,

погрешно наметнати информации доведуваат до погрешни одлуки. Во American Journal of Emergency
Medicine објавено е француско истражување во кое е заклучува дека дури 30%

од одлуките донесени одстрана на медицинскиот персонал на приемните единици на итна медицинска
помош во контекст на миокарден инфаркт биле погрешни.

Погрешна проценка предизвикува значително доцнење во примената на соодветна терапија.

Авторите заклучуваат дека точноста на телефонските медицински тријажи мора да биде подобро кај пац
иентите при јавуваат знаци кои укажуваат на акутен коронарен синдром.

Овај пример ни дава двоен проблем: проблем кој е тешко да се идентифицира прецизно ја опишува состојбата на пац
иентот и проблем на медицинскиот персонал-

диспечер кој постои по потреба за едначување на знаењето,

за системскиот пристап секако за познавање на водење на разговор со лицето кое бара помош.

Во овај разговор биможел да се вклучи прашањето на можност за вклучување на повикување на бројот

194: што бисе случило кога во итна медицинска помош не работат квалификуван медицински персонал
туку оператори кои мораат да одлучуваат за итноста на медицинскиот повик?

Ако ништо друго комуникацијата била оптеретена со уште едно преусмерување и губење време во ситу
ација во кои секундите значат живот.

Освен тоа се поставува прашање на преусмерување на пациентите кои одбилокоја причина не коминицира
ат вербално (не мисели во психотична криза) а бараат помош. Покрај тоа,

каковозилатан итна медицинска помош упатени на интервенција по потреба бикомуницира ледир
екно со оној што бара помош?

Истотака информациите за пациентот кои треба да бидат на располагање самозамедицинскиот персона
л можат да бидат на располагање на двородниот на примател на пораки што е спортивно со правата на па
циентите за заштита на информациите.

Комуникацијата во итно згрижување на пациентите е голем мерка зависно од човечкиот разговор.

Оваа константација е поткрепена со истражување што е спроведено во итниот оддел на Калифорнискиот ме
дицински центар уште пред 15 години. Резултатите од истражувањето покажуваат дека скоро 60%

од пациентите при нивниот испис ја разбираат својата дијагноза, препишаната терапија,
дополнителните упатства и планот за понатамошно лекување. За повеќе од 60% од пациенти,

изворот на најголем број информации бил току лекарот.

Дека комуникацијата во респектабилна универзитетска болница може да биде подобро дури и полошо а
толку на друго место, може да се заклучи од истражување што е спроведено во 2004 година.

Освен прекраткото време посветено на пациентот, на кое тешко може да се влијае,
квалитетот на комуникацијата во истражувањето било шокантно.

При пристигнувањето во итна хоспитализација скоро 20% од пациентите ги искажал своите тегиби спонтано (без потпрашања), а при испитна скоро 16% од пациентите прашано е дали имаат некоје прашање, притоа нив еден случај не е проверено дали пациентот воопшто разбрал што му било кажано. Накратко, интеракцијата помеѓу лекарот и пациентот се покажала краткотрајна и недоволна. Работата во итна служба е многу тешка и стресна. Истражувањето на работниот ден на здравствениот работник во едно американско болничко ургентно одделение покажало дека 89% од неговото време го поминува во комуникација. Во 84% од комуникацијата се подразбира билатерална комуникација: лице во лице и телефон, па дури една третина од стварените комуникации биле класифицирани како “реметење” со просечно по 15 такви реметења на работен час, со што најмногу биле вознемирани хиерархски повисокорангираните персонал. Таквата состојба допринесува за отежнување на работното место, што може да придонесе за намалена ефикасност на работата. Сепак медицинското лице направило два типа повеќе повици на телефон, од колку што ги примила! Причината за тоа веројатно биле консултациите во врска со пациентите. Добар дел од жалбите кои се упатуваат на итна медицинска служба се истражуваат заради незадоволство од комуникацијата со медицинскиот персонал, конкретно нивниот лош став и суровост. Перцепцијата на должината на чекање, добивањето на информации и пристојноста во однесувањето го одредуваат задоволството на пациентот. Заради тоа, објективно долгото чекање не го одредува задоволството на пациентот, колку и да тоа делува не обично. Овозможувањето на информации за пациентите, компетентност и искуство за управување на чекањето и очекувања, може да биде ефикасна стратегија за зголемување на задоволството на пациентите со реалното скратување на времето на чекање. Овај заклучок многу охрабрувачки: можеби не можеме да ги промениме објективните околности, но можеме да го промениме искуството. Едно од новите истражувања покажува дека и марасче корво комуникацијата помеѓу персоналот од екстра хоспиталната итна медицинска помош, која пациентите ги транспортира во службите за прва помош и персоналот на болничката итна медицинска помош. Повозрасните службеници комуницираат почесто, иако во исто време третираат повеќе пациенти. Медицинската сестра има улогана поврзувачка помеѓу стручниот и не медицинскиот персонал. Едно истражување во Велика Британија покажало неуспешна комуникација во секојдневната работна итна медицинска помош, посебно погрешно пренесување на писмените информации од екстра хоспиталната кон хоспиталната итна медицинска помош. Послесогледувањата и споредувањата на корективни мерки и постапки, значајно сенамалат делот на информации кои не биле испорачани или кои не биле точни. Покрај тоа трипати се зголеми бројот на точни болнички документи потребни за лекување на пациентите со кои се користеле лекаритена од делот за реанимација. Истражувајќи ги слабитеточките при транспортирањето на пациентот од итниот прием/оддел на друг болнички оддел се покажало дека комуникацијата е прва на листата на слаби области помеѓу кои сенапр. обемот на работа, ИТ, протоколот на пациенти, како и дадената одговорност. Во вакви ситуации, невербалната комуникација е многу повпечатлива од зборовите. Затоа е потребно познавање на самиот себе, сопствената личност која ја одредува сопствената комуникација кога е на работното место.

Тоа е почетна точка за прилагодување на комуникацијата кон другите.
Погрешно е да се очекува дека другите ќе се прилагодат на нас, бидејќи тоа нема да се случи.
Родителите веројатно ќе се прилагодат на сопственото дете,
но за нас возрасните точно дека тоа е вора да се прилагодат на примачот на пораката.
Примачот на пораката мора да биде напосговорник,
затоа што неморани пораката да биде вербална. Пораката може да биде и невербална, како на пр.
положбата на телото, држењето на рацете или главата.
Дури и кога не зборуваме ништо, некомуницираме и ја пренесуваме пораката.
Американските истражувања покажале дека мислењето за другите луѓе почнува меѓа да го формираме во првите секунди по сретнавањето.
Притоа се работи за спомената невербална комуникација т.с. за држењето на телото, очите, рацете, лицето. Бидејќи на никога шповеќе нема да ни се даде таква прилика за остварување на добар прв контакт, ти е прв секунди треба да знае меѓа ги искористиме.
Кај тој прв контакт особено е важно изгледот, поради што смеситесвесни, на пр: барање кредит во банка, доаѓа на интервју за работа или се подготвуваме за презентација на некој семинар.
Изгледот во понатамошните контакти го губи значењето. Добриот изглед никако не значи убавина, туку изглед прилагоден за местото и времето, со што се изразува почит спрема самиот себе, која е основа за почитување на другите.
Пристапноста на порите да се вклопиме во средината (да се прилагоди меѓа на пациентот) ги правинашите комуникациски партнери спокојни бидејќи им даваме дознаење дека нема да бидат одбиени.
Нашето однесување допринесува до подвесни потреби на пациентот, кои се оформени уште во текот на раното детство.
Интересот за пациентот му покажува дека го прифаќаме.
Пациентот кој се чувствува прифатено е соработлив, а на снитребасоработлив пациент.
Насмевката е правичуда. Како што покажуваат повозрасните: “Убавиот збор железна врата отвара”.
Дека пациентот треба да се погледне во очи, несамо императивна пристојност, туку во лекарската професија се подразбира и како дел од прегледот, при кој помошност треба да се користат и творени прашања. Што повеќе се интересираме за пациентот, поголема е веројатноста дека и тој ќе се интересира за нас, во смисла дека пациентот ќе го поттикне меѓа прифаќањето на нашите ставови и постапки.
Пациентот покрај сенаведено има своје име и своје презиме, аобраќањето негово то и менишомагаво создавањето на добар однос со пациентот.
Зависно од употребата, обраќањето со презиме (пр. г-ѓа. Наумовска) може да биде поприфатливо од колку со име.
Конструктивната критика мора да биде императив, а деструктивната критика е директна напад на самопочитувањето на пациентот и поттикнување на желба за одзвраќање на нападот, со што напата соработка е загрозена.
Добрите комуникатори имаат одлична способност за слушање - вродена или свесно развиена.
Потребно е да се развије своја способност за слушање, не е добро да слушаме само она што сме однапред, макар и несвесно, смеса каде да го слушнеме.

Заклучок

Во контекст на комуникацијата во итната медицинска помош треба да се истакне дека делото од комуникацијата које се одвива во интеракцијата со пациентот, честое ограничено е само на медицински постапки, бидејќи пациентот понекогаш не е во општово состојба да комуницира.

Освентоамногучестакомуникацијатасоисклучителнотешкипациентикакозависници, агресивни, суицидалниилиакутноестилизиранипациенти, какоинивнатапридружба. Потребитезакомуникацијакоеисепретставенипредперсоналотнаитнатамедицинскапомошсечестона двородпредвиденитерамки. Покрајтоа, персоналотнаитнатамедицинскапомошсеизложенинавербалниифизичкинапади, приштоетешко, ноособеноважнопознавањеивежбаенаправилатазадобракомуникацијакакобисеолеснилаиподобр илапоставкатазагрижувањеилекувањенапациентитекаколекаротбибилзадоволеннасвоетоработн оместо.

Сеподразбирадекаеодголемаважносткомуникацијатавнатревотимотивнатревослужбата. Итнамедицинскапомошсекарактеризирасотимскаработа. Притоатребадасезнаедекаоднесувањетовотимотнеевкупензбирнапоединци, затоаштолицатавогрупатасеоднесуваатпоинакуодколкукогаработатсамостојно. Вотимоткојесоставенодмалбројналуѓе, заедничкатацелсепостигнувасомеѓусебноадополнувањеназнаењетоивештините. Комуникацијатавнатревотимотепоинтензивнаодколкувопоголемагрупаипоголеместепенотнацене њенамислењетонасекојчлен, приштоотимотнемаместозанатпреварувачкидух. Вотимотенеопходенслободендотокипротокинаинформации.

Бидејќиистражувањатапокажуваатдека 85% одживотниотуспехзависидотнр. “социјалнаинтелегенција”, којазначиснаоѓањеводруштвонаведувањеналуѓетонасоработка, имаепричинадапоработименасвојатаспособностзапозитивеноипроактивновлијаниеналуѓетосоко икомуницираме.

11

КАРАКТЕРИСТИКИНАКОМУНИКАЦИСКИОТПРОЦЕССОСТАРИЛИЦА

Секојживотенпериодносисвоикарактеристикикиразновидности. Ноникаденемадавидиметолкуразликикакомеѓулицатавотретатаживотнавозраст. Третатаживотнавозрастзапочнуваво 65 год. одживототиседелинатриподгрупи:младистарци (лицаод 65 годдо 74 год.), стари (од 75 годдо 84 год.) имногустари (од 85 годдокрајотнаживотот). Секојаодовиегрупиимасвојаединственаживотнаанамнезаиможатдаимаатразличнасоцијалнаподр шкаипсихолошкипотреби, какоиразличнимедицинскипроблеми. Какопримерзамногустарилицаеверојатнодаимааткогнитивнидисфункции, лошосоматскоздравје, лошифинансискиисоцијалниресурсивоодноснамладитестарилица. Истотакамладитестарилицаимаатпоголематнр. здравствена (медицинска) културавоодноснамногустарителица. Токмузарадихетерогеностанагрупатанапопулацијаналицатаодтретаживотнавозраст, неоправданаенивнатагенерализација. Иакопостојатнизанепречкивокомуникацијатасолицатаодтретаживотнавозрастусловениодстареење

то (сензорни дефицити, когнитивни дисфункции, функционални ограничувања и сл.), ни една не ја попречува толкава мера како што се стереотипите кои се поврзани со старителница.

Стереотипизацијата од трета животна возраст

Предрасудите кон старителница,
како и сите други предрасуди не се насвесно нивно како такви многу силно влијаат на односот и интеракцијата на лицата од трета животна возраст,
поттикнувајќи негативни ставови поврзани со грижа за старителница,
неточни претпоставки во врска со нивната функционалност и погрешно поставена прогноза во поглед на болеста. Застарителница честосе поврзуваат со стереотипи како сенилност, ментална неефикасност, неспособност и сл. Дури и телевизиските реклами го подржуваат ова гледиште (старилница најчесторекламираат пелени за инконтиненција, таблети против ревматски болести, таблети за подобрување на памтењето, медицински помагала и сл.).
Ваквите стекнати предрасуди се масигурно негативни влијаат на интеракцијата лекар-пациент,
што може да резултира со ретки препорачани превентивни мерки,
посветување на малку време и внимание на старителница,
со примената на малку агресивни методи на лекување и сл.
Несеме да забораваме дека социјално наметнатите стереотипизации на старителница имаат големо улога во тоа како старото лице ќе ја процени својата соматска и психичка состојба.
Стереотипите доведуваат до тоа да старата особа почнува да се однесува во склад со нив,
на пример: ако владеешта дека депресијата е нормална состојба за стар човек и да потешкотите во памтење е тоа е одраз на нормалностарење, не можеме да очекуваме од старителница да побараат помош.
Поради тоа не чуди фактот дека старителница доаѓаат во стадиум кога болеста ја постигна својата хронична фаза.
Греенфилд и соработниците во своето истражување дека пациентите од стара животна возраст заболени од карцином на дојка среттираат со помалку агресивни методи од колку жените од млада животна возраст при што големозначење е мал ставовите и предрасудите.
Истотака истражувањата покажуваат дека лекарите со младите пациенти се стрпливи и љубезни,
му посветуваат поголемо внимание,
се поставуваат рамноправно и честосе оптимисти од колку со старите пациенти.
Но поради тоа силно влијаат на предрасудите на секојдневно однесување,
важно е да станеме свесни за своите ставови како тие не биле влијаат е на комуникацискиот процес,
а со тоа и на самиот исход на лекувањето.

Сензорни дефицити, когнитивна детериорација

Ослабениот слух и вид,
одредени когнитивни дисфункции се како дека можат да ја нарушат добрата комуникација.
Поради тоа е многу важно да се одстранат сите пречки кои дополнително би ја отежнале комуникацијата со лицата од трета животна возраст. Важно е да се воспостави добар визуелен контакт,
да се отстрани бучавата од позадина, да се парафразира наместо да се повторува,
да се прават подолги паузи во текот на разговорот,
да се овозможат близок социјален простор помеѓу лекарот и пациентот,
собата да биде добро осветлена и печатењето на писмени препораки со поголем фонетички буквите.
Со цел да биде масигурнијесмо _____ ли _____ отклонили _____ дистрактор,

најдобро е да го праќа меѓа пациентот далинеслуша добро ако говоримесотојтонна гласот, дали сме доволно гласни, дали не гледа добро дали постои нешто што го попречува. Иако во третата животно востраст доаѓа до когнитивни детериорации, неоправдано е да мислиме дека когнитивното пропаѓање го нарушува целокупниот интелект, емоциите и однесувањето.

Каков ќе биде исходот од лекувањето, многу зависи од успешната комуникација помеѓу лекарот и старите лица. Бројни студии покажуваат дека создавањето на чувствена важност кај пациентот го намалува бројот на хоспитализации, сманјује цсе интензитет опала, сезголемува чувството на задоволство и психичко функционирање. Но ако не смесвесни за стереотипите за старите лица и не сеземе во предвид нивните сензорни дисфункции, често доаѓа до сумова во комуникацијата.

Специфични компоненти на емпатичната комуникација солицата од третата животно востраст

Разбирање на перспективите на пациентите

Дасе фати перспективата на пациентот подразбира да комуницираме соразбирање. Моќта на комуникацијата соразбирање бара емпатија и развивање на емпатиските вештини. Едноставно и обично слушање на она што пациентот го наведува да чувствена прифатеност и важност, што е темел на успешната комуникација. Поттикнување на пациентот да дава податоци за себе, а не само 0 болест која е причина за посетаналекар, создава емпатично опкружување. Некои студии покажуваат дека се опоравуваат побрзо.

1 честосепридржуваат до медицинските упатства и неипациенти кои имале домашна медицинска посета, објаснувајќи го фактот дека лекарот добил подобар увид во фамилијарната динамика на пациентот, дека пациентот има поголема доверба и мал повеќе можностиза добивање на дополнителни објаснувања за својата болест. Некои пациенти од старата животно востраст имаат поголема степен на анксиозност при доаѓањето на лекар, што може да ја наруши воспоставената адекватна комуникација и да ја отежне можностиза добивање на релевантни податоци за пациентот. Поради тоа е потребно пациентот да се поттикнуе неприследната посета да ги запишете го бите и за она што сака да разговара со лекарот. Корисно е покажало и водење на детален дневник за тегобите. Потполенувид во перспективата на пациентот евозможувовоспоставена успешна комуникација и тоа допринесува за подобро планирање и лекување на болестите.

Старите пациенти често имаат повеќе медицински и психосоцијални проблеми, а разговорот за некои проблеми може да создаде чувство на срам и нелагодност. Затоа е важно на самиот почеток да му се каже на пациентот дека разговорот е доверлив и дека неговата приватност ќе биде заштитена. Разговорот не сме да биде од судувачки и многу е важно да се прифатат ставовите на пациентот, верувањата и составот на вредностите колку и да се разликуваат од нашите, бидејќи натој начин се создава сигурно опкружување за пациентот да ги отвори некои болни теми како см

ртта, умирањето, губитокнасоцијалналога, чувствонаотфрленост, изолираност, сексуалнидисфункциисл.

Активнослушањеиуспешнокомуницирање

Пациентитенајчестосежалатдекалекаритенегислушаатдовољно.

Добратакомуникацијазависиоддобротослушање-активнослушање.

Активнотослушањенеподразбирасамопримањенаинформациитукуинивнопроцесирање;активнослушањеенасочувањенавниманиетонаонаштолицетоговоричувствуваивозвраќањесосопственитезборовидекасмеслушналеиразбралетоаштопациентотнигокажал.

Активнослушањепокажуваинтересигрижазапациентот, воидоподобраинформираност, поттикнувапонаатамошнакомуникација,

воидопоголемаиподобрасоработкапомеѓулекаротипациентот,

гопоттикнувапациентотдаслушасопоголемовниманиеонаштолекаротмугокажуваисоветува.

Соактивнотослушањенапациентотмујапокажувамесвојатаемпатијаимупраќаменпоракадекагоразбираме, декасмезаинтересирани, декагопочитуваменеговоторазмислување.

Активнотослушањезначидеканапациентотмудозволувамедакажептосакабездагопрекинуваме, без погаѓања што је особа желела ред.

Слушањенаскриенитепоракиемногуважново процесотнакомуникација.

Невербалнатакомуникацијаепомалкуподсвеснаконтролаипрекунеадоаѓамеодтвр. скриенипораки.

Пример, пациентотможедакажедекасечувствувадобро, ноневербалнонипраќасосемадругапорака.

Важнодасевнимаваантиеразлики. Накрајотсекоактивнослушањезавршувасопарафразирањесумирањенаонаштопациентотгокажалкакопроблемитегоба (напр.

“Акодобросумрабрал/авашиотнајголемпроблема ...”). Обичновонедостатокнавреме,

сезалажувамедекасејасноичестогопрескокнувамепарафразирањето. Но, треба да се има на ум дека “подразбирање” не значи “разбирање”!

Избегнувањето на употреба на медицинска терминологија значајно допринесува за разбирање и подобрување на комуникацискиот процес.

Во комуникацијата со стари пациенти често одбегнувајте за пишување на совети,

додатни испитувања кои треба да бидат направени,

сумирајте ги најважните точки од двашиот разговор и на крајот ја објаснете му на пациентот што треба конкретни однаправи.

Бидете што повеќе специфични,

така наместо на пациентот да му кажете дека треба да ја земете препишаната терапија наутро и навечери да е важно да сев занимава со физичка активност,

кажете му дека препишаната терапија треба да ја земете постане одкревети пред да оди на спиење и да е важно да проштете околу кварталот до како ќе појавува вирус. Натопачин пациентот си создава слика,

си создава ментална мапа која доведува до подобро запамтување на дадените совети.

На крајот побарајте од пациентот да ги повторите дадените совети кои мора да ги следи.

Семејството во комуникацискиот процес

Лицата од третата животна возраст, поготово ако се работи за многу стари лица,

често кај лекарот доаѓаат со придружба на некој член од семејството,

које е важна алка во комуникацискиот синџир.

Членот од семејството дава хетерогеност и податоци што овозможува подобро увид во состојбата на

а пациентот. Членот од семејството “помага” во одстранувањето на комуникациските пречки, а активновклучувањето на членот од семејството значи подобро запознавање со болестата и начинот како да се обезбеди подбрано лекување. Голем број на студии покажале дека токувклучувањето на членот од семејството во процесот на лекување ја зголемува довербата на пациентот кон лекарот. Но не треба да се заборава фактот дека комуникациската динамика станува значајно сложена и веројатно бара повеќе време, иако некои студии наведуваат дека вклучувањето на трето лице (членот од семејството) не го зголемува значајно времето на прегледот. Покрај тоа што вклучувањето на членот од семејството нема поголема марка да го наруши прегледот на пациентот, важно е вклучувањето на медицински соработници (пр. социјален работник, психолог) кои во голема мера можат да допринесат за воспоставување на адекватна комуникација. Прво притоа се мисли на психичка подготовка на пациентот за евентуален хируршки зафат, стресни ситуации кои се одраз на примарната болест, учењето на техники за релаксација и соодветните техники за соочување, разговор за травмите поврзани со болестата.

Време-неопходен фактор за успешна комуникација

Старите пациенти имаат поголема потреба за добивање на информации во однос на младите пациенти, а анксиозноста забрзува прегледот, помалку се фокусираат на нешто потешко и по спорно и известуваат за тегобите. Истражувањата исто така укажуваат дека старите пациенти се чувствителни на маленовнимани одстрана на лекарот, повеќе се склонени на сочувување на невербалниот аспект на лекарот, препознавајќи невербални знаци дека не слушани и се склонида го прекинат комуникацискиот процес. Истражувањата укажуваат дека ако старите пациенти во првите 60 секунди добијат целосно внимание од лекарот, на крајот од самиот преглед ќе имаат чувство дека лекарот сонив поминал значаен дел од неговото време. Поради тоа е важно да се одвои доволно време за старите пациенти и да се усогласат вербалните и невербалните аспекти на комуницирање.

Проценката на општо функционирањето на лицата во трета животна возраст, а не хронолошка возраст на пациентите е клучно важна за успешна комуникација, што вклучува процената на сензорната способност, психосоцијални потреби, емоционалната состојба, начинот на соочување со проблемите и процената на потребите за помош. Кога ќе ги добиеш релевантни податоци за општата функционална состојба на пациентите, дури тогаш може да размислуваме кои се најдобрите начини на пристап во воспоставување на комуникација со пациентите од трета животна возраст. Воспоставување на емпатична комуникација, воспоставување на доверба и создавање на чувство на важност, резултат е со подобар исход на лекување, подобро придржување до упатствата и препораките, а сотоа и намалување на рецидивна болеста.



КОМУНИКАЦИСКИ ВЕШТИНИ СО ПАЦИЕНТИ КОИ БОЛЕДУВААТ ОД НЕИЗЛЕЧЛИВА БОЛЕСТ

.....

II доаѓам кај онкологот во договореното време со однапред припремени прашања. Ме прекинува веднаш после првото прашање со совет да не пребарувам по интернет, затоа што јас сум само наставничка, а таа студирала и докторирала онкологија. Продолжва да зборува за проценти на успешност на некоу лекови, на радио терпија, операција (збрканица? Во глава, некаде недостасуваат 22%), за рок на траење (три до пет години, жени, пациенти со мој тип на рак, ХЕР позитивни, градус три). Ме прашува што уште ме интересира и ми сврте грб, за да го напише своето мислење и упатување за понатамошно продолжување со хемотерапија со црвен лек, а јас тек сега прозборувам и прашувам читајќи од лист со голема трема: “Што ќе биде откако ќе поминат сите хемотерапии, ќе бидам ли здрава и какви ќе бидат последиците на остатокот од мојот организам?” “Немам кристална топка”- договори. Моето време истече, ја напуштам ординацијата. Со писмена потврда дека имам рак, постапка и протокол на кој треба да одам, со кошмар во главата, баш како хрчац да трчаат во тркало, се прашувам сама себе- немам кој друг: Зошто постапката и протоколот не е прво да се разговара со жените, со сопругот, со семејството? Што да се каже на децата? Зошто прво не е зрачна терапија да се смали туморот, па потоа хемотерапија за да се евентуални излекување, промена на исхрана, начина на живот, намалување на стрес, па тек после тоа “поштедна”? операција, а не тотална мастектомија која ја жигосува жената? Казна, разговор, разговор, а не казна, некомунијација, срамота. Немам сида, ниту ја купив болеста во маркет или кај дилер. Огорчена сум и лута! Идури сега ми е јасно дека тоа е хронична болест со која морам да се борам до крајот на животот. Губење на секое нешто од доегашниот живот, губење на квалитет за да добијам на кванитет. Избирам квалитет! Се откажувам од хемотерапија!

*** (ЈБ, жена заболена од рак на дојка)***

На многу начини губитокот ни покажува што ни е најдрагоцен, додека љубовта не учи кои сме. Врските не потсетуваат на нас и ни дава извонредни можности за развој. И една од повеќето изненадувачки лекции што ни беа понудени од страна на нашите наставници е дека животот не завршува со дијагноза на животно загрозувачка болест - тогаш навистина ќе почне. Почнува во тој момент кога ќе ја признаете реалноста на својата смртта, исто така, мора да се признае реалноста на својот живот. Презнајте дека се уште сте живи, дека мора да го живеете својот живот сега и дека единствено овој живот го имате. Главната лекција која ја учиме од оние кои умираат секој ден е да го живеете секој ден во целост...

Елизабет Кублер Рос

Модерната медицина е поделена на превентивна, куративна и палијативна медицина. Палијативната медицина е активна тотална нега на пациентите кај кои не одговара куративен третман, така што активностите и ставовите на модерната палијативна медицина овозможуваат

достоинствено соочување на луѓето по напредната или терминална болест. Палијативната медицина не може да го излечи пациентот, но може да му пружи нега, да ги ублажи болките и страдањето, но се обидува да го сочува достоинството на поединецот како човечко суштество. Палијативен третман треба да го опфаќа периодот од дијагнозата на неизлечива болест до периодот на жалоста по смртта на пациентите. Околу половина од пациентите во палијативната медицина има некои од онколошките болести, значителен број на пациенти со деменција, мозочен удар и краен стадиум на болест на црниот дроб или срцева слабост.

Покрај тоа што палијативната медицина не е институционализирана, повеќето од медицинскиот персонал се среќаваат со поедини аспекти од палијативната медицина. Комплексните проблеми со кои се соочува пациентот со живото загрозувачка болест, како и неговото семејство, ги надминуваат можностите и стручноста на само еден специјалист, па во палијативната медицина секогаш се дава акцент на мултидисциплинарниот тим. Потребна е организација на палијативната медицина на сите нивоа на здравствена заштита, од домашни посети на тимот за палијативна нега, болнички тимови за палијативна нега, палијативна медицина, клиници, одделенија, домови и др., и во многу земји во светот постојат различни модели на организација на палијативната медицина и тоа специјализации и супспецијализации од оваа област. Во палијативната медицина нема и не смее да се остави простор за реченицата “Ништо не може повеќе да се направи”, туку секогаш да се прашуваме “Што друго може да направиме за пациентите и нивните семејства”. Палијативната медицина може да се подели на примарна и специјализирана. Примарна палијативна медицина ја извршуваат матичните лекари и сите професионалци како што се интернисти, онколози, геријатристи и други. Специјализираната палијативна служба е специфична, независна служба за тешко и сериозно болни. Таа е составена од компетенти и специјално едуциран мултидисциплинарен тим кој работи спред принципите и методи на палијативната медицина, а членовите на тој тим имаат посебна едукација од таа област.

Комуникацијата во палијативната медицина е исклучително тежок и сложен процес. Без добра комуникација нема добра палијативна медицина. Заради мултидисциплинарниот тим во палијативната медицина двонасочната комуникација доктор-пациент го отстапува местото на мрежа од различна комуникација на членовите на тимот, пациентот и неговото семејство. Важно е да се знае динамиката, процесите, односите, како и улогите и одговорностите на секој член на тимот. На пациентите со неизлечива болест им е неопходна поддршка, а комуникацијата всушност е “срце” на таа поддршка. Целта е да се препознаат желбите на пациентот. Ако пациентот не учествува во процесот на донесување одлуки, тоа често ја зголемува анксиозност и депресија кај пациентот. Често лекарите кои се чувствуваат не доволно компетенти во комуникацијата, покажуваат симптоми на согорување (burn – out) и се чувствуваат помалку задоволни од работата која ја работат. Тежината и специфичност на секојдневната работа на лекарите во палијативната медицина налага потребата од едукација за комуникациски вештини.

Во секојдневната лекарска пракса, лекарите мораат да им соопштат лоша вест на пациентите многу пати во текот на нивниот работен век. Соопштувањето на лоша вест е комплексна задача која вклучува вербална и невербална компонента на тие кои ја соопштуваат, препознавање и реагирање на емоциите на пациентите, вклучувајќи ги и пациентите во донесувањето на одлуките и изнаоѓање на начини за буdefето на надеж и пружење поддршка. Соопштувањето на лоша вест е процес, а не еднократен настан. Важен е внимателен, емпатичен пристап. Важно е да се биде свесен за многу голем број на индивидуалните стравови и грижи кои пациентите може да ги

имаат поврзани со нивната болест, така и со лошите вести. Само лекар кој е добро обучен во комуникациски вештини може соодветно да одговори на целиот спектар на емоции на пациентот. Важно е да се процени дали емоциите на пациентот се акутни или хронични. Начинот на кој се соопштуваат лошите вести може да влијае на многу одлуки кои треба пациентот да ги донесе, како што се и одлука за третман, вклучување на семејството во негата, сместувањето и слично. Важно е да се биде емпатичен, искрен, сочувствителен, да се задржи оптимизмот и надежта, но мора да внимава на рамнотежата и тенката линија помеѓу реални надежи и лажни очекувања за долго преживување. Особено, треба да се внимава во мултидисциплинарните тимови да не се случи еден член на тимот да каже нешто, а другиот да го прекути. Начинот на комуникација е многу важна. Заради тоа во светот се развиени различни програми за едукација на професионалци за соопштување на лоши вести на сите нивоа.

Во палијативната медицина освен анксиозност, депресија и неприлагодување како акутни емоционални реакции, гледаме и страдање и деморализација како хронични реакции. Од впечатокто често може да видиме како страдањето е идентификувано со болката, иако тоа не е исто. Пациентот може да чувствува болка, но не мора страда, и обратно. Страдањето не е универзално, неговите причини се секогаш лични и не може да се предвидат. Пациентот може, а и не мора да има психијатриски симптоми. Ако пациентот страда од дезинтеграција, целта е да му се помогне во обид да реинтегрира. Деморализацијата е една од хроничните емоционални реакции. Деморализација може да се види како посебен и специфичен одговор на заканата на пациент кој е сериозно болен, која се карактеризира со изразена анксиозност и неможноста да се види на излез. Деморализираниот пациент може во еден момент да се смее или да ужива, но не може да замисли добра иднина, додека депресивен пациент не се чувствуваат добро во ниеден период.

Прогнозата и ризикот во контекст на условите за здравствена заштита се најчесто поврзани со проценката на оздравувањето, односно да се постигне здрава состојба, вклучувајќи го и развојот на болест или онеспособеност, симптомите на болеста, придобивките и несакани ефекти од третманот и можноста за умирање. Да се процени колку еден пациент може да живее или кои се можните исходи, воопшто не е лесно, а да се разговара со пациентите за тоа на начин кој е јасен и воедно со поддршка, е уште потешко. Во западниот свет, пациентите генерално сакаат да добијат што повеќе информации за прогнози, но секогаш постојат мал број (10%), кој вели дека не сака да знае за прогнозата ниту да дискутира за истото. Тој процент секогаш се искачува кај палијативните пациенти. Важно е балансирана презентација на фактите со доволно време и објаснување кое ќе помогне пациентот да го разбере и да се прилагоди на тоа што го слуша.

Растечкиот успех на лекувањето на ракот и зголемувањето на бројот на преживеаните пред лекарите поставува нови комуникациски предизвици за кои за кои до сега е малку напишано. Акутното преживување започнува за време на дијагозата и тука доминираат дијагностичките тестови и третманот, а водечки психолошки карактеристики се стравот и анксиозноста. Продолженото преживување вклучува периоди на ремисија, после медицинскиот третман, а тука доминира стравот од рецидив. Трајното преживување, како трета фаза, слично е на излекување, вклучува долготрајни последици од ракот, па дури и проблеми поврзани со работата или осигурување. Тука се многубројни комуникациски предизвици затоа што пациентите сега треба да се мотивираат, следат, да се види колку се во можност да следат одредени пишани материјали, колку разбираат, што разбираат, кои проблеми преовладуваат. Семејниот лекар обично ја

превзема грижата за преживеаните, а овој процес е од исклучително значење е неговата комуникација со преживеаните, членови на семејството, но и другите здравствени работници кои се вклучени во грижата за пациентот. Преживување ќе биде помасовно, но потребата за едукацијана комуникациските вештини на семејните лекарите и другите здравствени професионалци е се поголема. По дијагностицирање на рак, пациентите често велат дека никогаш повеќе не можат да се опуштаат и да уживаат заради постојан страв дека болеста повторно ќе се врати, што во медицината често се нарекува Дамоклов синдром. За жал, една значајна група на пациенти ќе добијат рецидив, а реакциите пак зависат од карактеристиките на личноста и начинот на соочување па од таму и емоционалните реакции ќе бидат различни. Реакциите на рецидив, пациентите често се исцрпено иако многу од нив реагираат изнедавачки силно. Во тој процес многу е важно да се разговара, да се види дали пациентот разбира она што му го зборуваме, дали и колку има енергија, дали воопшто ја сфатил информацијата. Кај рецидивите докторот често чувствува разочарување, вина, лутина, бидејќи тој има воспоставено одредени односи со пациентот и тоа тешко го преживува. Докторот треба да процени колку пациентот сака да добие информации, да биде истраен во донесувањето на заедничка одлука и да активно дебатира во врска со одредени форми на понатамошното лекување.

Голем број на одлуки во палијативната медицина вклучува тежок избор помеѓу различните форми на третман, со голем број на потенцијални ризици и бенефиции. Бидејќи лекувањето денес станува се покомплексно, навремени информирање и донесување заеднички одлуки, се исклучително важни. Пациентите имаат различни верувања за болеста, така што донесувањето на заеднички одлуки ја подобрува довербата помеѓу лекарите и пациентите, но исто така и се обезбедува меѓусебно разбирање, што е важно за понатамошната соработка при третманот. Младите пациенти често сакаат повеќе информации отколку повозрасните, кои пак сакаат да се “потпраат” на лекарот и тој да донесе одлука. Важно е директно да се праша пациентот колку сака да знае детали при опишување на секоја терапевска опција: маку, средно или многу детали.

Докторите во својата работа со пациентите со тешка и/или неизлечлива болест често се во триаголен однос: доктор-пациент-семејство. Семејството е примарниот неговател на пациентот. Тоа има своја динамика, ја дели болеста со својот член и поминува со него низ многу тешки периоди. Вклучувањето на семејството во негата уште повеќе ги зголемува предизвиците и сложеноста на ренесување информации и самата комуникација. Истражувањата укажуваат на важно влијание на членовите на семејството во креирање на однос доктор-пациент, затоа што тие внесуваат додатна динамика во клиничката интеракцијана своите личности, начин на соочување, желба за поставување на прашања на докторот, претходни искуства итн. Партнерите и членовите на семејството, како и пациентот, се соочуваат со низа различни емоции кои им влијаат на нивниот живот и нормалното функционирање. Важна е комуникацијата со партнерот, емпатијата, познавање на односите, општо целиот процес на комуникација кој вреди за пациентот вреди и за партнерот. Во оквиорот на комуникација со семејството треба редовно да се одржуваат семејни состаноци, на кои ќе се разговара за тоа што е најдобро за пациентот. Најчесто тие состаноци се одвиваат во два дела. Првиот дел од состанокот го води докторот, а другиот дел некој од медицинскиот тим кој се занимава со психосоцијална нега, а поврзано со проблеми како што се: соочување, емоционални реакции, влијанието врз семејството и семејството врз болниот. Во секој случај, семејниот состанок е многу важен во целокупната нега на пациентот,

незаобиколувачка точка во палијативната медицина. Се промовира партнерство на семејството со палијативниот тим.

Покрај напредокот во лечењето, значаен број пациенти сепак ќе умрат поради неизлечливата болест. За овие пациенти, целта на наеѓата од куративна се менува во доминантно палијативна во една точка во текот на траење на болеста. Комуникацијата за премин на палијативна нега и преместување во палијативна единица може да биде голем предизвик за пациентот, семејството и лекарот. Се потенцира страв од смрт, беспомошност, напуштење. Треба да се биде многу внимателен, да се соработува со пациентот, да се стави нагласок на калитетот на животот и постапно да се развива прифаќање на животно ограничувачката болест, ни и понатаму да се одржува надеж за животот кој му преостанува. Освен тоа, оваа комуникација се оставрува низ тек на одредено време, низ повеќе средби, а не во еден краток разговор. Постојано треба да се чува достоинството на пациентот, да се има одлична контрола на симптомите, да се обезбеди клима во која му се верува на докторот и да се припреми за смртта, вклучувајќи способност да се каже збогум. Друг битен аспект е одбегнување на скапи и непотрбни лечења со кои залудно се тошат огромни средства, се измачува пациентот со скапи испитувања и лекаства и не се прифаќа реалноста. Многу е важно да се праша пациентот кои му се целите, вредностите, зошто и како понатаму. Нагласокот се става на сегашниот живот, животот во негова потполност овде и сега покрај тешката болест, а што би можело да ја подобри состојбата на пациентот. Голем број на пациенти се плашат од умирање, па прашуваат како ќе изгледа тоа? Повторно треба да се процени што сака пациентот со овие прашања па во овој процес треба да се оди постапно. Често како теми се јавуваат проблеми со траење од апарати, терапија која го продолжува животот, дури и директно на “не оживувај” (до нот ресусцитате, ДНР). Добра едукација за комуникациски вештини на многу пациенти и нивни семејства им го подобрува процесот на донесување одлука, емоционална, духовна и практична подпора, лечењето на симптомите, должината на престојот и целокупниот терет на семејството. ДНР не може да оди без јасна едукација на пациентот. ДНР едукација и разговор се води доста рано, штом се види дека болеста е неизлечлива, со доброедуциран пациент. Во светот постојат и протоколи за прекинување на терапијата што го продолжува животот и протоколи за префрлување на пациентот во болница или палијативна единица со помалку медицински технологии. Важно е да се истакне дека тоа префрлување во палијативна единица не значи и прекин на терапијата, туку друг облик на лечење, со тоа цел на негата е усмерена према зачувување на личноста и работа со семејството, а не само на пратење на физиолошките параметери. Важна е едукација на семејството и пациентот и заедничко донесување на одлуки. Со оглед на тоа што до денес во Хрватска нема добро организирана палијативна медицина, сите овие прашања тек треба да ги отвориме почитувајќи ги сите закони на медицинската етика, националниот закон, а најмногу почитувајќи ги желбите и достоинството на пациентот.

Повеќето ќе се сложат дека една од најтешките вести се дека или тој, или некој негов близок, негово дете, боледува од малигна болест, дека има рак. На таква вест неретко се тоне во мрак од очај. Врежено мослење е дека да добиеш дијагноза “рак” е истко како и да добиеш смртна пресуда. За среча, тоа мислење е погрешно, посебно кога се работи за деца заболени од рак.

Во Хрватска секој година од некоја малигна болест заболуваат во просек околу 188 деца или поинаку кажано- секој втор ден се појавува нов пациент со дијагноза малигна болест на возраст 0-19 години. Успешноста во лечење на малигни болести кај деца во РХ не заостанува по

результатите во однос на развиените земји, заблагодарувајќи им се на стручноста и трудот на нашите здравствени работници, пред се на лекарите. Процентот на излекување на малигни болести во детска возраст изнесува околу 70% или поинаку кажано, од три болни деца- две ќе бидат излечени. Тоа се охрабрувачки податоци кои даваат причина за задоволство од нашето здравство, но тука се појавува прашање за потребната помош на заболените деца и нивна заштита лесно се сфаќа. Може да се слушне размислување: “тие се и онака во болница, таму ја имаат цела потребна нега, само да се стрпат да заврши долгото лечење и повторно ќе бидат без грижи”. Таквото размислување, нажалост, е далеку од вистината. Кога при екстремно трауматични настани се случиле во некое место, училиште или градинка, се основа кризни стручни тимови составени од посебно едуциран психолог- психотерапевт, социјален работник, педагог, социјален педагог и други стручни лица според потребите. Таков стручен тим излегува на терен и дава прва помош во психосоцијална смисла на најзагрозените и најпогодените во некои трауматични настани. Во напредните земји таквите стручни тимови секојдневно работат на онколошките оддели.

На детски онколошки оддели во Хрватска моментално работи 1 психолог и 1 трудов терапевт. На детските онколошки оддели трауматичните ситуации се секојдневни, но нема стручен тим за кризни интервенции.

Одвоеноста од родителите, потполо губење на сигурното место (болни испитуваеа се вршат и во болничкиот кревет на детето), операции, одстранување на органи зафатени од туморот, ампутации, смрт на пријателот од собата- секое дете болно од малигна болест или само ќе доживее една од наведените ситуации или ќе биде сведок дека тоа се случува на некој од неговата болничка соба (лечење на малигни болести ка деца трае во просек помеѓу 8-12 месеци, но неретко и до 2 па и повеќе години).

Детскиот хемато-онколошки оддел во РХ се нехумано ограничени. Се случува да мора лечењето да биде пролонгирано затоа што нема слободен кревет, да не зборуваме за стандарди кога едно онколошко одделение има своја дневна соба, кујна, игрална, каде децата слободно се шетаат возејќи ги своите терапии на сталаци, имаат интернет и лаптопи за комуникација со светот...

Кај нас се уште се случува да детето кое допрва добива дијагноза да биде сместено во соба со дете кое е во терминална фаза.

Тука дојдовме до следен лош момент во нашето здравство. Во РХ не постои установа за палијативна нега. Да се сетиме на оние 30% заболени деца и нивните родители кои нема да дочекаат излекување. Кога детето ќе влезе во терминална фаза, се сместува на интензивна нега или во некоја мала одвоена соба (ако таква постои). Смртта е во болниците секојдневен гостин, понекогаш скриен и тивок, понекогаш многу гласна и видлива, но за тој гостин се разговара (ни со децата ни со возрасните). Сведоци се кога родителите на децата во терминална фаза не добиваат информации, нема психолог или психијатар да разговара со нив или детето (потребно е на детето да му се дозволи да ги изрази своите емоции, страв и болка, али без сомнение во неговата кометенција да зборува и прашува, за најтешки теми, па и смрт). Родителите на децата во терминална фаза често ни ги пренесуваат емоциите- дека се оставени, заборавени, се чувствуваат дека тие и нивното дете се терет и одвишок за боницата и нејзините вработени (кои добар ел не се едуцирани за палијатива). Тука се тогас и несогласувањето на самите доктори, едне е да

продолжи со одржување во живот по секоја цена, друг не е за тоа, родителите се крајно збунети и преплашени од контрадикторните ставови и постапки. Сведоци сме кога и родителите и детето прифатиле дека крајот на животот е блиску, се збогувале и мирно ја чекаат смртта, пополниле документи дека не сакаат озживување, и кога смртта дошла, дежурниот доктор не дозволил да замине детето, занемарувајќи ја (случајно или намерно) желбата на родителите. Гледање на центар за палија тивна нега како на “место за умирање” е погрешно. Тоа никако не би требало да биде место каде само ќе се “додаваа денови на животот” него како на место каде се “додава живот на деновите”. Во прилог на тоа зборува и случајот кога девојче ден пред смртта, во последните мигови на свест, го побарала болничкот наставни заедно да ја отпет омилената нејзина песна (во цетрите за палијативна нега секако мора да е запослен и наставник затоа што многу деца сакаат да учат и создаваат за животот до самиот негов крај), кога детето, знаејќи дека ќе умре, ги тепи своите родители и ги моли последните денови да ги поминат заедно играјќи се во неговито кревет без терапија, или каго неподвижна девојка во центарот за палијативна нега во Англија посакала за последен пат да види ѕвездено небо (донеле апарат кој проектирал ѕвездениот систем на таванот од собата),... и би можеле така уште многу да набројуваме. Да се најдеме во таква ситуација, нашето дете да е неизлечливо болно (еве се осудуваме и тоа да го кажеме- голема е веројатноста дека некој од нас и ќе се најде во таква ситуација), да дојде до тоа, нели секој од нас би направил се да му овозможи на своето неизлечливо болно дете да навистина го проживее животот до крај, опкружено со љубов од најблиските, опкружено со внимание и разбирање од страна на стручниот медицински персонал, во простор опремен со потребна медицинска опрема која би ги направиле тегобите и болката по подносливи.

На рехабилитациските кампови за деца кои се лекуваат од малигни заболувања која ги организира организацијата Кресница, редовно се одржуваат психолошки работилници да работат низ нивните искуства. Многу е важно да се даде на децата шанса во контролирани и во заштитени услови, да ги искажат своите искуства и слободно да проговорат за се што доживеале за време на лечењето. Тоа право, да слободно говорат што мислат и чувствуваат, често им е, за време на лечењето, ускратено. Медицинскиот персонал нема време да на тој начин се бави со болните деца а родителните на болните деца често немаат сили да ги слушаат нивните стравови и размислувања. Така се отвара голем простор за детските фантазии во врска со болеста и лечењето, фантазии кои често се многу поцрни и потешки и од најтешката реалност.

Рехабилитацискиот камп во Кресница 2011г., на работилница на тема нивните искуства и пораки кои сакаат да ги испратат до сите вклучени во нивното лечење, ја спроведе др. проф. Марина Грабич, педијатарски психолог на КБС Загреб.

Зоран Ципек, претседател на здружението Кресница (Кресница е здружение за помош на децата и семејствата соочени со малигни болести. Цел на здружението е да се помогне целата родителска сила да се усмери на давање поддршка на детето и како да се избегнат дополнителни потешкотии врзани со лечењето, чисто психички, но и од материјална природа).

Толку бев преокупиран со срам и непријатност, а потпомогнат од инекциите за болки, па заборавив за што бев дојден. Во исчекување, чувствувам дека не е добро... Долго време нема никој, лошо е нешто. Свои мобилен-сопругата. Се се грижи, за охрабрувам и себе и нејзе, ќе ти се јавам. Во 2:30 часот по полноќ, дваѓа дежурниот хирург кој ме прими во придружба на сестра и носи рентген снимки. Застануваат на крајот од мојот кревет и

ги гледаат моите слики, одма знаев дека веста ќе биде тешка, така гледајќи во документите, во војска соопштуваат смена, непосакуван трансфер, нешто болно и неправедно. Адреналинот е во вените, срцето ми чука, ма не е валда... “Господине, вие имате заплет на цревата предизвикан од полип кој е најверојатно карцином на дебело црево”- го изговори тоа наизуст и ме погледнаа двајцата, очекувајќи ја мојата реакција. Срцето ми зачука и издишав длабоко неколку пати за да би можел да прозборам, да ги средам мислите “Веста е тешка, али не губете надеж, бидете храбри, ние тука имаме добро искуство и ќе бидете во добри раце, многу е важен вашието личен став и доверба.”- како некаков рецитал изговори нешто што би треба да биде охрабрувачки, а само што се прибрав. Издишав ите неколку пати да дојда при себе, успеав да се смирам. Па знаев! Ма у нм знаев, само се плашев и се надевав дека не е- си мислев во себе. “Добро, сега кажете ми ја најлошата опција и бидете искрени до крај затоа што јас сум војник и само можете да ми помогнете, ако сум потполно информиран, морам тоа во себе да го сркиам, ако ме разбирате”- се слушам себе си како зборувам. Сестрата изгледаше како да и паднала палнина од срце, беше поискусна, се виде, а тој млад хирург со киела насмевка неодоливо потетуваше на пчела “Јапонска бубачка” од цртан филм. Ха, па тие се уплашија повеќе од мојата реакција, него јас од ракот, помислив и за момент тоа чудно ме охрабри, како да постигнав некоја предност. Ми посакаа среќа и апчиња за спиење, и да бара се што друго ми е потребно. Крајно коректно, сочувствително и олеснително за ситуацијата. Ги замолив за малку самоотија, а апчињата подоцна. “О Боже мој дај ми сила сега”- се молам. НЕ барам спас, само сила да издржам, не се осудувам да барам спас, само да издржам. Е сега морам прво да ги занемарам последиците, следи борба. Боже ова е борба на мојот живот, морам да се подготвам, а немам време. Повторно црни мисли. Ма не дозволувам, мора да се издигнам! Ајде среди се, па јави исе на сопругата- мисли ми навираат и се прстигнуваат една со друга. Помина три часот на утро, и своам на сопругата и кажувам дека за време на операцијата, но не и дијагнозата. Тоа ќе и го кажа во шест наутро, ја замолив да дојде сама без децата, да се договориме и пред да дојде да го побара војниот свештеник, мојот пријател да ме исповеда. Сакам да превземам во кратко време она што јас можам, а Бог ќе го направи своето. Не сум особено храбар човек и во војна се плашев, а сега..., сега сум во некоја чудна состојба, само да не мислам на последиците, тогаш сум готов.

(Г.Г., болен од карцином на дебело црево и ПТСП предизвикан од војната)

Еве некои заклучоци од дека кои се лекувале од малигни болести добиени преку групна работа:

Докторите би требало повеќе да разговараат со децата, а не само на визита или кога одиш на недела, месечен или гндишен одмор.

Некои велат дека сестрите би требало да бидам поемпатични, а други мислат дека сестрите се забавни и си играат со децата. Но, според наше мислење и сестрите се луѓе кои имаат лоши денови, како и докторите, али ако нешто е стална појава, би требало тоа малку да се среди во смисла барем да се потрудат да се зближат со децата и да им помогнат во психолошка смисла, да би можеле децата на момент да заборават дека се во болница.

Што се однесува на децата, секое дете ја доживува болеста на свој начин. Секој период има тешки моменти, а кога се во болница тие моменти се уште потешки. Во текот на лечењето има испитувања кои децата не можат да ги поднесат. Да испитувањата се поднесуваа полесно, децата немаа да имаат потреба да мислат на тоа, затоа што што повеќе мислиш, толку повеќе ќе ти биде страв.

Лука, Марио, Милан

На нашите родители најтешко им беше кога дознаа дека сме тешко болни, па беа изгубени, не знааа како да не утешат. Им беше тешко да патуваат од дома, од семејството да се раздвојат, другите деца не можеа да видат по неколку месеци. Тешко им беше да не гледаат нас како патиме со инфузии, најрадо би се замениле со нас, ама немаше начин.

Повеќето родители никој никогаш не ги прааша како се чувствуваат, затоа што тие повеќе пате гледајќи не нас како се бориме за живот. Нашите браќа беа преплашени кога не виоа ќелави и така бледи, али секогаш беа до нас и со пофаци и со разни цртежи ни даваа утеха за понатамошна борба за живот.

Берислав, Рада, Антонио

Децата во болница се чувствуваат уплашено, односот чувствуваат страв. Најмногу им помага поддршка од родителите, пријателите, роднините.

Лечењето реави да децата мислат дека се поинакви од другите деца.

Да се преживее таква болест каква што ние преживевме, беше еден од најболните моменти во нашите животи. Многу луѓе во суштина живеат, а не сфаќаат дека се живи. Затоа што да живееш не значи да одиш во школо или на работа, животот е борба, борба која ние ја добивме. Борба за здравје, а здравјето е живот. Голема потпора за време на нашето лечење имавме од нашите родители, роднини и пријатели. Беа со нас кога ни беше најтешко. Најмногу ни сметаше што бевме “исфрлени од друштво” само затоа што носевме заштитна маска. Од помош ни беше секогаш смењето, шалите и доброто расположение на одделот. Исто така ни смета што ни велат “Ти си боле”. Не, ние не сме само болни, ние сме само нормални и исти луѓе со побогат, племенит и позрел поглед на животот.

Марно, Снежана, Ален

Влез во друго море

Бајка

Во најпрозирниот плиток дел на најмодрото море се играа децата на рибите, а меѓу нив една златна рипка. Машка рипка всушност. По морскиот раб каде што брановите се претвораат во чипка, се редеа старите свезди, тивките школки, ракови и сунѓери лулајќи се наваму натаму, пријатно дремејќи во топлината на плиткиот дел од морето. Едвај мрдајќи со перките рипките тивко, тивко се прикрадуваа, а кога ќе дојдеа сосема блиску нагло мрдаа со опашките и со нив правеа втрлози размрдувајќи го целиот мирен брег.

Од размрданиот песок школките кашлаа и киваа, сунѓерите икаа, свездите шмркаа, раковите ги триеа очите. Настануваше општ метеж.

Рипките тогаш шумгнуваа во сенка на црвениот корал и се смееја со својот беспшумен смев, додека шкригите им се тресеа.

Раковите после нив, заканувајќи се лупаа со клештите, школките клапкаа и сите помалку се муртеа, но не вистински. Па кој може да се лути на детскиот смев?

Понекогаш пак рипките повторно се играа со хоботниците - морските осаменици. Е за нив се местеа во еден ред. Точно една позади друга.

Подеднакво ги стегнаа стомачните мускули, заедно мрдајќи со перките и ги ширеа шкргите така што се гледаше само првата. Во така совршен нареден ред пливаа до самото лице на хоботницата, а таа ништо не насетувајќи само мижејќи лежеше на својот гребен. Потоа пред самото нејзино лице на 1,2,3 се развојуваа секоја на своја страна.

Хоботницата ненадејно се тргаше не знаејќи каде и во која рипка да гледа. Всушност тоа е причината зошто хоботниците имаат такви очи.

Имаше тука уште многу различни игри на пример: кој подолого ќе го јава морското коњче, кој поубаво ќе го накити ежот со бисерчиња за Божик, потоа скокање по меките грбови на медузите, играње со топка од светлината, правење базени, натрпевар во зевање и бањање се на се среќно течеа и се брануваа морските денови на рипките.

Еднаш, мислам дека надвор беше есен кога зелено златната риба доплива до површината да земе малку воздух. Само што ја отвори устата се зачуди од тоа што го виде:

Над мирната површина забележа лице на девојче. Округло, сребрено како месечина. А на него очи поголеми и од најголемите школки и поцрни беа од нив. Тие школкасти очи гледаа накај дното, но истовремено гледаа и во себе така што погледот повеќе влегуваше него што излегуваше. И како ништо да не гледаа околу себе. Во нив од некаде од длабочината се насобралото нешто светкаво и сјајно. И две капки од ТОА се слизнаа и паднаа точно пред Рипката. На мирната морска површина од нив како од две семки веднаш процветаа два водни цвета од самите кругови. Рипката сакаше да ги фати тие две светкави куглички и да ги врати на девојчето па брзо, но и нежно ги зема со усните. Многу се зачуди кога осети дека тие две светкави куглици се солени. Па тие се исто дел од морето. Ама некако сепак различни, помисли и погледна нагоре од каде што паднаа. Кога морската површина се смири, го виде само небеското синило, бидејќи девојчето беше заминало. Тие две капки на усните, ја запреа нашата рипка во средината на морето и времето. Повеќе не се играше, не јадеше, не се смееше, никаде не одеше. Како да порасна возрасен., „Значи ова силно море околу мене, тоа сепак не е се. Има нешто друго. Јас тоа сега го знам. Може е поубаво, помодро, посино? Може е помало, понемирно и посолено? Но, јас толку со задоволство би го запознал.. Морам, морам во него да запливам да му ги најдам влезовите...”. и така рипката ја запозна ЖЕЛБАТА. Трперливо ги чекаше часовите и деновите на морскиот брег за повторно да го види месечастото лице со школки. Понекогаш некој ќе се појавеше над брановите, ќе погледнеше ќе фрлеше камен и ќе си отидеше, или ќе се загледаше во дното, но ни едно лице немаше школкасти очи од друго море.

Ја нема неговата мала, па ја нема....

Кога некој многу сакаме да видиме, а го нема, па поради тоа сме тажни (а тоа никој не го знае) тоа се вика **Копнеж**. Рипката го запозна него.

Веќе поминуваше есента и еднаш така додека пловеше по мирното синило помеѓу желбата и копнежот, едвај помрднувајќи го опашот, над морето прелета птица, исто така едвај помрднувајќи ги крилата.

Едвај да го помрднуваше воздухот.

Само што ја забележа, Рипката свати што треба да направи. А спознанието треба да се изврши брзо, зошто со чекањето не се наоѓаат нови мориња.

Не предомислувајќи се, се згрчи, силно замавна со опашката и излета надвор.

Да, да. Кога се бара сопственото море, рибата треба да знае да биде и птица.

Во почетокот во воздухот мораше малку посилено да замавнува со опашката, цврсто да ги врти перките, малку поработи на рамнотежата, но се на се летањето и пливањето се многу слични.

И почна да кружи..... Покрај морето живееше едно гратче, полно со се и сешто, но брзаници највеќе. Луѓето брзаа по улиците, автомобилите по улиците и беше пребучно за мала рипка што знаела само за шумот на брановите.

Внимателно кружеше околу оцаците и антените, погледнувајќи доле во многу, многу лица, но ниедно не беше она од кое капеше во морето.

И леташе Рипката насекаде наоколу, па во круг и повторно. Мноооооогу пати. Мораше често да се враќа и да голтне малку море.

Така ви е тоа. Кога сте во море, морате да вдишете малку воздух, а кога сте во воздух, морате да голтнете малку море. Поради рамнотежа и преплива и прелета веќе речиси се и веќе помислуваше дека бадијала бара и дека има само едно море, но тогаш се присети на вкусот на усните. Вкусот на усните никогаш не лаже. Тој добро знае и го памети мекиот допир на некој друг свет.

Како златна кука на златна нитна, над целото небо, над целиот град го влечеше надежта дека ќе ја најде.

И **НАДЕЖТА** ја запозна сега.

Чудно, зар не, никој не ни примети дека над цело небо над градот лета една риба?

Изгледа поради тоа што сите гледаат надолу. По некоја птица би забележала птица со лушпи, но денес е се можно, па и на птиците не им е необично.

Во еден самрак онаков блескав и тих во кој само што не паднал првиот снег, Рипката се враќаше да голтне малку море и додека прелетуваше една клупа покрај долгосата врба во паркот, здогледа ситен привид како претихо седи. Во раката држеше букетче со последното цвеќе кое само што го набра. Некој.

Гледаше некаде во морето некаде во висина, далеку од погледот...

Тоа е таа! Тоа е таа! Девојчето со лице на месечина и две школки во очите.

О, колку беше среќен.

Слета до самото нејзино лице безгласно клечејќи, но црните школкасти очи беа уште пошироко отворени, а низ образите се слизнуваат крупни зрна солзи.

Ништо за неа не постоеше. Како да беше во меур од целосна празнина, додека драгоценото море се прелеваше преку нејзините трепавици.

Така рипката ја запозна и **ТАГАТА**.

Што да правам? Што да правам? Како да го заправам ова?, се вознемири.

Потоа се досети на сите оние игри и лудории од брегот. Почна да се врти, да мава со перките, да прави колут напред-назад, да плеска со шкргите, да тресе со опашката. Лушките му се прелеваа во сите бои на злато. Даде се од себе и се што знаеше и умееше и веќе почна да снемува море во жилите, кога девојчето конечно го примети.

Погледни! Од каде рипка во воздухот? Што таа изведува? Колку е само убава и смешна!

Како кога месечината ќе се појави од под облак, малото лице се осветли со насмевка.

Не знам дали е познато дека од аголот на усните до надворешните агли на нашите очи има по една посебна линија. Кога усните ќе се подигнат во насмевка, кај децата и кај некои возрасни, се затегнуваат тие линии и на тие две печки во средината на очите, се отвараат длабоки влезови. Така и Малата, кога се насмеа, печките и се осветлија, па Рипката го здогледа најголемото богатство на сите длабочини. Сите бисери, седефи корали на една душа, сета волшебна убавина беше тука, позади тие важни влезови и светкаше со својот фин, вистински сјај...

А уште подлабоко, кога ја погледа длабоко позади очите, Рипката виде бекрајна морска ширина, што се вика **СРЦЕ**.

Тоа е тоа друго море! И срцето го запозна сега.

Само насмевката тргнува со делче храброст и му го отвара влезот.

Од возбуда и радост, рипката се тресеше во воздухот како некаква лулачка топка.

Тоа е играчка, тоа ми е поклон! помисли девојчето. Кој ми го прати ова?

-Мајка ми!!!! Само мајка ми може да ми подари рипка која лета!!!

Не умрела, не ме заборавила, еве ми пратила играчка. Најубавата, најубавата играчка на светот! О, мајчице....

Морето веднаш престана да се прелева од очите бидејќи тагата е таа што му ги отвара излезите.

Наместо тоа, почна да се дига висока плима од сите блескави бои на **СРЕЌАТА**.

И неа, ете ја запозна.

Среќата е плима на срцето, поголема и од плимата на најголемиот океан!

Светкаше и незапирливо се ширеше надвор, преку очите на девојчето.

Кога нејзините бранови ја заплиснаа Рипката, таа спремна се нурна во неа и заплива во нејзината убавина, посреќен од било кога.

Се разбира тој кој знае да лета во воздухот, и те како знае да плива во реката.

Брановите на плимата удираа со силни отчукувања на една вечна вистина. На далеку, на далеку.

Некаде од длабочината-висисната, му донесоа на девојчето глас: „Никогаш, никогаш повеќе немој да бидеш осамена, ниту тажна, туку гледај ме во секоја капка од морето на убавина околу себе. Јас сум секогаш тука, и ако ме гледаш и ако не ме гледаш, тоа не значи дека ме нема. Запамети го тоа. Јас те чувам, така што те сакам...

Девојчето ете слушна, нешто што другите девојчиња никогаш не го слушаат, а Рипката виде нешто што другите риби никогаш не гледаат.

Нив двајцата ги поврза **ТАЈНА**.

Тајната се разбира не ја кажаа никому, затоа што тајната е линија која цврсто ги спојува, но пука веднаш штом ќе ја допре еден изговорен збор...

Рипката се врати дома побогата за целото она богатство од печките, а девојчето се врати дома побогата за целото она препливано небо. И уште повеќе.

И тогаш над градот почна да паѓа првиот снег....

Бранка Кандиќ Славски

СООПШТУВАЊЕ НА ЛОШИ ВЕСТИ

Во 7.30 хирургот ме викна во собата за менување и во придружба на три медицински сестри кратко ми соопшти: Се работи за карцином - не знаеме каков, ќе бидеме попатетни за неколку дена кога ќе стигнат останатите наоди. Прво што ми падна на памет: што ќе биде со моите деца, потоа помислив како ќе и кажам на мајка ми, сопругот. Па јас имам само 37 години и тоа е прерано за умирање. Во тој момент карциномот беше еднаков на смрт., Морате да се вратите во нормален живот што порано, да се дружите со луѓе, да работите.. Обидете се да мислите позитивно! Знаете психичката стабилност е многу важна за добар тек на вашата болест, го слушам во далечина гласот на докторот. А јас имам карцином, не знам каков, ги чекам наодите. Имам милион прашња и ниеден одговор...што да кажам на прашањето на ќерка ми: „Мамо ќе умреш ли? додека истовремено манично истражувам по интернет во потрага по многубројни информации...Тоа е момент кога на жената прв пат и е потребна психилошка помош некој кој

за неа би резервирал повеќе од три минути време и би објаснил што и се случува, што ќе се случува....

Малку пред 20.30 влегувам во ординацијата на др. Ељут. Излегувам на балконот од чекалицата и необјасливо почнувам да плачам. Сестрата љубезно ми носи некој сок не прашувајќи ништо... навистина во последно време ми попустија нервите, веројатно сум преморена. Неофицијалниот разговор со докторката ме опушта. На средината на прегледот нагло се подига., да видам дали ова го имавме претходната година? Зборува полутивко барајќи ги старите ултразвучни слики во другиот компјутер. Што, имам некаква циста? ја прашувам. Не, кратко со озбилено лице. А дали тоа што го гледате е јасно ограничено? Прашувам мислејќи при тоа на доброчудна творба. Не, ми одговара повторно кратко, со сериозно лице. Дали е тоа тогаш карцином? конечно се осудувам да прашам. Тоа уште не го знам, мора сега да пунктираме, но сигурно знам дека е тоа е нешто што ќе мора хируршки да се решава. Денес знам дека моите солзи пред влезот во ординацијата биле всушност знаење за она што ни се случува или тоа што го нарекуваме претчувство. 10.10.2001 мамографски и цитолошки потврдена дијагноза на рак на дојка...

Животот не се мери со бројот на вдишувања, туку со моментите од кои на човек му застанува здивот! Иако веројатно и вашата прва асоцијација на оваа изрека и вам како што ми беше и мене, мисла за некој преубав момент, сепак...

Секој четврток одам на хемотерапија и Херцептин. И понатму држам редовно настава на факултетот, а на сите мои колешки и студентки во неформален разговор им зборувам за важноста на навремена дијагноза и често инсистирам да одат на преглед. Мојата Н. , сега веќе гимназијалка, не зборува за болеста. Иако веќе од првата операција знае за каква болест се работи, кога се лути што спремам за неа ми кажува дека само привремено се лечам и дека верува дека скоро ќе престанам да се лечам. Фантазира да отпатуваме десетина дена некаде во топлите далечни краевии па така за време на секој заеднички собир сме или на Куба или на Сејшели. А јас се почесто мислам : А зошто да не? Борбата со рак на дојка не е овде за да не мачи, туку да не научи нешто, знаеше да каже проф.др.Силвија Алтерас Пенда пружајќи ми психотераписка поддршка. Така сите овие години го молев Бог со мачење да научам се што треба.

Кога ти дијагностицираат рак на дојка, навистина ти застанува здивот... Прашајте ги како во тој момент дишале?

-МИСЛИ ПОЗИТИВНО! ни кажале многумина, но како ДА МИСЛИТЕ ПОЗИТИВНО не ни кажал никој!....

Се е прекрасно кога вашето искуство со рак на дојка поминува како операција на примарен тумор и вообичаено лечење со хемотерапија и зрачење кое трае отприлика седум месеци, а вие после 5, 10 или повеќе години не знаете каде се тие стари пожелтени лсптови во некоја фиока, кои сведочат за лошиот период од вашиот живот. Но за жал не е секогаш така.

Ако се лечите седум години, од кои три полни во континуитет, тогаш се изгледа малку поинаку...

Сигурно не верувате дека после три операции, три хемотерапии, зрачење и сеуште Херцептин, човек може да биде среќен само заради тоа дека Си, само заради тоа што се сеуште тука со своето

семејство, со пријателите, луѓето кои ги сакаш и те сакаат. Да го научиш тоа, е непроценливо искуство. Затоа верувајте ми дека за Божиќ 2009, весело ќе го прославам својот 49 ти роденден...

За да се оствари добра медицинска заштита, мора да бидат задоволени два услови: прв - лекарот да е професионалец за своето подрачје и втор- да постои добар однос помеѓу болниот и лекарот. Ставовите за тоа како тој однос би требало да изгледа се менувале со тек на времето. Од Хипократовата заклетва очигледно тој став бил патерналистички, насочен на потполна заштита на болниот и таков останал долго низ историјата се до пред неколку векови. Во склад со тоа, се менувал односот на лекарот кон соопштувањето на лоши вести. Знаејќи дека такви вести силно го погодуваат болниот, а ни на лекарот таков разговор не му е пријатен, често дијагнозата останува недоречена.

Драстична промена во ставовите за комуникација со болниот се случила во САД во крајот на 60-те и почетокот на 70-те години од претходниот век. До вакви промени дошло поради развивање на нов концепт на однос спрема болниот. Тој престанува да биде пасивен и зазема активна улога во процесот на своето лечење. Се развиваат права на болниот, се донесуваат закони за информирана согласност. Акцентот е на рамноправниот однос, почитување на автономијата на болниот и можностите да учествува во одлуките за своето лечење.

Во согласност со менување на ставовите за соопштување на дијагноза на рак, лекарите биле соочени со проблеми кои дотогаш се избегнувале. Се појавува прашањето на кој начин да се соопшти лоша вест, како да се справиш со сопствените стравови, стрес, неуспесите, можат ли тие да се намалат, на кој начин да се соочиш со болниот и како да одговори на неговите реакции и чувства. За таа цела обликувани се неколку протоколи за соопштување на лоши вести.

АКТУЕЛНИ СТАВОВИ НА ЛЕКАРИТЕ КОН СООПШТУВАЊЕТО НА ЛОШИТЕ ВЕСТИ

Дали сите доктори им ја кажуваат дијагнозата на болните?

Помалку е изненадувачки фактот дека нема согласност ни околу основното прашање, дали треба да му се каже дијагнозата на болниот. Додека во поголем дел од западниот свет заживеа идејата за правата на болниот и нивната автономија, некаде тоа сеуште не е преминато во пракса. Така, во едно истражување спроведено во Турција на група болни од карцином се заклучило дека 54 % од нив не се свесни за својата дијагноза. Од оние кои биле свесни, 68% изјавиле дека ја претпоставиле дијагнозата поради начинот на лечење и несаканите ефекти на лековите. Слично во Италија, каде што во ретроспективна студија се покажало дека изразено мало број на лекари им ја кажуваат дијагнозата на пациентите. Само 37% од луѓето кои умреле од рак биле информирани за дијагнозата.

Кому докторите прво има ја кажуваат дијагнозата?

Ни ставовите за тоа на кого најпрво треба да му се каже вистината не се еднакви. Американските лекари градат состав насочен спрема болниот, а поголем број од јапонските лекари најпрво веста ја соопштуваат на семејството на болниот. Дополнително истражување на истата тема е спроведено и во Саудиска Арабија, каде што резултатите покажале дека ставовите на нивните лекари се поделени помеѓу американските и јапонските. Истражување спроведено во Јапонија 2006 година покажува дека ставовите на лекарите во Јапонија се непроменети, па така од 1577 лекари, само 3% одговориле дека дијагнозата за малигна болест и прогнозата дека болеста се наоѓа во неизлечлив стадиум треба да се каже на болниот, а поголемиот дел од нив 59% одговориле дека информацијата најпрво треба да се соопшти на семејството на болниот. Интересно е тоа што во Австралија лекарите најчесто прво прогнозата ја кажуваат на семејството, а потоа на болниот. Тоа го покажува истражување во кое 87% од болните со метастатски карцином изјавиле дека прогнозата прво била кажана на нивните семејства.

Разговор за прогнозата

Комуникацијата помеѓу лекарот и болниот не е еднаква во целиот свет. На ставовите на лекарите за соопштување на лоша вест, влијание има и културното опкружување во кое лекарот живее. Во истражување кое се занимавало со ставовите на француските лекари за соопштување на прогноза на терминално заболените поголемиот дел се изјасниле дека информацијата за прогнозата ја соопштуваат само на инсистирање на болниот, многу малку од нив го прават тоа систематски, а малцинство намерно ја прикриваат таа информација. Наспроти тоа, во истражување спроведено во САД 98% од испрашуваниите онколози кажале дека вообичаена пракса е да му се каже на терминалниот болен дека ќе умре, а од нив 43% секогаш разговараат вообичаено за преостанатото време, додека преостанатите ретко или никогаш не даваат временска рамка.

ШТО Е ЛОША ВЕСТ?

Лоша вест за болниот подразбира секоја информација која негативно влијае на неговите очекувања и планови за сегашноста и иднината. Исто така веста се смета за лоша кога новоста резултира со когнитивен, бихејвиорален и емоционален дефицит на личноста која ја прима веста и тој недостаток трае и после средбата. Лошата веста е непријатно искуство за двајцата - и за соопштувачот и за примателот на лошата вест.

Тоа посебно може да се разбере на пример на онколошки болен. Првенствено лошата вест за него е неговата дијагноза и најверојатниот исход. Но тоа е само почеток на цел спектар информации кои тој може да ги прими од лекарот, а кои можат да преципитираат на лошо. Освен содржината на вестите, важен е и начинот на нивното соопштување. Ако лекарот е емпатичен, искрен и сочувствува, болните таквата вест полесно ќе ја прифатат и ќе соработуваат. Во колкав степен некоја вест ќе се доживее како лоша, е субјективно доживување на секој пациент и зависи од животното искуство, карактерот, верувањата, филозофските гледишта, друштвената поддршка и емоционалната отпорност.

Дијагнозата на малигна болест е прва во низата на лоши вести со која онколошки болните се среќаваат. Таа универзално перзистира како лоша, а ретко може да се доживее како олеснување. Пример е пациентка која долго трагала по изворот на своите тегоби и сега конечно знае што и е. Во склоп на разговорот за дијагнозата неминовно се наметнува прашањето за преживување. Се поставува прашањето како за тоа да се разговара, колку јасен треба да се биде, дали воопшто

треба да се зборува за денови или месеци од животот. Со се поголемиот напредок на медицината времето на преживување станува подолго за многу малигни болести. Со тоа комуникацијата помеѓу лекарот и болниот се проширува и во неа е вклучено многу надежи, но и разочарувања. Едно такво настанува кога доаѓа со рецидив на болеста. Реакциите на рецидивот можат да бидат различни. Некои болни покажуваат исцрпеност зборувајќи дека тоа повторно не можат да го преживуваат, а некои реагираат изненадувачки силно. При соопштувањето на веста за рецидив треба да се провери дали болниот ги сфаќа кажаното и разбира ли дека рецидивот не значи веднаш смрт. Одењето на операција, ампутирање на дел од телото, хемотерапија и несакани ефекти, паѓање на косата, стерилитет, непостоење на ефект на лекот, исцрпување на сите можности за лечење, а без успех, информирање за откажување од лечењето и поминување на палијативно третирање останаа лоши вести кои лекарите им ги изнесуваат на своите болни.

Лошата вест за болниот значи многу повеќе отколку што лекарот од својот агол на гледиште може да воочи во првиот момент. Со непознавањето на болниот и неговите семејни и работни состојби не може да се разбере што се тоа му донесува на болниот и со што треба да се носи. Лекарот кој во потполност сака да го разбере својот болен, треба да проникне во подлабокиот сегмент за значењето на таа вест за него. Тоа не е воопшто лесно и претставува дополнителен терет за лекарот, кој тогаш може да се чувствува повикан да се грижи за егзистенцијалните и духовните потреби на својот болен. За болниот таа вест со себе донесува прашања за социјалната и економската згриженост за време на лечењето, можноста за повторна работа, грижа за семејството до духовните прашања кои тогаш често се отвараат.

Соопштување на лоши вести- тешка задача за лекарите

Потребата за изнесување на лоши вести кај лекарите отвара низа на прашања и проблеми. Тоа е непожелна задача за луѓето кои во својата професија влегуваат со цел да помагаат во излекувањето на луѓето. Тие не сакаат да ја одземат надежта и да бидат носители на лоши вести. Во средбата со болниот лекарот ги активира своите емпатиски сили. Тоа му овозможува подобро да го разбере болниот, но и може во него да пробуди чувство на беспомошност, тегоба, страв, депресија и фрустрација. Букман ги опишал стравовите кои можат да се појават кај лекарот и така да му ја отежнуваат комуникацијата со болниот:

- Страв од окривување – еден од стравовите на лекарите е дека болниот нив лично ќе ги оптужи за лошата вест која ја донесуваат. Тоа не е страв без причина затоа што феноменот на окривувањето на носителот на лошата вест не е нов и постои и надвор од медицината. Од перспективата на болниот, како мета за окривување полесно е да се идентификува службен авторитет и да се фиксира лутината на него. Болниот ги пренесува своите реакции на лекарот и тој му станува причина за се што му се случило. Што повеќе авторитет има лекарот, повеќе се истакнува како мета. Не реагираат сите болни така на лошата вест, но многу лекари чувствуваат страв пред почеток на разговорот и поради тоа може да го избегнуваат. Лекарите би требало да бидат свесни дека тоа е реакција на болниот на лошата вест и не треба да ја сфаќаат лично.
- Страв од непознато и ненаучено – нормално е дека стравот се појавува во ситуации за кои лекарот претходно не бил припремен и едуциран. Поради недостаток на едукација за комуникациски вештини лекарите лошо се носат со ситуации во кои треба да соопштат

лоша вест. Со тренинг и припрема можат да станат подобри, а со тоа и стравот да се намали.

- Страв од реакцијата на болниот – до тоа доаѓа бидејќи лекарот не знае како да се носи со тоа и како да одговори на реакциите и чувствата на болниот. Доколку болниот почне да плаче, лекарот тоа може да го доживее како сопствен неуспех.
- Страв од изразување емоции –лекарите треба да бидат смирени во итни состојби и да ја потиснат паниката или негативните емоции кои можат да ги чувствуваат за некои болни. Се учат на професионален однос кој подразбира смиреност и ефикасност. Поради тоа може да биде тешко да се изрази емпатија и други емоции кои можат да му помогнат на болниот во за него тешките ситуации.
- Страв од непознавање на сите одговори – колку што лекарот е помлад, потешко му е да ја одржи самодовербата кажувајќи дека не знае. Таков одговор се доживува како неприфатлив можеби и поради тоа што за време на целокупното школување бил поврзан со неуспех. Кога нешто е непознато, младите лекари се со тенденција да се впуштат во претпоставки и теории, додека негацискиот одговор е повеќе резервиран за постарите и поiskusните.
- Личен страв од болести и смрт – причина за тешкотии во разговорот со болниот се темелат и на личниот страв на лекарот од болести и смрт. Лекарот тешко може да зборува на тема која и за него е табу тема. Со соочување со таа тематика, лекарот би морал да си признае дека по ништо не се разликува од своите болни, дека е подеднакво ранлив и подложен на болести, а неговата професија не го штити.

Разбирливо е дека сите лекари имаат тешкотии при соопштување на лоши вести, но секој разговор за тоа не е подеднакво стресен. Од што зависи тоа? Кои вести се најтешки и за лекарот и за болниот? На пример, во еден прашалник во кој се испитувани ставовите на онколозите од Северна и Јужна Америка, Европа и Азија, како најтешка тема за разговор било наведено соопштување на болниот да се откаже од постапките на лечење и да се премине на палијативен третман. Во истражување во кое се снимани разговори во кои лекарот зборува за палијативен третман, во однос на разговорите во кои се зборува за активно лечење, биле полошо изведени.

Поради тежината на работата и неприременоста за сите работни предизвици кои ги очекуваат, кај лекарите може да се развие синдром на прегорување. Симптомите на синдромот на прегорување се емоционална исцрпеност, деперсонализација и слабо лично исполнување и задоволство на работа. Така во истражување спроведено на лекари во јужна Европа, Италија, Шпанија и Португалија, се истражувал односот на нивната самодоверба во комуникациски вештини кои ги поседуваат спрема појавувањето на симптомите на прегорување, цврста поврзаност се нашла помеѓу симптомите на прегорување и смалена самодоверба во комуникациските вештини и поголем страв дека разговорот со болниот лошо ќе се заврши.

При соопштување на лоши вести пред лекарот е предизвик за оставање на надеж кај болниот. Голем број од болните сакаат лекарот да им поттикне надеж, но да не бидат заведени. Некои се сомневаат на лоша вест, попрво не би ја слушнала, барем не за време на првиот разговор. Поради тоа постои осетлива рамнотежа помеѓу зачувување на надежта и давање на лажна сигурност која исто така може да биде начин како лекарите се штитат себе. Тоа го прават

затоа што ретко кога се чувствуваат сигурно ако за време на разговорот се појави емоционален стрес. Лекарите веруваат дека соопштување на лоши вести е поврзано со ризикот од губиток на контрола и довербата на болниот.

Ако се земат во предвид сите тие емоции и конфликти кои се насобираат кај лекарот, разбирливо е дека се чувствуваат непријатно, а тоа во пракса резултира со често виденото избегнување на разговорот, оскудно изнесување на факти и непокажување на емпатија кон болниот. Правците за соопштување на лоши вести имаат за цел да им олеснат на лекарите во соопштување на лошите вести така што тие со повеќе доверба и помалку стрес ќе ја завршат оваа тешка задача. Исто така треба да се има на ум дека и покрај предизвикот кој го носи соопштувањето на лоши вести, лекарот може да најде големо задоволство во пружањето на терапевтска присутност во околностите кога на болниот му е најпотребна.

ОНКОЛОШКИ БОЛЕН

Онколошки болен може да се дефинира болен на кого му е дијагностицирана малигна болест. Иако дефиницијата е доста прецизна, не се работи за униформна група на луѓе. Треба да се истакне дека под името малигна болест се кире цел спектар на болеста. Според Меѓународна класификација на болестите, повреда и причина за смрт, 10 ревизија МКБ во поглавјето Новотворбиопфаќа 145 шифри за новитворби. Ако на тоа додадеме дека онколошки болните ги има во сите возрастни групи, можеме да заклучиме дека се работи за доста разнолика група на луѓе, од мали деца до стари личности, различни типови на болести, различен начин на лечење, различни прогнози и можности за понатамошен живот. Уделот на болните со одредена возраст расте со бројот на годините, па така најголем број на заболени има во постарите возрастни групи.

Иако малигните болести во минатото не биле водечка причина за заболување и умирање, тие се познати многу одамна. Денес во развиените земји, малигните болести се наоѓаат на второ место како причина за смрт, веднаш после кардиоваскуларните болести. Бројот на онколошки болните е голем. Според податоците на Меѓународното здружение за регистрирање на рак во светот годишно се дијагностицира повеќе од 12 милиони новозаболени (не сметајќи го ракот на кожата), а од нив нешто повеќе мажи отколку жени. Најчест тип на рак во светски размери кај мажите е рак на бронхи и бели дробови, простата, колоректум, желудник и црн дроб, а кај жените дојка, колоректум, грло на матка, бронхи и бели дробови, па желудник. Се проценува дека бројот на болни од рак ќе се зголеми уште повеќе наредните децении, поради зголемување на просечната возраст на населението и поради неспроведување на смислени превентивни активности. На територијата на Европа се има околу 3,2 милиони новодијагностицирани годишно.

Спрема регистарот за рак на Хрватскиот завод за јавно здравство, во хрватска во 2008 година имало 20357 новодијагностицирани болни со инвазивен рак (шифри Ц00 – Ц97 МКБ, без рак на кожа – шифра Ц44). Најчеста врста отприлика е слична како во светот. Така кај машкиот пол најчест тип на рак е на трахеја, бронхи и бели дробови со дел од 18%. Следува колон, ректум, ректосигма и анус кои заедно имаат инциденца од 16%, потоа рак на простата со 15%, мочен меур 6% и желудник исто 6%. Кај женскиот пол најчест тип на рак е како и во светот, рак на дојка со инциденца од 26%, рак на колон, ректум, ректосигма и анус со 14%, тело на матка со 6% и рак на трахеја, бронхи и бели дробови со 6%.

Според овие податоци можеме да заклучиме дека бројот на онколошки болните е голем. Според тоа, лекарите секојдневно се соочуваат со такви болни и непрестано се во интеракција со нив. Со оглед на тоа што се работи за сериозни дијагнози кои тешко ги погодуваат болните, ги соочуваат со egzистенцијални прашања и им го менуваат вообичаениот ритам на живот, се наметнува потребата за добра комуникација помеѓу лекарот и пациентот.

Што очекуваат болните?

Од 80 - те години на 20 - тиот век, најголем број на истражувања се занимавале со ставовите на болните за процесот на соопштување на лоши вести спроведени во САД, Велика Британија и во најново време во Јапонија. Податоците од другите земји ги има малку или воопшто ги нема. Земајќи ја во предвид големината на Земјината топка и бројот на држави и народи на неа, наведените резултати не можеме да ги препишеме на целиот свет, но со оглед на културолошката блискост и припадност на Хрватска со западниот свет, можеме да ги земеме за приближно релевантни за хрватските болни.

Колку болните сакаат да знаат?

Студии од големи размери од Јапонија, Велика Британија и САД покажуваат дека голем број на болни сакаат да знаат што е можно повеќе информации во врска со ракот. Истражување спроведено во Јапонија на 2422 луѓе од општата популација покажало дека 73% од испитаниците сакаат да знаат за својата дијагноза и сакаат да им се каже кога болеста се наоѓа во неизлечива фаза. 90% од нив изразиле желба лекарот тоа јасно да им го каже, а 8% таа информација сакаат да ја слушнат од семејството. Во Велика Британија во истражување спроведено на 2331 болен, се покажало дека 87% од нив сакаат да ги добијат сите можни информации, без разлика добри или лоши, а 98% од болните сакаат да знаат дали нивната болест е рак. Во истражување спроведено во САД во популација постара од 65 години, се покажало дека постојат разлики меѓу етничките групи. Така Американците со потекло од Мексико и Кореја се помалку склони да се соопштува дијагноза на метастатски карцином и да се информира болниот за терминалната прогноза, додека скоро 90% од Американците со потекло од Европа и Африка сакаат да знаат за дијагноза за метастатски карцином. Истражување спроведено во Израел покажало дека и тамошните испитувани болни во голема мера, 92% од нив сакаат да им се соопшти лоша вест, додека 6% изразиле желба информацијата да не им биде кажана на нив туку на нивните семејства. Слично истражување има и во Австралија на болни со метастатски карцином. Од нив 95% се изјасниле дека сакаат информации за нуспојави, симптоми и можности за лечење, а околу 80% сакаат да го знаат времето на преживување. Иако поголем број на болни сакаат да им се каже вистината и отворено да се зборува за болеста, лекарот треба да има на ум дека постојат културни разлики и дека еден мал дел од нив тоа не го сакаат. Тој треба да го прилагоди својот начин на изнесување на вести на желбите и потребите на болниот, така што за него би поминало со помалку трауми и анксиозности.

Начин на соопштување на лоши вести

Неколку текстови се занимавале со начинот како лекарите би требале да соопштат лоша вест. Поголем број на болни се изјасниле дека сакаат нивниот лекар да биде јасен и искрен, тој со својот настап кај болниот да покаже потполно разбирање за неговата ситуација. Тоа вклучува

внимателно бирање на зборовите, избегнување на стручни изрази, покажување на актуелни рендген снимки и лабораториски резултати, а според потребите давање и писмено објаснување.

Емоционална поддршка

Со тек на проживување на тешки моменти во кои болните мораат да се соочат со својата болест, тие очекуваат од лекарот да им пружи емоционална поддршка. Јапонските болни сакаат лекарот да ги земе во предвид нивните чувства и чувствата на нивното семејство и да се обиде да се стави во нивна позиција. Соберено од различни студии, болните наведуваат дека сакаат лекарот да зборува нежно и меко, на начин што влева надеж. Во две студии во Јапонија и Америка, најдено е дека болните не сакаат допирање и прегрнување. После соопштување на лоша вест, болниот сакаат лекарот да користи зборови за поддршка така што би им олеснил во нивната неволја и да им допушти да ги изразат своите емоции. Исто така сметаат дека е вредно да се каже дека секогаш има надеж.

Фактори поврзани со желбите на болните во врска со разговорот за лоши вести

Истражувањата покажуваат дека постојат разлики меѓу желбите на болните зависно од различни демографски, медицински и психолошки фактори. Така на пример некои од тие фактори се возраст, пол и едукација. Во групата на оние кои истакнуваат дека сакаат што е можно повеќе информации и сакаат емоционална поддршка се наоѓаат млади болни, жени и високообразовани. Исто така млади и високообразовани сакаат да учествуваат во одлучувањето за нивниот третман. Психолошките фактори исто така имаат влијание. Поголем стрес, анксиозност и борбен дух се поврзани со сакањето да се примат што е можно повеќе информации, со што повеќе детали и да се добие емоционална поддршка. Културните разлики помеѓу болните од различни земји се видливи во нивниот однос спрема вклученоста на семејството во разговорот за лошата вест. Најголема приврзаност во семејството покажуваат јапонските болни. Од нив 78% се изјасниле дека сакаат присутност на членовите од семејството за време на разговорот. Тој процент во Австралија е 57%, а во Португалија 61%. Потполна спротивност од јапонските се американските болни, кои 81% се изјасниле дека не сакаат ничија присутност додека примаат лоша вест.

КАКО БИ ТРЕБАЛО ДА СЕ СООПШТИ ЛОША ВЕСТ?

Во секојдневната клиничка пракса на лекарот, особено онколозите, должни се да ја соопштат лошата вест безброј пативото текот на нивниот работен век. Бидејќи ставовите значајно на соопштување се менувале, а формалната едукација до скоро не постоела, кон крајот на деведесетите години на 20 век, се јавиле интереса за изработка на упатства кои би им помогнале на лекарите во соопштувањето на лошите вестии. Според прегледот на литературата, првичните цели на лекарите при отркивањето на лошите вестии се:

- Да му се овозможи на пациентот емоционално празнење
- Да се воспостави заеднички став за проблемот
- Да се одговори на основните прашања на пациентот
- Да се утврдат непосредните медицински ризици, како што е самоубиството

- Дасеодговори на непосреднитетего би
- Дасенаправи основен план за следење на пациентот
- Дасенаправи увидзатоашто уште не се разговарало
- Дасена мали самености и изолацијата

Соопштувањето на лошата вест е комплексна комуникациска задача која ја вклучува вербалната и невербалната комуникација на лекарот кој ја открива веста. Тоа е еднократен настан, затоа треба да биде сфатено како процес во кој лекарот “наоружан” со емпатија ја соопштува лошата вест, проверува дали пациентот разбрал се, ги препознава и одговара на емоциите на пациентот, го вклучува болниот во однесувањето од луѓе, ја одржава надежта и обезбедува поддршка. Сите тие компоненти се наоѓаат во неколку протоколи и мислени на една страна да му олеснат на лекарот, а на друга страна да му помогнат на болниот по лесно да го на дминетрауматскиот настан.

ПРОТОКОЛ СПИКЕС

Протоколот СПИКЕС го составиле Баиле и соработници. Се состои од шест чекори, скали кои се нудат како предлог како да се води разговор во која на пациентот треба да му се оопшти лошата вест. Името го добило по шест клучни зборовина англискиот јазик, од кои секој збор ува заедно чекорите кои треба да се направат. (табела 1)

Табела 1: Протокол Спикес

1. С = Сетинг уп (енгл.) – подготовка за разговор
2. П = Перцепцион (енгл.) – проценката информираноста на пациентот
- 3.1 = Инвитацион (енгл.) – добивање на согласност од пациентот
4. К = Кноџледџе (енгл.) – презентирање на инфомрацијата на болниот
5. Е = Емоционс њитх Емпатхиц респонсес (енгл.) – емоциите на пациентот и одговор со емпатија на нив
6. С = Стратегс анд Суммарс (енгл.) – поставување на терапијски план

1. Чекор: С- подготовка за разговор

- Предразговорот со болниот се предлага ментална подготовка на лекарот за тешката задача на соопштување на лошата вест. Потребно е да биде свесен дека тој е носител на лошите вести и дека е нормално да и самиот во тој процес има негативни чувства, да чувствува фрустрација и одговорност. Корисно е да има во глава припремено план како битреба одатечеразговорот и како вие реакции на бони отможе да очекува. При тоа си помага себеси бидејќи однапредможе да спреми одговорина претпоставените прашања и да биде спремна емоционалните реакции на болниот.
- Разговорот да се спроведесопшто помалку пречки и да ја постигне целта, потребно е да се исполнат неколку услови. Многу е важно да тој разговор тече (се одвива) во интимна атмосфера. Идеално би било во лекарска соба без присуство на другите медицински лица и други пациенти, а ако тоа е невозможно да се оствари, потребно е да се повлече завеса околу креветот на пациентот.

Дополнителен знак на пажња би биле припремени рамчиња во случај пациентот да заплаче.

- Треба да се именува минато адека пациентот можеби бил посакан со него да биде некој од неговите најблиски, затоа на пациентот битреба да му се понуди штоакако можност. Ако иако повеќе членови во семејството, треба да се ограничат на еден до двајца.
- Пред да се започне разговор пожелно е да лекарот седне и да меѓу него и пациентот нема бариери кои бигонамаличувството на блискост. Сотоа тој се поставува себеси на истониво со пациентот, горелаксирани му дава знак дека нема да се брза идека иако мавремено него и неговите проблеми. Ако пациентот бил непосредно пред разговорот прегледан, треба да му се даде време да се облече и да се олесни. За да разговорот тече добро, освен тоа што ќе го каже лекарот, важно е и како випорак ќе прати преку невербална комуникација. За да се поставува во една добар однос важна улога игра тој да го држи на контакт со очите, истотака, иако може да биде неудобно, и физички допир, на пример порамо или држење на раката на пациентот, се разбираако тоа е прифатливо за пациентот.
- За да се одбегнат настан кои биможеле да го прекинат разговорот, идеално би било ако лекарот замоли колега да ги превземе обврските кои биможеле да произлезат завремена разговорот, аако тоа не е во можност да се направи, треба пациентот да се информира за временската ограничување или прекинито кои ги очекуваат.

2. ЧЕКОР: П – проценката на информираноста на пациентот

Насамиот почеток на разговорот, пред да се изнесат наодите од испитувањата, корисно е да се ориентира менапознавањата на пациентот за неговата болест, да се погледне во тоа што тој го знае, како ја доживува ситуацијата, неговата болест, дали ја доживува озбилено или не. Притоа помага методата на поставување на отворени прашања, на пример “Што ви е вадосега кажано за вашата болест?” или “Дали ја знаете причината поради која сте билена ЦТ?”. Ако пациентот има погрешни информации, лекарот може да интервенира и да ги исправи. Во продолжение се разговара за информациите кои веќе ги знае или се сомневаможе со неговиот речник едноставно да се награти оној дел којшто се уште не го знае. Вакуиот во веди корисен затоа како бисере регистрира леони епа пациенти кои сенаоѓаат во фаза на порекнување на болеста и лиматнерални очекувања од лекарот и третманот.

3. ЧЕКОР: П – добивање на согласност на пациентот

Во третиот чекор лекарот бара потврда дека болниот сака да ја слушне информацијата која лекарот може да му ја даде. Иако повеќето болни сакаат да знаат сè за својата болест, ја сакаат потполната вистина за прогнозата и сите детали, сепак потребно е лекарот да именува некој болнитотане го сакаат. Затоа лекарот е од користакога болниот дава дознаење дека сака да се соочи со наодите бидејќито може да ја намали нелагодноста и анксиозноста која ја посотикај лекарот. Избегнувањето на информации тешко станува се почесто како што болеста станува потешка. Ако болниот не сака да ги знае деталите, таквиот став треба да се почитува и да се остави можност прашањата да се постават подоцна.

4. Чекор:К – презентирање на информацијата на болниот

Имајќи во предвид дека разговорот за лошата вест не е лесен ниту за лекарот ниту за пациентот, битреба ло да се започне со вовед во којшто лекарот го предупредува болниот дека следуваат лоши вест. Стратегијата навестување била споредуванасо два други начинина соопштување на лошавест, одлагање и потполна рамнодушност, и се покажала ефикасна. Со навестување то болниот добива предупредување дека следува лошавест.

Приштонесодрживонеизвесностпорадиодолговлекувањето, а ниту самата вест не доаѓа од еднаш. Додека одолговлекувањето и потполната рамнодушност ја зголемуваат веројатноста од негирање на сит уацијата, откривување на друга, разбирање на веста како шег, на говестување то се покажа ло како по ефикасно помагајќи примателот да ја прифати лошата вест и да се малишокот кој може да следи со соопштувањето. Примерина фразикон можат да се употребат се: “Зажал, треба да висиоопштам некоилошавести...” или “Жалам што морам да висиоопштам...”

- Со цел да болниот што појасно ја сфати својата ситуација, откривањето на некоимедицински факти може да се поправи со неколку едноставни упатства. Првенственот треба да се размислува затоа дека повеќето болнинесемедицински образовани идеканем ада ги разберат медицинските термини. Разговорот треба да се води во нивно ниво на разбирање и треба да биде прилагоден на нивниот вокабулар. Соодветно на тоа, лекарот битреба ло да користи зборови од секојдневниот живот, на пример наместо “метастазирал” наболниот би му било поразбирливо “проширил”.
 - При изнесување на дијагнозата, треба да се избегнува истакнување на лошата страна на заболувањето. Информациите треба да се даваат постепено, во мали делови, а периодично треба да се провери дали болниот разбира што му е кажано.
 - Кога ќе се испрат сите можни опции на третман, лекарот треба да ја избегнува реченицата: “Повеќе ниту не може да се сторизавас”. Таквиот став е погрешен, бидејќи и покрај неможност за излекување на болеста, постојат други терапевтски цели и потреби на болниот. Тогаш лекарот својот третман треба да го усмери на контрола на болката и ослободување од другисимптоми. Треба да покаже дека може нешто да направи за болниот.

5. ЧЕКОР: Е- емоцијата на пациентот и одговорсо емпатијананив

- Во процесот на откривање на лошата вест еден од најголемите предизвици на лекарот е адекватно одговорина емоцијата на пациентот. Емоционалните реакции на пациентот можат да бидат различни. Тиесезразнашокот, чувството на осаменост и тага. Значајно е да лекарот ја разбере и очекува таквата реакција. Во таквитуацијатој мора да пружи поддршка и да покаже емпатија. Тој процес се состои од четири чекори. Прво, треба да се земат во предвид чувствата на пациентот. Второ, треба да се назначина себее тоа чувство низкое поминува пациентот. Трето, битреба ло да се одреди причината за таквото чувство. Четврто, нека го пушти пациентот кратко време да ги изрази своите чувства и да се совземе,

а потоа нека му даде дознаење дека неговите чувства се сфатени.

Тоа може преку реке ници од типот: ”Гледам дека ова е вознемирувачко за вас” или ”Ијасистосенадева во на подобри резултати”.

- Во изразувањето на емпатија помага и невербалната комуникација.
Лекарот може да му се доближи на пациентот и да воспостави физички контакт со допир зарака.
- Се додека болниот не се сеземе, тешко е да се започне разговор за она што му е тешко.
Поради тоа е корисно и понатаму да се продолжи со емпатиски одговор.
Лекарот може да ги признае своите чувства и да каже дека таа авест е тешка за него.
На болниот може да му даде дознаење дека ги разбира неговите чувства,
дека сè е нормално и дека и другите имаат такво чувство и реакција.
Понекогаш болните не ги изразуваат своите чувства туку молчат. Тогаш лекарот,
пред да изрази емпатија, треба да постави прашање да разбере што го мачи болниот.
Треба да се има на ум дека повеќето болни нема да ги откријат своите емоционални проблеми ако верува
ат дека улогана лекарот не е нивно решавање.
Емоционалниот стрес кој го доживуваат болните е не третиран.
Тука лекарите кои ја соопштуваат лошата авест сè наметнуваат како еден од најважните извори на психич
ка поддршка. Еден од најдобрите начини на поддршка е да се покаже на пациентот емпатија,
преку прашања да се поттикне разговор и да му потврди дека неговите чувства се природни.

6. ЧЕКОР: С – поставување на терапијски план

- Разработката на терапијскиот план заедно со болниот е важен чекор за него. Луѓето кои имаат јасен увид
атоа што ги очекува се чувствуваат помалку нервозни и несигурни.
Пред започнување сета атама потребно е да се праша болниот дали е спремен за тој разговор.
- Во согласност со денешната слика дека болниот и лекарот сè наоѓаат во партнерски однос,
битреба ло да му се даат тераписките опции како предност и така и манитена секоја.
Сотоа на болниот му се праќа информација дека лекарот ги зема во предвид неговите желби. Со заеднич
кодонесување на одлуки се поделуваат договорноста,
атоа може да го намали чувството на неуспех кај лекарот кога терапијата не делува.
Завремена разговорот е важно да се провери дали болниот разбрал сè што му е кажано.
Истражувањата покажуваат дека одреден процент на пациентите не се свесни за проширувањето на нивната б
олест, а некои и погрешно ја разбираат целта на нивната терапија.
Значајно е дека во голем процент несовпаѓаат мислењата на лекарот и болниот во можностите за излеку
вањето. Ако болниот не ја разбира добросвојата ситуација,
се доведуваат прашања за неговата компетентност за донесување на аутономни одлуки.

ПРОТОКОЛ АБЦДЕ

Врз основа на препорака од литературата Рабоњ и Мцпхее во 1999.
Година изградиле практичен модел за соопштување на лошавест (Табела
2) која ја применува едноставната мемортехника АБЦДЕ.
Цел на препораките е да се служи како општ прирачник, во кој окви треба да се делува,
а секој лекар може да го прилагоди во специфични ситуации во кои бисена пол.

табела 2: протокол АБЦДЕ

А = Адванце препаратион (енгл.) – подготовкапредразговорот

Б = Буилд а тхерапеутиц енвиронмент/релатионшип (енгл.) – изградбанатерапијскасредина /односЦ = Цоммуницате њелл (енгл.) – добракомуникација Δ = Деал њитх пациент анд фамилс реационс (енгл.) – справувањесореакциитенапациентотичленовинанеговотосемејство Е = Енцоураге анд валидате емотионс (енгл.) – охрабрувањеевалидирањенаемоциите

А – Подготовкапредразговор

Добродасепрочитаатнаодитена својотпациент.

Идеалнобибилотиенаодидасеимаатзавременаразговорот.

Бидетеподготвенидаможетедагиобезбедитебаремосновнитеинформациизапрогнозатаиможности тена третман.

Одвојтедоволновремениосигуретесезаприватноствоудобна просторија.

Предупредетегистанатитевработениданевепрекинуваат.

Замолетеголегадасејавинаповицитенаменетизавас.

Припреметесементалнокакокејасоопштителопштатавест. Восвојатаглавапројдетепрекуразговорот.

Моѓетедавеѓбатенаглас, какозаприпремананекојјавеннастан.

Напишете специфични реченици и фрази како сакате да ги употребите,

аиониекоисакате да ги избегнете. Ако имате ограничени искуства со општувањена лошивести, посматрајте по искусен колега како тоа го правите или замолете го да пројдетепреку неколку сценарија и грај кјулоги на лекари и пациент.

Припреметесеемоционално.

Б – Изградбанатерапијскасредина / однос

Дознајте ги желбите на пациентот во врска со она што тој сака да знае и колку детално.

Кога е возможно,

нека биде присутен член на семејството или некоја личност која на болниот му дава поддршка.

Ако лошата вест е очекувана,

однапредпрашајте го пациентот дали има желба некој да биде присутен во тек на разговорот и колкава вклученост на останатите членовина семејството сака.

Представете се на сите присутни, запознајте се со нив и дознајте во каквие семејни односи се со болниот.

Најавете ја лошата вест “Жалмие, но имам лошивести”

Користете се со допир до колку е соодветно.

Имајте на ум дека некој болни или членовина семејството тоа не го сакаат.

Почитувајте ги културните разлики или лични желби. Возависност од двашиот личен однос со болниот, зрно на хумор може да биде соодветно.

Кажете му на болниот дека ќе му бидете на располагање.
Предупредете ги колегите и останатите вработени за ситуацијата.

Договорете ја следната средба.

Ц – Добра комуникација

Најпрво дознајте што болниот или семејството веќе знае и разбира.

Разговарајте искрено, нососочуство. Избегнувајте медицински изрази.
Користете се со боровитераки смрт. Дозволете ги шинансолзи,
апо тиснетего нагонот за разговор со кој сакате да избегнете од сопствената нелагодност.
Следете го темпото на болниот.

Болниот нека ви го потврди она што го разбрал од кажаното. Поттикнете ги неговите прашања.
Водополнителните разговори прашајте го болниот дали се разбира, повторете го она што веќе е кажано,
и коригирајте ако нешто погрешно е разбрано.

Битете свесни дека болниот не масе да запомни по првиот разговор,
За да по доброму ја разјаснете ситуацијата,
користете скици или дијаграми и повторувајте ги основните информации.

На крајот од секој разговор направете резиме на сето кажано и изложете ги следните чекори.

Д – Односот спрема реакциите на болниот и реакциите на членовите на семејството

Проценете ги одговорите на емоционалните реакции.

Бидете свесни на различни реакции на соочување, нпр. негирање, окривување, скептичност,
прифаќање. Усогласете го ворот на телото со боровите.
Вонаредните средби пратете го емоционалниот статус на болниот,
проценувајќи ја по тешноста или суицидалните намери.

Изразете емпатија. Соодветно да кажете “Жалмие” или “незнам”. Плачењето може да е соодветно,
новнимавајте дали вашите солзите доаѓаат поради емпатија спрема болниот или се израз на вашите лични
проблеми.

Несерасправајте со колегите и не ги критикувајте.

Е – охрабрување и валидирање на емоциите

Пружете надеж во разумни граници, дурикога излекувањето е невозможно,
да дате надеж и охрабрување, избирајте ја заморноста и текојшто постојат.
Изложете ги сите можности на третмани и организирајте следна средба на која ќе седонесе одлучавање
на лекување.

Дознајте како болниот гледан на новоста кој асте му ја кажал е штота означено.

Запрашајте го за неговите емоции и духовни потреби како во системна поддршка и ма во околината каде што
оживее. Понудете препораки како потребно.

Користете интердисциплинарни услуги со цел зголемување на грижата за пациентот,
но избегнувајте одагокорисите како ослободување од односот со болниот.

Грижете се иза своите лични потреби в текот на соопштувањето на лошатавест.

Во комуникација со болниот се појавува контрапленос, предизвикувајќи слаборазбирање, но јаки емоции кај лекарот.

Грижете се иза потребитена останатиот медицински персонал вклучен во грижата на болниот.

РЕАКЦИИ НА ПАЦИЕНТОТ НА ЛОША ВЕСТ

Во комуникацијата со пациентот докторот треба да биде свесен дека соопштувањето на веста за постоење на болест го менува функционирањето на личноста.

Начинот на кој ќе реагира пациентот се карактеризира со неговиот претходен контакт и однос кон болеста, реакциите на семејството и околината, како и социо-културелните верувања и ставови за болеста.

Секоја болест е проследена со регресија, т.е. со реактивација на свесните и несвесните содржини и начини на кој пациентот реагира во минатото.

Начинот на кој пациентот ќе реагира не може да се предвиди,

затоа докторите треба да бидат подготвени на различни емоции кои можат да бидат предизвикани од лошатавест.

Истотакат треба да се има на ум дека многу пациенти нема да ги покажат своите емоции пред докторот кој им ја соопшти дијагнозата,

затоа што не го доживуваат како доктор одговорен самозателесните проблеми.

Затоа лесно може да случат докторот да ја занемари емоционалната состојба на својот пациент, ако не разговара со него, не се обиде да разбере како се чувствува.

За емоциите треба да се разговара,

да се препознаат причината и да се стимулира пациентот да зборува за нив.

Пациентите по лесно зборуваат за своите чувства кога се во кругот на семејството или со психијатарот.

Постојат различни начини на акутна реакција на лошатавест:

- **Неверување** — често е првата реакција на лошатавест. Лицата кои ја манифестираат тешко прифаќаат промени во својот живот, но не ја одрекуваат лошатавест.
- **Шок** — е знак за јака трана чувствата кои го преплавуваат пациентот. Неемоција, ноникажува дека пациентот не може да се носи со емоциите кои ги чувствува како шок, стравот, лутината, тагата. Постои неспособност за функционирање и донесување одлуки. Лицата кои се во шок се изгубени и не знаат што прават.
- **Одрекување** — настанува како резултат на несвесниот механизам на одбрана кој ја функционира да го заштити Егот осотоа што ја блокира лошатавест. Резултатна ова е неменување на погледот за иднината. Лицето кое одрекува, одбива да ја прифати лошатавест покажувајќи цврсто уверување дека не е вистинита и е погрешна. На почетокот, одрекувањето треба да се толерира, се додека лицето самостан неспособно да се очисти вистината. Ако одрекувањето пречивоспроведувањето на терапијата и го загрозува здравјето на пациентот, потребно е да се интервенира.

- **Пренасочување** –
 сесреќавакајлицакоисвоитеемоциииемоционалнаенергијапредизвиканиодболестгинасочув
 аатвонекакваактивност. Тааактивностимпомагавосправувањетособолеста.
 Активноститеможедабидатадаптивниинеадаптивни.

- **Големипроекти** – Лицетозапочнувапроектикоисенесразмернипоголемина,
 содржинаилиприрода. Тоаможедабидеобликнапренасочување,
 остварувањенанекоиистариамбицииилисеизразнаодрекување.
 Проектотнетребадасепроценуванаосноваштолицетоостварувасонего,
 тукукакоемоционалнотозначењенапроектотзапациентот.

- **Стрaviaксиозност** – Стравотнастануваакутно, честопоттикнутододреденнастан,
 додекаанксиозностаеповеќедифузна, подолготрае,
 најчестогипоминуваграницитенаобјектотилиситуацијатакојабила „активатор”,
 апонекогашможеданастанеибез „активатор”.
 Задасесочипациентотсоанксиозностаистравот,
 потребноедасенајденивнатавистинскапричинананастанувањеидасеизбересоодветенначини
 алекување.

- **Лутинаисрам** – задаможедокторотдасесправисолутинатанапациентот,
 потребноедагоразберенејзиниоткоренидагипознаватехникитенасправувањесонеа.
 Целитеналутинатаможедабидатапстрактни, насочениконболеста,
 губењенаконтролаинемоќ, губитокнапотенцијалот, законитенаприродата,
 алутинатаможедабиденасоченаиконсамиотсебе, пријателитеисемејството,
 здравственитеработници, „надворешните сили”, конБога.
 Срамотепоткатегоријананасоченалутина, аможедабидесоодветнаинесоодветна.

- **Чувствонавина** – иматриважнисоставниделови.
 Можедабидеемоцијакојаенасоченаконсамиотсебе, можедапредизвикачувствонасрамт.е.
 тагаисожалување. Скоросекогашенекорисназапациентот,
 освенвослучаевикогаможедадоведедопозитивнипроменивооднесувањето.
 Какоштовоантичковремегиубивалелуѓетокоијаноселевестазаизгубенатабитка,
 сличнаерекцијатанапациентотналошатавест.
 Можноезасвојатаболестдагообвинуваатчовекоткојимјапренелвестадекасеболнит.е.
 докторот. Доктороттребадасевсензаоваиданегосфаќалично.

- **Надеж, очај, депресија** –
 Надежтаиочајотсенаоѓаатнасосемразличникраевииодцелокупноточовечкореегирање,
 анесереткилуѓетокоишточестоосцилираатпомеѓутиедвесостојби.
 Депресијатаеподлабокаипотрајнасостојбананамаленорасположение.
 Некоилицазарадипретходниусловувањаќеимаатпредиспозиизадепресија,
 акајнекоиитааможедабидепредизвиканаодсаматалошавест.

- **Претераназависност** – сеслучуватакаштопациентотодлукуитезасвоетелекувањегипрепуштанадокторотилинанекоеодруголице, иакопредсознанието заболеста може самостојно да ги донесува тие одлуки. Самата зависност не е штетна за лицето, посебно кога лицето кое одлучува заболниот наместо него одлучува во полза на болниот. Но зависноста ја загрозува способноста на пациентот за само одредување на самостојно одлучување. Докторот треба да го спречи тоа и да му понуди на пациентот договорен однос кој ќе го зголеми чувството на одговорност.
- **Плачење** – Тоа е одраз на различни емоции кои се јавуваат кај пациентот: страв, олеснување, болка, лутина, бес, тага, очај, депресија, љубов, хумор.
- **Зошто ја с?** – Иако докторот на ова прашање чувствува дека треба да даде одговор, тоа всушност не е прашање, туку израз на очај, лутина, фрустрации и личност на вина. Одговор не треба да се даде, туку да се пронајде и преработи емоцијата која сенаоѓавотемалот на овој исказ.
- **Олеснување** – иако звучи неверојатно, некои лица ја примаат лошата вест со олеснување, поготово ако имаат долг трајни симптоми на болест за која никој не им верувал.
- **Закана** – поттикнува едностраност која ја настанува заради губењето на контрола. Тоа е механизам со кој лицето честонадемонстративен начин се обидува да постигне барем делумна контрола врз работите кои се случуваат. Може да биде автоагресивна, насочена кон самиот себеси во облик на суицидални мисли или биди, а може да биде и хетеродеструктивна, на пример насочена кон докторот.
- **Хумор** – може да биде начин на реагирање кај пациентот. Неможе едногласно да себорува за користа на хуморот за поединечно лице затоа што тоа произлегува од структурата на личноста. Важно е да се препознае изворот на ова реакција и неговата насоченост, а не треба да се форсира.
- **Заведување** – претставува обид за привлекување внимание, најчестосоподароци, претерано давање комплименти, а понекогаш и сексуално заведување.
- **Пазарење/ценкање** – Докторот треба да го фатикако дел од процесот на соочување со тешката болест со што пациентот се обидува да го надминестравот. Пазарењето може да биде корисно, но долготрајното одвивање на овој процес може да му штети на самиот пациент.
- **Тешки прашања** – на прашања од типот: „Уште колку ми преостанува?“, „Умирам ли?“, „Какото ќе изгледа?“, докторите не би требало директно да одговорат.

- **Потрага за смисла на патењето** – тоа е прашање кое е што сито поставуваат многу пациенти. Може да поттикне бројни други духовни прашања. Наоѓање на одговорот може да резултира со техника и полесно поднесување на патењето.

Освен акутни емоционални реакции, _____ со напредување на болеста, докторот во комуникацијата со болниот се среќава со неговите **хронични емоционални реакции**.

- **Патењето е едноднев.**
Тргувајќи од ставот дека човечките суштества се една целина и имаат свој идентитет, патењето настанува тогаш кога тој интегритет на личност е нарушен.
Настанувањето на патењето не може да се предвиди.
За опис на човек кој патисекористат следните придавки: _____ очан, _____ беспомошен, меланхоличен и деморализиран. _____ Тоа не е само човек што чувствува болка. Кога ќе се појави патењето треба да се навлезе во неговите корени со цел да му се помогне на пациентот во успешна рехабилитација. _____ Во таа цел помага користењето на отворени прашања, активно слушање, поттикнување на болниот да зборува каков било кага му било најдобро во животот. Тоа не е само импомага да си јавратат само довербата.
- **Деморализацијата** може да ја разбере како специфична реакција која се карактеризира со изразена анксиозност и неспособност на пациентот позитивно да гледа кон иднината.
Таа се разликува од депресивноста.
Депресивен пациент не чувствува задоволство на било кое ниво, нема мотивација да дејствува, додека деморализираниот пациент може во некоеј момент да се насмее и да жива, но не може да замисли добри днина и не знае што и како да прави.
На овие пациенти треба да им се помогне да ја поминат оваа фаза.
Во тоа помага емпатиското слушање, _____ отворени прашања со цел да се изразат чувствата, да се дадат информации, _____ охрабрување, _____ поттикнување на вештината на соочување, избегнување на стратегии јакоја би ја зголемила дистанцата.
- **Надежта** може да има разни облици.
Докторите среќаваат пациенти кои се надеваат дека чудесно ќе оздрават, дека болестанема повторно да се појави, _____ дека уште долго ќе живеат, пациенти кои својата единствена надеж ја полагаат во тоа дека умирањето ќе биде безболно и без патење. Особено тешко губење на надежта, _____ кога се јавува и кај пациентот и кај докторот. Тогаш се појавува очај, _____ чувство дека животот нема смисла и вредност. Надежта највеќе ја „убива“ нелекуваната болка и другите телесни симптоми, изолација и страводна пуштање.
- **Потиснувањето** е една од најчестите реакции на пациентот со тешка болест.
Болните кои потиснуваат изгледаат како да не ја рабираат својата дијагноза и литежината на самата ситуација, _____ се однесуваат како да не се болни, свесно или несвесно ја намалуваат анксиозноста на соочена кон смртта и болката, така приказувајќи ја својата сериозна здравствена ситуација како помалку тешка и линепостојечка .
_____ Постојат _____ 20%

одболните ќе ја потиснат информацијата дека имаат малигна болест, 26%
делумно ќе ја супримираат свесноста за можна смрт, а 8%
ќе пристапат на потполно потиснување.
Потиснувањето може да биде корисно ако службена малувања на анксиозноста и подобро психо
лошко прилагодување,
но и стотака може да биде разорно и само уништувачко ако пациентот заради тоа го одложува одне
ето кај доктор или ако по пречува во информираниот пристапување и соработка.
Задасе соочитесе со потиснувањето, клучна е осмислената комуникација со болниот.
Докторите треба да бидат свесни дека и тие понекогаш го користат потиснувањето.
Може да ги потиснат информациите кои треба да им ги пренесат на болниот или на семејството.
Натој начин се обидуваат да ја задржат надежта или самите себеси штитат од тешки чувства.

МОЖЕ ЛИ КОМУНИКАЦИСКИТЕ ВЕШТИНИ ДА СЕ ПОДОБРАТ СО УЧЕЊЕНА СО ОПШТУВАЊЕЛОШИ ВЕСТИ?

Иако соопштувањето на лоши вести е случува до стачество секојдневна клиничка работа,
повеќето клиничари немаат формална обука за оваа важна комуникациска задача.
Сенаметнува прашањето дали можени вештините да се подобрат со едукација?
Истражувањата даваат потврдено договор. На пример, Лиенард
и соработниците спровел студија со која сакале да ја проценат ефикасноста на 40-
часовни обуки за комуникациски вештини.
Целта на обуките била да сенаучат комуникациските вештини и потребна соопштувања на лоши вести.
Испитаниците биле поделени во две групи, едни кои биле на едукација и други кои не биле.
Биле анализирани споредувани снимки од разговорот пред и после обуката.
Утврдена била значајна разлика меѓу испитаниците во неколку работи.
Едуцираните испитаници често користеле ефикасни комуникациски вештини, отворени прашања,
отворени директни прашања и емпатија.
Времето поминато со болниот во фаза пред соопштувањето на лошата вест било значително подолго
ај едуцираните во споредба со времето кое го поминувале во таа фаза пред обуката.
Освеншто на овој објективен начин може да се утврди ефикасноста на едукацијата,
важно е да се знае како во печатокимале докторите засебни своите способности по извршената обука.
Така докторите и студентите кои се запознале со протоколите кои ја поминале едукацијата соопштува
њена лоши вести наведуваат позитивни искуства. Во АСЦО прашалникот од 1998 година, 99%
од неколките изјавиле дека го сметаат СПИКЕС протоколот за практичен и разбирлив,
а користењето на емпатија,
со потврдени прашални реченици како одговор на емоциите на болниот го сметаат како најголем предиз
вик. Студентите запознаени со СПИКЕС
протоколот наведуваат поголема само доверба во изработката на планот за соопштувања на лоши вести.

ЗАКЛУЧОК

Односно кој ќе го воспостават пациентот и докторот може драстично да влијае на работливост на пациентот, а сотоа и на целокупниот дијагностички и тераписки процес. Еден од важните чекориво обликување на тој однос е начинот на кој докторот пристапува кон давање информации на пациентот.

Со добра комуникација се постигнува поголемо задоволство кај пациентот и помал број на жалби на докторот заради докторска грешка.

Бидејќи докторите секојдневно применуваат своите комуникациски вештини, воочена е важноста на комуникацијата и бидејќи произволно одстрана на докторот и да не биде препуштен сам на себе во пронаоѓањето на добрина начин на однесување со пациентот, како што беше праксата донеодамна во Хрватска и во светот.

Важноста на добрата комуникација во светот веќе е препознаена, така што комуникациските вештини во медицината се учат за времетраење на целитестудии, а и подоцна со континуираното совршување, најчесто со учење во мали групи преку играсоулоги. И покрај потребата, во Хрватска не постоела едукација за комуникациски вештини, па така ниедукација за соопштување на лоши вести.

Свеста за потребата од таква наодградба и здните доктори се зголемиле со однесувањето на одлукана Медицинскиот Факултет во Загреб (одлуката донесена 2010 година) за основање на Центар за палијативна медицина, медицинска етика и комуникациски вештини – научна, наставна и стручна организациона единица на Факултетот.

Тоа ќе придонесе за подоброснаоѓање на младите доктори во комуникацијата со пациентот на когото треба да му се соопштило патавестиза подобро припрема на докторот за незгодни ситуации, за соочување со емоциите на пациентот, како и соочување со своите емоции.

Со едукацијата бидејќи се подобри и психолошката грижа за онколошките болни.

Соопштувањето лоши вести е вештина која може да се извезба и за која постои голема потреба.

Таквиот став треба да биде прифатен и од договорните кои ја однесуваат програмата за едукација на студентите и младите доктори, но и секој доктор бидејќи треба да ја воочи важноста на квалитетната комуникација со пациентот и да се труди наученото да го пренесе во клиничката пракса.

Недостасува дел 14- Комуникација у затворском суставу (не е дадено на превод)

КОМУНИКАЦИЈА СО СТРУЧНАТА ЈАВНОСТ

Со развојот на интернетот (Њорлд Њеб) и на мултимедијалните глобални мреживо светот на меѓусебно поврзани компјутери,

Ниде

кои овозможуваат објавување и размена на информации во реално време од било кое место, се овозможија новинарски комуникации во медицината. Благодарение на интернетот, денес повеќе од кога било порано може да се борат за глобално информатичко општество и на светот да се гледа како „глобално село“ втемелено посредувано од информатичко-комуникативните технологии, без кои денес не е невозможно да се замисли развојот на современата наука, пата кај медицината.

Покрај специјализираните портали кои се објавуваат на стручната медицинска јавност, онлине списанија кои „излегуваат“ исклучиво во електронска форма, до онлине форуми на интересни собири на доктори, се поважен облик на комуникација во медицината се блогите – своевидни мрежни дневници специјализирани за одредени медицински теми, а тој облик на комуникација станува се по популарен и во нашата средина. Миџаел Аррингтон, уредник на популарниот блог TechCrunch, свое време прогласи за едно од највлијателните луѓе на светот од страна на ТИМЕ магазинот, блогите ги издначува со конверзија, односно човечка потреба за читање и пишување, а не само како конзумација на објавени содржини. Блогите на здравствени работници денес може да изгледаат како професионалните списанија специјализирани за одредени медицински теми, а дискусиите кои се развиваат на нивните страници неретко се објавуваат и во најценетите медицински научни списанија, како што е Бритисх Медицал Јурнал. Соредовно читањето на овие блогови, заради нивната брзина на обработка и претставување на нови информации, во денешно време е апсолутно неопходност за секој кој сака да биде во чекор со развојот на било која специфична медицинска област.

ДОСТАПНОСТ НА КЛУЧНИ НАУЧНИ ИНФОРМАЦИИ ВО МЕДИЦИНАТА

Покрај сè горенаведено, се уште главен и неизоставен начин за пренесување на новосознанија и информации во медицината е објавување и следење на стручните и научните достигнувања во националните и меѓународните медицински списанија, кои како примарна формација почитуваат печатената пределектронската, која пак ја користи за популаризација на содржината делумно или во целост достапна за слободен пристап на корисниците.

Благодарение на распространетоста на глобалната мрежа, достапноста и едноставноста на употреба на современите информатички алатки, повеќе редакции на стручните списанија имаат изработено својо онлине изданија, но и покрај тоа, незначјано мален број отна печатени изданија.

Медицината како струка и наука се заснова на проверени точни научни факти, од таму јасно е дека достапноста на информации е основен предуслов за напредок, но и темел на одговорна секојдневна работа со пациентите, независно дали се работи за давање здравствена услуга во примарна, секундарна или терцијарна здравствена заштита.

Тргувајќи од тиена чела, во година создаден специјализираниот медицински двомесечник Medix, независно стручно медицинско списание од Загреб,

соцелпромовирањенабиомедицинскитенаукиинајвисокитестандардинамедицинскатапраксапомеѓу докторите, а до денес се објавени повеќе од 110 изданија и повеќе од десетина тематски додатоци.

Списанието Medix е медиум за размена на искуства и знаење помеѓу докторите и останатите сродни професиивоздравството.

Наменето за напредување на квалитетот и достапноста на здравствената заштита преку информирање и едукација на докторите и другите здравствени работници за најсовремените дијагностички и терапевтски и отстапки во медицината, со илустрирање на примери од секојдневната пракса.

По уредувачкиот профил Medix е единствената публикација која покрива по широка тематска област од сите медицински списанија,

давајќи им на медицинските стручњаци увид во различни области од медицината, стоматолозијата и фармацијата.

Покрај континуираното следење на развојот и примената на современите технологии и воздравството, списанието ја информира стручната јавност за некои медицински аспекти на медицината и јавното здравство, вклучувајќи ги етичките, технолошките, еколошките, економските, историските и културните аспекти на медицинските науки.

Функцијата на списанието е објективно и независно известување за насоките на здравствената политика и актуелните случувања во струката.

Благодарјќи на трајната соработка со истакнати предавачи од медицинскиот, стоматолошкиот и фармацевтско-биохемискиот факултет, значиво дечки клиничари во Хрватска, списанието во текот на досегашните издавања стекна признат статус во стручниот круг на читателите.

Medix иматиражод 6,000 примероци, од кои повеќе од половина се дистрибуираат на годишните претплатници, поединци и установи во здравството.

На темелна објективна показател од спроведените анкети денес претставува едната најчитана хрватска медицинска списанија. Со опсежната содржина на секој број (последните години просечно 200 страници)

првоштом упуѓа во очинателот квалитетот на графичката продукција и ликовната опрема, која Medix го извојува од сродните стручни публикации.

Атрактивноста на формата проследена со атрактивната содржина, единствениот и автономен уреднички концепт,

придонес на списанието да ги помине границите на Хрватска, станувајќи својевиден извозен бренд. Веќе постои претсавништво во Сараево,

така што кругот на претплатници успешно се шират на територијата на Босна и Херцеговина, а по широко.

НАСОКИ ЗА ПРИМЕНА НА СТРУЧНОТО ЗНАЕЊЕ ВО ПРАКСА

Покрај бројните извештаи од најзначајните конгреси, симпозиуми и медицински научни собири, ексклузивни интервјуа со хрватските домашни и светски стручњаци за состојбата и перспективата на развојот на современата медицина, Medix во секој број објавува “state of the art” прегледни статии на еминентни клиничари и научници,

кои на интересни пристапи начин даваат преглед на најновите достапни медицински сознанија.

Изнесените ставови во списанието се темелат на проверени научни факти, на клиничкото искуство на авторот и етиката на „добра клиничка пракса“.

која подразбира примената на дијагностички и тераписки постапки кои се етички и оптимални за пациентот, во склад со врвните научни и стручни достигнувања при фатени во секојдневната клиничка пракса.

Позади рубриката од десетина области на клиничката медицина и јавното здравство, секој езданијана Medix ја посветува главната темана една медицинска гранка и/или клинички ентитет, а последните годинината ој начин се обработени некои од најзначајните области на современата медицина: ранодијагностирање и лечење на артериска хипертензија; обезбедување калитет на здравствена заштита и сигурност на пациентот во здравството; посттравматско стресно растројство – вчера, денес, утре; психосоматска медицина; шеќерна болест – рано откривање, превенција и лекување; болест на зависност; малигни болести – приказна со современа дијагностика и лекување на туморот; трауматологија; можности на минимално инвазивна хирургија; донирање органи и трансплантационата медицина во Хрватска и др.

Особено значајни се психијатриските езданијана Medix, а секој година барем еден број е насловен со темата посветена на заштита на менталното здравје. Тематските езданијана Medix за шизофренија, биполарно афективно растројство, анксиозно растројство и ПТСП се вклучени во испитната литература во склоп на специјалистичките последипломски студии по психијатрија.

Medix блиску соработува со многу бројни стручни здруженијана Хрватското Докторско Здружение, кое е задолжено за изработка на дијагностичко-тераписки постапки и насоки за превенција и лекување на одредени болести и клинички состојби, како и редовно известување и лигиобјавување како интегрални документи во склоп на своите редовни езданија.

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА И ОБУКА НА ДОКТОРИТЕ

Докторите се преоптеретени, новисознанија и масекој ден, а сонаторната секојдневна работата е тешка едасе следи брзиот напредок во дијагностичките и тераписките методи на структурата. Medix ја олеснува достапноста ба шпнатие клучни медицински информации, кои секој доктор треба да ги има на располагање за да ги извршува совесно и одговорно секојдневните професионални задачи.

Вредноста на Medix-овите езданија ја препознаи Одделот за континуирана медицинска едукација при Хрватската Лекарска Комора, патата Medix единственото стручно списание кое веќе десетина години покрај насловната темана секој број издава и дополнителен тест за проверка на знаењето кој се бодува при обновувањето на докторската лиценца. Одделот го вреднува секој тест, анатој начин Medix имовозможувана докторите исполнување на обврската за континуирана медицинска едукација од своето работно место, безуплатна скапикотизација. За популарноста на овој вид на континуирана медицинска едукација сведочи податокот дека тестовите од некои езданијана Medix, како што беше тестот за артериска хипертензија и тестот за современите дијагностичко-тераписки постапки во урологијата, од број во број позитивно го решаваат веќе 400 доктори.

КОМУНИКАЦИЈА СО МЕДИУМИ

Често си поставуваме прашање зашто темата здравје и општо медицината е интересна за медиумите ?

Зашто со години го привлекува вниманието на јавноста не само тоа што е ново во медицината туку и некои најосновни знаења и сознанија за болести и пореметувања со кои секојдневно се сретнуваме? Зашто на медиумите им се интересни информациите од приватниот живот на лекарите ? Зашто филмовите и сериите поврзани со случки од клиника се најчесто гледани ? Зашто доверливите информации за лекување на одреден пациент се и понатаму чести на насловните страни на дневни и неделни весници и покрај сите етички кодекси.

Медиумите имаат голема моќ во општеството, моќ за која треба да бидеме свесни и да ја прифатиме, преку медиумите се креира јавно мислење, здрав и нездрав стил на живот, медиумите информираат и дезинформираат. Тие имаат голема улога во јавното здравство кога зборуваме за промоција на здрав на начин на живот или ризик фактори за појава на болести. Кога говориме за промоција на здрав начин на живот медиумите имаат голема улога при укажување на штетни начини на живеење и нивните последици при што се далеку помоќни од многу стручни текстови кога станува збор за информирање на единката. Ова е особено важно при менување на свеста како би се смалиле ризиците за настанок на бројни проблеми со кои денес се сретнуваме како последица на нездрави односно штетни навики (прекумерно пиење на алкохол, пушење цигари, употреба на психоактивни супстанции, дебелина, коцкање итн) но и укажување на важноста и одговорноста на секоја единка во заштита и унапредување на личното здравје и здравјето на своето семејство. Од овие причини медиумите имаат клучна улога во информирање на јавноста за ризици по здравјето на луѓето, за штетните навики, но на некој начин медиумите и ја сензибилизираат јавноста на соочување и посочување на јавноста на сите опасности кои произлегуваат од пр. висок крвен притисок, прекумерна телесна тежина, ризично сексуално однесување, прекумерно земање на лекови или самомедикација, земање на штетни супстанции и сл. Медиумите исто така и посочуваат на јавноста рано препознавање на симптоми кои можат да го нарушат здравјето но помагаат и во запознавање на пошироката јавност како да се зачува и унапреди сопственото здравје. **Медиумите на овој начин стануваат еден од виталните пропагатори на заштита и унапредување на здравјето.**

Темите за здравство во медиумите се присутни од самите почетоци на пишаните медиуми, но исто така и електронските медиуми како што се радио и телевизија а особено денес преку нови бројни медиуми. Интернетот е преполн со информации за здравје и болести и покрај апсолутната корист од ширење на едукативни информации постојат и бројни замки и ризици кои директно влијаат на однесувањето и соработката на единката што ги чита овие информации или што се на разни социјални мрежи. Па така освен со точни информации медиумите се преполни и со половични информации или понекогаш грешни интерпретации кои мажат да ја

дезинформираат јавноста , но тоа е друго прашање кое се поврзува со уредувачката политика на еден медиум.

Зашто пред триесетина години ја започнав емисијата на радио “Добро утро здрави граѓани”, “Човек на човек е лек”, и “Доверливо” ,пред осумнаесет години телевизиската емисија Експертиза? После седумнаесет години клиничка пракса бев свесен колку на јавноста и недостасува здравствена просветеност , колку медицината и нејзиниот јазик се оддалечени од обичниот човек, често неразбирлив и скриен во латински изрази. Сите говореве за потреба од превенција , здрав стил на живот и потреба да се размислува позитивно а мене ми се чинеше дека докторите се повеќе се оддалечуваа како поради супспецијализацијата, софистицираните методи кои ги применуваат , но и поради недостатокот на нивна меѓусебна комуникација. Не сакав тие емисии да бидат посветени единствено на психијатрија и се ориентирав на целокупната медицина се трудев гости во емисија да ми бидат угледни доктори и научници со најнови откритија но и со богато клиничко искуство.

Во овие емисии секогаш е потребно да го поедноставите докторскиот јазик бидејќи мора да биде разбирлив за секој слушател и гледач. Тоа не е банализирање на медицинските термини ниту лаички пристап , бидејќи не е потребно да ја покажувате својата висока стручност и знаење пред аудиторниумот туку треба да се доближите на човекот кој во секој момент треба да разбира за што говорите.

Преку јавно здравствените емисии во медиумите јавноста се сензибилизира за некој проблем при што се зголемува и сопствената одговорност за своето здравје од една страна аод друга страна се помага да информацијата за некоја болест или начин на лекување бидат достапни за голем број луѓе. Често сме сведоци на критики на нашата струка заради недостаток на пренесување на информација , недоволна и неадекватна комуникација помеѓу докторот, пациентот и семејствотои недоволно посветено време одвоено за информирање на болниот (пр. “излегов побрзо него што влегов”,”слушајте , јас ништо од ова не разбираам, што оваа дијагноза воопшто значи, како сега да живеам” итн.)

Голем број на доктори за време на својот работен стаж ќе бидат поканети да зборуваат во медиуми. Со почит кон сите елементи на етичкиот кодекс треба да се направи разлика кога се зборува во живо (на радио или телевизија) каде точно се знае кој што рекол и во каков контекст. Сосема е друга ситуацијата кога емисијата се снима, или се гостува во некој прилог и тогаш треба да се зборува од гледиште на јавен интерес но и да внимавате ако не сакате вашите зборови да бидат цитирани тогаш не треба ни да ги изговарате. Во тој случај треба да се биде едноставен и да се размислува на начин колку таа вест или информација што ја кажувате може да биде корисна за слушателот,читателот или гледачот. Често гледаме или слушаме а понекогаш и читаме ситуација кога на новинарско прашање не следи конкретен одговор и се зборува поопширно при што се создава перцепција на недоверба за темата на разговор, а би требало да следи директен краток и јасен одговор.

Едно прашање кое се провлекува и е често присутно во медиумите во последно време е прашање на кое во тој момент нема да знаете или нема да можете да одговорите, а тоа може да се случи, бидејќи никој не е стручњак за сите домени. Во такви ситуации многу е подобро да се каже дека

немате одговор вна тоа прашање во тој момент ,но штом го дознаете или се информирате ќе дадете одговор.

Кога сте во ситуација да бидете повикани да одговорите на прашања што новинарите ќе ви ги пратат кога од различни причини сте биле спречени да одговорите директно (често пати тоа е добро за да можете да се подготвите) најважно е да ги пратите насоките на повеќето кои препорачуваат речениците да бидат кратки , не премногу сложени, обидете се да употребувате зборови кои се употребуваат секојдневно , пишувајте или обидете се да пишувате онака како што зборувате размислувајте на начин колку е тоа што го пишувате блиско на читателите, бидете искрени за тоа што го пишувате, целта на тоа што го пишувате е вистина и информираност а не импресионирање на јавноста.

Постојат често и ситуации во кои лекарот се замолува да објасни некој феномен од клиничка пракса или од своето научно истражување. Притоа треба секогаш да се има на ум дека се обраќаме на општата популација,а поентата е во вистинската УМЕШНОСТ она што во медицината и често пати сами го комплицираме (од латински изрази, преку патофизиолошки механизми, многубројни теоретски концепции сл.), јавноста разбере на што поедноставен начин.

Уште еднаш ќе истакнам дека медиумите имаат голема моќ и секој збор е важен, како и нашето невербално однесување.

Во ситуации кога лекарот е гостин во емисија која оди во живо, каде се јавуваат слешатели гледачи, но често и голем број пациенти, кои поставуваат прашања за своите дијагнози,бараат коментари за свбоните болести, начин на лекување, компетентност на докторот кој ги лекува, и сл. Важно е докторот да не се вовлече во било кој модел што може да наштети на било кој —на пациентот но исто така и на колегата доктор , бидејќи ако не сме го ни погледнале пациентот, ниту неговата медицинска документација, не можеме да донесеме заклучок, може да се посомневаме но тогаш треба да договориме преглед или слично а не да коментираме на невидено. Ние докторите мораме секогаш да се азликуваме од надрилекари и шарлатани и да одлучуваме и коментираме само на основа на тоа што сами сме го дијагностицирали или дознале при земање на анамнестички податоци,преку лабораториски наоди, сликовити прикази и сл.

За жал, и денес не така ретко сме сведоци да се поставуваат дијагнози на основа на тоа што е напишано во часописи или прават психолошки профили на некои личности кои од разни причини се интересни за јавноста. Во комуникацијата со медиумите не треба да се плашите од новинарите, новинарот не ви е непријател, тој само ја извршува својата задача за што поточно информирање на јавноста. И затоа кои ги давате на располагање на новинарот мораат да бидат точни. Докторите во медиумите настапуваат како стручњаци во својата област, и тоа ги претставува во јавноста најдобро.

На крај, морам да напоменам дека во комуникација со медиумите секогаш мора да мислите на пациентот и смејството и како да го заштитите неговиот интегритет и автономија. Истотака, во емисии кои одат во живо ,докторите мора да бидат подготвени и на емоционалните реакции на соговорникот кои секогаш можат да изненадат, и со нив треба да се знае како да се справите. Во тој контекст како пример ќе го наведам исечокот од радиската емисија “Човек на човек е лек” , во која ненадејно се соочив со со глас на соговорник кој ми се причини дека е седиран, а после се испостави дека пиела голема количина на лекови со суицидална намера при што радиската

емисија оди после тоа во друг правец. И што се случува после тоа ? Пренесено е во јаност, и скоро се откри идентитетот на пациентот.

Овој пат се помина добро но можеше и да не биде така. И затоа без разлика во кој медиум докторот гостува , никогаш не заборавајте дека прво и основно сте доктори кои треба да се грижат за својот пациент, и секогаш да зборувате за него внимателно, без да се избрзувате во дефинирање на состојби или излекување, а кажаниот збор може а користи, да не речам заштитува но понекогаш и убива. Исто како скалпелот на докторот.

17

УЛОГА НА ОПШТЕСТВЕНИОТ МАРКЕТИНГ ВО ЗДРАВСТВОТО

Во современата комуникација зборот “општествен,, е многу чест. Општествени мрежи, општествена одговорност, општествен маркетинг ...се термини со кои се сретнуваме многу често. За правилно разбирање на термините засебно како и нивната улога во меѓусебната интеракција , неопходно е да се дефинира што се подразбира под одреден термин.

ОПШТЕСТВЕН МАРКЕТИНГ

Општествен маркетинг е интегрирана, сеопфатна дисциплина, која извира од повеќе науки. Затоа во структурата на општествениот маркетинг вткаен е широк спектар на знаење од областа на друштвените науки- од областа на психологија, комуникација и социологија. Општествениот маркетинг исто така потекнува од комерцијалниот маркетинг со оглед на настојувањето во постигнување на специфични цели поврзани со промената на однесување со цел: постигнување на општо добро.Зашто е тоа така? Доколку се сака да се влијае на однесувањето на луѓето , нивното однесување пред се треба да се разбере.

Заедно со другите концепти и техники ,општествениот маркетинг вклучува дизајн, примена и контрола на програмите за зголемено прифаќање на одредени идеи, воспоставување на пракса во целната популација, или за промоција на друштвената благостојба како целина. Зашто ни е потребен Општествен маркетинг ? Може да се каже дека општествениот маркетинг нуди решение на друштвените и здравствените проблеми , кои државата од било кои причини не ги решава. Стратегијата на општествениот маркетинг , баш како и технолошки, економски, политички законодавни и едукациски стратегии, се користат со цел да се постигнат промени во целната популација на потрошувачи или корисници. Па такапромените може да се отчитуваат како когнитивни промени, когнитивни со иницијација на акција, бихејвиорални, промена на ставови итн.

Важно е да се истакне дека првиот фокус на општесвениот маркетинг е на општествена корист – значи не на општествената корист како секундарен исход. Општествениот маркетинг поткнува т.н. *мерит гоодс, односно услуги и активности како што се на пример едукација која треба да биде достапна за сите. За нив државата смета дека се корисни за жителите, а жителите со нив не се користат често бидејќи не се свесни на посредната и долгорочната добивка кое тоа им го носи на општеството во целина. Општествениот маркетинг се спротиставува на т.н. *деме- рит гоодс, односно на роба и услуги кои се штетни и непосакувани, а трошокот не го сносат само жителите туку и целото општество. Пример се цигарите или алкохолот кои ги**

конзумираат само некои, но се покачени здравствените и другите трошоци заради пушачите и за алкохоличарите, и тие трошоци ги сносат сите.

Накратко, општествениот маркетинг поттикнува промени во различни друштвено важни облици на однесување. Кога станува збор за промени, треба да се сетиме дека промените **друштву и** меѓучовечките односи се до индустријската револуција се одвивале многу бавно. Иновациите биле многу ретки некои ќе станеле широко прифатени, начелно тоа се случувало бавно а ретко тоа било брзо. Делумна причина се бара во комуникацијата, која била неразвиена во однос на денешната. Историски, општествениот маркетинг често се опишува како дисциплина која потекнува од два основни извори – општествени науки и политика, и од маркетиншки извори – сто подразбира принцип на комерцијален маркетинг и маркетинг на јавен сектор. Општествениот маркетинг е препознаен во 70те години на 20от век но не може да се каже дека тогаш настанал. Пример што го поткрепува ова тврдење е употребата на општествениот маркетинг за контрола на раѓања во Индија, кога пристапот базиран на уверување добил предност во однос на донесување и спроведување на законски мерки. Како формална дисциплина општествениот маркетинг се појавува 1971, со трудот на P.Kotlera и G.Zeitma- на „*Social Marketing: An Approach to planned Social Change*” објавен во Journal of Marketing. После 20 години Craig Lefebvre и June Flora препознаваат потреба за сеопфатни програми, на широки основи насочени на промени на однесување и со цел на унапредување на јавното здравје. Конкретно, со воведување на програма за превенција на кардиоваскуларни болести на ниво на целокупна заедница го вовеле и општествениот маркетинг во сферата на јавното здравство.

Кои се алатките и концептот на општествениот маркетинг? Премногу едноставно би било да се утврди дека општествениот маркетинг употребува искуство од комерцијалниот маркетинг за постигнување на некомерцијални цели. Исправно е општествениот маркетинг да применува пристап ориентиран према купувачот („*customer oriented*”), и употребува концепти, теории, техники и алатки од доменот на општествениот маркетинг но и за подрачјето на општественети прашања.

Меѓутоа не е целиот јавен сектор и непрофитниот маркетинг воедно и Општествен маркетинг. На пример, кампањите со кои се охрабруваат и потсетуваат луѓето редовно да го контролираат крвниот притисок, да прифатат посакувани животни навики и да применуваат лекови согласно со препорака на доктор, насочени се кон долгорочна промена на однесување и притоа станува збор за Општествен маркетинг. Наспроти тоа, едnodневна изолирана акција одете на работа, ако не е дел од сеопфатна стратегија, може да се смета за тактички потег но не и Општествен маркетинг. Општествената одговорност денес често споменувана во корпоративните промотивни пораки исто така не е синоним за општествен маркетинг. Истотака треба да се разликува општествен маркетинг од општествен маркетиншки концепт кој е основа за одржлив развој во проблематиката на интеграцијата на проблемот на општествената одговорност и стратегијата на комерцијалното работење. Понекогаш не е лесно да се процени дали станува збор за Општествен маркетинг или ПР активности на комерцијален маркетинг. Пример, како да се категоризира собирање средства за на пример болница, во организација и под покровителство на компанија која е јасно профитно ориентирана?

ОПШТЕСТВЕН И КОМЕРЦИЈАЛЕН МАРКЕТИНГ

Општествениот и комерцијалниот маркетинг имаат многубројни заеднички карактеристики и преклопувања. Ни општествениот ни комерцијалниот маркетинг не се засебни теории, како и комерцијалниот маркетинг и општествен маркетинг има потреба од логички процес на планирање, што вклучува испитување на пазарот, анализа на пазарот, сегментација на пазарот, поставување на цели и идентификација на стратегија и тактика. Истотака, заедничко за двата вида на маркетинг е дека се работи за доброволна размена на трошоци и бенефити измеѓу две и повеќе страни. Воедно, заедничко е за двата вида на маркетинг е дека се работи за рамка или структура, која настанала од многубројни различни науки – како психологија, социологија, антропологија и комуникациски теории, а со намера да се разбере како да се влијае на однесувањето на луѓето.

Разликата помеѓу овие два вида на маркетинг е тоа што во основата на општествен маркетинг е да ја исполни потребата на општеството за подигнување на квалитетот на животот на луѓето. Целта е да користи на интересите на целната група или друштво, без остварување на профит. Промена на однесувањето се остварува во услови на комплексни економски, друштвени политички влијанија, а чести корисници се они сегменти од друштвото што не се продуктивни. Во услови на често скромни финансиски извори, општествен маркетинг продава идеја.

Комерцијалниот маркетинг има за задача остварување на целите на сопственикот. Со него се настојува да се исполни препознатливата потреба на целиот пазар. Со исполнување на тие препознатливи потреби се остварува профит – што му е и цел. Се работи за активни профитабилни сегменти на маркетингот, размената е монетарна, се продаваат производи и услуги – со помош на идеи. Но, поеднакво така може да се продаваат и идеи.

Накратко, целта на општествен маркетинг е промоција на цели кои во основа не се профитабилни, додека комерцијалниот маркетинг првенствено има финансиска цел – што притоа не значи дека комерцијалниот маркетинг не моѓе да допринесе во остварување на друштвено позитивните цели. Но, се додека општествен маркетинг се бави со остварување на потенцијално захтевни и долгорочни промени на однесувањето на целна популација, комерцијалниот маркетинг може да се задоволи со влијането врз купувачот за купување производи (кои не мора да бидат материјални). Во секој случај не е едноставно да се направи јасна поделба.

Општествен маркетинг има големи можности но и ограничувања. Тој не може самостојно да ги надомести останатите мерки. Не се работи за посебен труд, туку во делот на алатки кои треба да се користат стратешки, како дел од можните различни интервенции – притоа секако треба да се нагласи важноста на вклучување на законодавството.

Општествен маркетинг континуирано се проширувал па од некогашниот домен на здравствена и социјална заштита научни истражувања, едукација и култура, сега е и во сферата на политиката, друштвени институции, издавачи и др. Притоа се зборува за маркетинг идеја, личен маркетинг, маркетинг на хуманитарни активности, политички маркетинг и др. Да се задржиме поконкретно на два домена: маркетинг на идеи и маркетинг на хуманитарни организации.

Маркетинг идејата се занимава целосно со нематеријални производ. Важно е да се напомене дека успехот на секоја идеја зависи сообразноста со општествената состојба. Важно е да се спроведе истражување на пазарот: идејата може да биде прифатена, со што се стекнуваат партнери и со соработка се шири кругот. Истотака идејата може да најде на спротиставување, па во тој случај целта е да се неутрализираат противниците. На крајот постојат и тие неутралните

кои треба да се придобијат на своја страна. Целта на идејата е влијаније на ставовите на целната група (популација) а нејзиното прифаќање се темели на емоционалните критериуми.

Влијанието на идеите е поголема од влијанието на материјалните добра. Идејата се шири преку медиумите, преку креаторите на јавното мислење, и со помош на различни групи.

Маркетингот на хуманитарни организации е во доменот на непрофитниот сектор, а се темели на волонтерството и на потребата да им помогне на болните и сиромашните, промовирање на образование, здравството, наука, социјалната благосостојба во корист на сите, итн. Таа се финансира од донации, фондации, но исто така и од државниот буџет .

Процесите на општествениот маркетинг

Процесите на општествениот маркетинг се дефинирани и ја вклучуваат анализата на животната средина, истражување и селекција на целната група од популација, дефинирање на стратегија, планирање на програмата, организација, спроведување на програмата, мониторинг и евалуација.

Анализата на животната средина се користи, подеднакво и во комерцијалниот маркетинг. Притоа, се испитува јавното мислење, се анализираат медиумски наслови, се контактираат клучни поединци и креатори на јавното мислење, се следат и анализираат искуства на другите земници. Се проучува пазарот, корисниците, конкуренцијата и макро-средината.

Истражувањето и изборот на целното население, меѓу другото, ја опфаќа и сегментацијата на вистинските потрошувачите, релативно не-корисници и оние кои не користат воопшто.

За маркетинг активности најинтересните се релативните не-корисници, односно оние кои се незаинтересирани...оптеретени со предрасуди, незадоволни, и слично. Маркетинг активности треба да бидат насочени кон овој сегмент, така што тие може да станат корисници т.е. клиенти. Екстремно важно е целта на население да се запознае со користа која ќе ја имаат од програмата, а не да се подразбира дека тие тоа веќе го знаат.

Определување на стратегијата е еднаква како и во бизнисо : се бира стратегија со која ќе можат да се задоволат потребите на целната популација. Стратегијата содржи три битни компоненти: Одредување на целната популација, креирање на маркетинг-микс и одредување на буџетот.

Планирање на маркетиншкиот програм се состои од познатите четири П (P) *product*(продукт) , *price*(цена), *place*(место) , и *promotion* (промоција). Важно е да се обрати внимание на важноста на цената во доменот на општествениот маркетинг. Купувачите, без разлика дали се работи за материјални или нематеријални добра, се многу осетливи на цената. Ниската цена немора да значи прифаќање, може да значи и подценување на вредноста на услугата, на работникот, волонтерот, губење на доверба меѓу оние кои работат и оние кои плаќаат. Накратко, во целната група може да има и негативна реакција на ниската цена.

Маркетиншкиот план опишува како програмот адекватно да се промовира кај целните групи, како ќе се позиционира и комунира во одреден временски период. Маркетиншкиот план, прецизно го утврдува спроведувањето на активностите.

Ако се збори за општествениот маркетинг во рамките на здравствениот сектор, целната популација вклучува различни групи: директори на болници, социјални работници, здравствени работници кои ги негуваат болните, лекарите во примарното здравство, пациентите, семејствата...но на секоја е група им се приоѓа со јасен одговор на прашањето: на кого е усмерена оваа наша конкретна порака.

Трошокот, исто така, се дефинира имајќи го во предвид сегментот на аудиторијумот на кого програмата треба да предочи зашто е вреден за цената која се нуди. Во општествениот маркетинг е важно да се истакне дека се работи за инвестиција а не трошок.

Целта на маркетингот е да го опишува посакуваниот резултат во однос на целната група. Целта мора да биде јасна и мора да се биде во можност да се одговори на прашањето: кој е очекуваниот резултат?

Организација значи воспоставување маркетиншката единица (тим), дефиниција на задачата и именување на менаџерот на проектот.

Спроведувањето на програмата е секогаш предизвик, бидејќи во реализација на истиот се појавуваат потешкотии поврзани со ограничување на средствата, потешкотии во промоцијата, се наидува на ефекти кои не се видливи и кои неможат да се измерат. Истотака, можеби треба да се поттикне побарувачката која до тогаш воопшто и не постоела, се наидува на чувствителни целни групи, а сето тоа во контекст на потребата за долготрајни промени во однесувањето.

Контролата е поврзана со стандарди кои се дефинирани со маркетиншкиот план. Маркетиншкиот план е нужен, затоа што ја дефинира маркетиншката ситуацијата, идентификува можности и ограничувања, како и целите кои треба да се постигнат. Маркетиншкиот план носи маркетиншка стратегија и акцијски програм, план и контрола на буџетот.

Мониторингот на активностите опфаќа низ акции кои се превземаат согласно маркетиншкиот план. Тоа може да биде директно обраќање до донаторите (врата до врата, директна пошта) телемаркетинг (телефонски позиви) собирање на прилози во одредени места, медиумска промоција, петиција, лобирање, јавни собити, презентации, употреба на лични контакти, итн.

Мерењето на активностите. Маркетиншкиот план и активностите кои се спроведуваат требаат периодично да се прегледуваат и ревидираат, како би (пример во здравствениот сектор) биле согласно клиничките сознанија и финансии. Истотака, причините за барањата или поддршката некоја активност, или услуга веројатно со тек на време ќе се менува. Согласно тоа, методите и пораките треба да се прилагодат.

Евалуацијата се однесува на квалитативните но и на квантитативните показатели на исходот, со што од голема важност е знаењето, но и искуството.

КАКО ДА СЕ ОПИШЕ ОПШТЕСТВЕНИОТ МАРКЕТИНГ ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР?

Општествениот маркетинг во здравствениот сектор значи системска примена на маркетиншките концепти и пристапи, со што би се реализирале промените на однесување, релевантни за

подобрување на здравјето и смалување на здравствените разлики. Со други зборови, општествениот маркетинг во здравството учи од комерцијалниот маркетинг и ги применува тие знаења во доменот на здравството и социјалната заштита, применувајќи маркетиншка стратегија и тактика (како што е брендирање, или сегментација на пазарот, идентификација на цели кои се предмет на посакувани промени на однесување, формулација на пораки...).

Како да се примени општествениот маркетинг? Општествениот маркетинг користи детално познавање на однесувањето на потрошувачите со цел да развије интервенциски програми за промена на однесувањето, кампањи или програми. Во здравствениот сектор е клучно препознавање да едноставното нудење на информации на луѓето дека треба да работат на своето здравје не е доволно. Мора да разберат ЗОШТО луѓето се однесуваат така како се однесуваат, и како на најдобар начин да се поддржат во нивните избори во животот. Општествениот маркетинг на големо и на широко работи како би се влијало во влијанието во врска со здравјето.

КОМУНИКАЦИСКИ ПРЕДИЗВИЦИ

Комуникациските канали во текот на последниве години доживеале големи промени. Едномерниот пренос на информации и отстапи место на мултимодалната комуникација. Експертите кои се занимаваат со општествениот маркетинг се соочуваат со многубројни предизвици. Се поголеми се пробелемите во подрачјето на здравството кои се натпреваруваат за внимание на јавноста, а јавноста има ограничено време кое може или сака да го посвети на тие проблеми. Се поголем е бројот на видови комуникација, и комуникациски канали. Јасно е дека мултимодалниот пристап е најделотворниот начин како да се стигне до аудиториумот.

КОМУНИКАЦИСКИ МИКС ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР

Работниците во општествениот маркетинг се користат со широк спектар на стратегии во здравствена комуникација, темелена на масовните медиуми, интер-персонал – преку медијатори (здравствени работници) итн. Се применуваат маркетиншки методи како што се пораки (пример: во болниците „донирајте органи“), промоција, десиминација, “чоммунитс левел оутреачх (пристап до заедницата).

Сегментација на аудиториумот

Сегментацијата на аудиториумот е една од клучните одлуки во општествениот маркетинг, кој води во планирање на најголемиот дел на комуникацијата во здравството: треба ли пораката да се упати на целата јавност или на сегментирана јавност, на целни групи. Начелно, сегментацијата се темели на општествено-демографските, културолошките и бихејвиористичките карактеристики кои би можеле да бидат во врска со посакуваната промена во однесувањето.

Прашањето е дали да се одлучи за *targeted или tailored* комуникација.

Таргетирана комуникација подразбира најширок пристап на сегментацијата на аудиториумот. Достапни информации кои се поседуваат за целните групи на едно население и се користат како би се подготвиле пораки кои го одвлекуваат вниманието на пораката, но се и таргетирани (целни) со употреба на името на личноста. Пример е маркетингот преку масовна пошта.

Успешно се применува во здравствената промоција, за превентивни пораки и за развој на пожелен општествен имиџ.

Tailored (Кроена) комуникација е нешто повеќе специфичен, индивидуализиран облик на сегментација. Се работи за било каква комбинација на информации и стратегија за промена на однесување кое има намера да стигне до полето на интерес. Кроената комуникација може да создаде високо-прилагодени пораки, и многу прецизни. Последниве 10-15 год *кроената* здравствена комуникација се користи за прашања од јавното здравство. Меѓутоа она е повеќе ограничена во досегот на населението и може да биде скапа во смисла на развој и имплементација.

Безоглед на видот на пораката, треба да подсетиме дека на почеток е важно да се дефинира аудиториумот. Различни аудиториуми, имаат потреба од различни пораки и според тоа и различен промоциски материјал. Затоа е важно на почетокот да одлучите на кому му е наменет материјалот, и дали треба да се тргне од гледиштето на корисник или пациент. Треба да се придржуваме на дефинираниот одобрен маркетиншки план.

МЕДИУМСКИТЕ ТРЕНДОВИ ВО КОМУНИКАЦИЈАТА ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ

Во комуникацијата на здравствениот систем како и во комуникацијата воопшто, присатен е натпревар помеѓу пораките кои го поддржуваат здравјето и пораките кои промовираат нездраво однесување. Јасно е дека мора да се креира делотворна порака која мора да биде прилагодена на целните групи. Треба да се има на ум да граѓаните со ниски приходи и оние со низок степен на образование имаат поголеми потешкотии со достапноста до здравствените информации. Стратегијата на пораката треба да биде еднаква, треба да се развијат методи на мерење на реакција и мерење на исход. Пораките поврзани со општественото однесување варираат од подрачјејто на превенција, преку промоција и очувување на здравјето. Делотворни се капањите кои ги обединуваат масовните комуникациски капања заедно со комуникацијата која ја посредуваат здравствените работници, како и со интер-персоналната комуникација (на пример информација за прехрана коа се користи при интеракција на лекарот со пациентот).

Ако станува збор за порака наменета на општата популација, туку за идеја со која се сака да се придобијат здравствените работници, во склоп на здравствените установи треба да се користат сите достапни канали, со континуирани едукациски програми, состаноци на одделенија, состаноци на управа, интерни гласила, активносоти, итн.

УЛОГАТА НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

Во текот на општествените кампањи како што е на пример кампања против пушењето, здравствените работници имаат моќ на зајакнување на медиумските пораки со кратки совети во директен или посреден контакт со пациентот. Со оглед на тоа дека го овозможуваат и тој другиот комуникациски канал, практичарите можат да постигнат вреден допринос во достигнување до целниот аудиториум. Бидејќи практичарите се веродостоен извор на информации од здравство, нивната поддршка и зајакнување на пораката во општествениот маркетинг означува додатна

вредност на здравствениот маркетинг. Примената на општествениот маркетинг во општествениот сектор има голем потенцијал за занимање со општествените и здравствените проблеми како што е алкохолизмот, дебелината, злоупотреба на дрога и сл. Општествениот маркетинг е делотворен начин на менување на однесување во здравство во подрачја со висок ризик.

ЗАКЛУЧОК

Општествениот маркетинг во здравството е потпора и охрабрување на поединците и заедниците за да бидат прифатени промените во однесувањето кои се нужни за постигнување на целите во здравството.

Како почетна точка на општествениот маркетинг се зема постоечката состојба и се фокусира на помошта која е потребна за да се остварат промени во однесувањето. Тоа подразбира промена на пристапот кон кон интервенциите кои го менуваат однесувањето. Од пресудна важност е процесот да биде планиран, мерлив и евалуиран.

Партнерството подразбира размена на знаења, искуства и мислења. Во тек на целиот процес неопходна е квалитетна соработка помеѓу сите учесници. Не треба да се плашине од експериментирање со цел да се прилагодиме кон корисниците на услугите и на тој начин и да ја развиваме стратегијата. Клучот е во “ослушнување на пазарот,,. Општествениот маркетинг треба да е насочен кон општеството во целина, со активно вклучување на “целната популација,,.

НОВИ ИНФОРМАТИЧКИ И КОМУНИКАЦИСКИ ТЕХНОЛОГИИ И КОМУНИКАЦИИ ВО ОБЛАСТА НА МЕДИЦИНАТА

“На почетокот беше Словото”- тоа важи за времето кога комуникацијата во сите области на човековото општество беше базирано на зборот - подразбираше комуникација “лице в лице” или преку гласници- луѓе кои пренесувале информации. Тоа е секако најдобар начин за комуникација, поради високо ниво на емоционален контакт, развивање на емпатија и психолошка поддршка на пациентите, но исто така многу непрактично и неефикасни на ниво на население бидејќи тоа значи дека би требале да имаме толку лекари колку имаме пациентите тие да се заедно голем дел од денот. Подоцна доаѓа пишувањето, белешки, писмени информации кои не беа веќе зависни од способноста на лекарите и пациентите да ги запаметат сите потребни информации, и неможноста на лекарот постојано да биде со сите пациенти, тие понекогаш се даваа на пациенти како лек, да ги носат со себе или запишани во нивната перницата. Подоцна, пишувањето се воведува се повеќе и повеќе за да кулминира раните 70-ти години на минатиот век, кога сите записи се чувани во посебни кабинети за брзо пребарување. Но, доколку пациентот нема соодветна „хартија” би се изгубил во овој систем на комуникација, додека не би “собрал” доволен број „хартии”. Така, се јави еден парадокс да медицинските професионалци трошеа две третини од времето, силата, енергијата за да се создаде, сочува или најде соодветаната „хартија” па пациентите почнаа да се грижат повеќе за тоа каде е некаква важна „хартија”, отколку за нивното здравје. Во комуникација, „хартиите” станаа поважни од емоциите, емпатијата и психолошката поддршка. Во меѓувреме, се појави телефонот (со не премногу јасен тон) и телефакс (со не баш најјасна слика), но, за среќа, овие комуникациски канали презедоа само еден мал дел од оваа област, додека хартијата остана непобедлив медиум за комуникација во областа на медицината и

здравствената заштита. Како резултат на тоа, човечките зборови, топлината, допирот, емпатијата, емоциите станаа непотребна, дури по малку и му “пречеа на добриот проток на информации”.

Од почетокот на седумдесеттите години од минатиот век, има обиди проблемите на “хартиената медицина” да се решат со употреба на модерните комуникациски и информатички технологии.

Во денешно време тешко е да се зборува за успешна комуникација во секој сектор, без употреба на информатичките и комуникациските технологии. Малку по малку, тие станаа потреба, така што денес и оние најтрадиционалните што имаа отпор кон воведување на модерната технологија не може без неа да подигне пари од банките, билет за јавен превоз, тие не можат да ги слушнат нивните најблиски, за да изразат сочувство, или да им честитаат во соодветна прилика.

Во последните дваесет години, особено по брзиот развој на интернетот, кој ја презеде водечката позиција во комуникација во сите области денес, воспоставувањето и развојот на информациски здравствени системи се тесно поврзани со промени во развојот и формирањето на нови форми на комуникација во медицината.

Интегрираниот здравствен информатички систем и комуникација во медицината и здравството

Тешко е да се развива, спроведува и следи која било стратегија, без употреба на брзи, сигурни и сеопфатни информации. Исто така, не е реално да се очекува дека здравствениот систем ќе «заштеди» доволно пари за “компјутеризацијата да се случи спонтано”. Токму спротивното: компјутеризацијата треба да биде инсталирана во системот како инструмент за заработка на пари и со цел да се има целосна контрола и рационализирање на потрошувачката, да заштедува пари, многу повеќе од цената на информациските системи.

Во ЕУ најмалку 2-4% од буџетот на здравството се трошат за компјутеризација, додека во САД тој удел е 4-6%. Токму учеството на инвестициите во информатичките системи е директно пропорционален на финансиски и други перформанси на системот (на пример, банките и осигурителните системи трошат 7-8% од вкупниот буџет за компјутеризација на бизнис процесите).

Развојот на здравствен информатички систем вклучува дополнителни инвестиции во бизнис инфраструктура. Но без тоа не е можно да се одржат елементите на нова организација (нови бизнис правила), ниту па реструктурирање (редизајнирање) - во согласност со современите концепти. Поради тоа што здравството или јавните здравствени установи е, всушност, технолошки систем, тогаш процесот на добро управување се постигнува оптимално искористување на ресурсите, што води кон прецизно дефинирање на задачите, дефинирање на процесот, дефинирање на менаџмент - процесот на одлучување, со еден збор- добро управување на бизнис ресурсите. Во овој случај, информации (“обработени” податоци) стануваат бизнис средства (ресурси за работа). Информатичките и комуникациски системи, во исто време се и гаранција за поголема заштита на податоци на пациентите и стандардизација на најдобрите практики за најчестите масовни акутни и хронични заболувања. Тој треба да даде основна содржина за поставување на ефикасно управување:

- Бизнес интелигенција (БИ), деловна интелигенција, односно употреба на точни и сеопфатни податоци и информации неопходни за добро управување (со парите) во ФЗОМ, болници и други здравствени установи,
- ЈЗИ (Јавно Здравствена интелигенција), односно употреба на точни и сеопфатни податоци и информации потребни за управување на системот на јавното здравје,
- ЗИ (Здравствена интелигенција), која треба да обезбеди подобра заштита, користење на насоки, упатства и алатки потребни за докторите и осигурени лица за спроведување на стандардизиран квалитет на нега, побрза дијагноза и да обезбеди рационални терапии за лекување на болести,
- МИ (Менаџмент интелигенција, Интелегенција на управување), е употреба на точни и сеопфатни податоци и информации потребни за Министерството за здравство, здравствените менаџери и донесувачите на одлуки за добро владеење и управување со системот,
- К.И. – интелигенција за примена на знаењата, ширење и примената на потребните знаења, кој, исто така, придонесува за рационална потрошувачка, подобрување на резултати од третман на пациентите, забрзување на дијагностицирањето, да се подобри севкупната благосостојба на граѓаните, како и
- ЕИ () – интелигенција во еднаквоста, рамноправност, овозможувајќи им на експлоатација на исти услови и квалитет за оние кои се на иста позицијата при исто здравствено осигурување.

При информатизацијата на здравството примарна цел не е штедењето, туку рационализација на здравствените трошоци. Се проценува дека најмалку 20 - 30% од парите потрошени во здравството може да се искористи порационално. Информатизацијата треба да даде податоци и показатели за оваа рационализација. Се проценува дека само врз основа на намалување на ирационално препишани лекови и нерационално упатување на дијагностички и специјалистички прегледи, вкупната инвестиција за информациониот систем во примарната здравствена заштита може да се исплати за помалку од две години. Затоа, информативниот систем на примарната здравствена заштита е најефикасно место за контрола на трошењето (пред влезот на осигурениците во системот). Во фокусот на контрола треба да биде поставена потрошувачката на лекови, во болниците или дијагностички и терапевтски зафати, бидејќи, без тоа, системот за контрола не може брзо да интервенира туку само се констатира нерационалноста на потрошувачката што се случила во изминатата година.

Што овозможува комуникација преку интегриран здравствен информатички систем?

За докторите и другите здравствени работници

- Обезбедување на побрза и поточна и поудобна дијагноза за пациентите во заштита, подобри и мерливи (и проверливи) показатели за “најдобра можна пракса”. Им овозможува на лекарите да имаат повеќе време за пациентите и со она знаење што треба за добра пракса. Секои три до пет години сите медицински знаења се удвојуваат. Ова знаење не може да се проследи само со читање на литературата и учество на семинари и симпозиуми, туку и со употреба на информатичката технологија, која ги обезбедува потребните информации токму во дадениот момент. Е-образование, е-релиценцирање се, исто така, можни во овој систем,

- Користење на електронски стандардизирани упатства за дијагноза и терапија (клинички упатства, лабораториски и други дијагностички упатства, фармацевтски упатства, итн),
- Обезбедување на поефикасни, покорисни, помалку штетни и помалку скапи терапии (првенствено лекови) за пациентот,
- поврзување со другите учесници во лекување и превенција на болести (интернет конекција со ФЗОМ, лаборатории, аптеки, болници), регулирано и безбедно користење на сите податоци за здравјето и болеста на осигуреникот, на он-лине консултации со експерти, е-консултации со специјалисти (ЕКГ читања, Ртг. снимки, итн) на далечина,
- Интеграција на сите податоци на осигурување, здравјето и болеста на осигуреникот од целиот систем на осигурување и здравствена заштита,
- Отворање на свој веб-сајт, воспоставување на мрежата на маркетинг, кој за кратко време дава зголемување на приходите и профитот,
- директна вклученост во јавните здравствени проекти и активности на ниво на градот, државата и меѓународните научни институции,
- заштеда на време и пари за администрација, поштарина и други трошоци.

Граѓани осигурени пациенти

- еднакви можности, алгоритми и упатства (мерливи и стандардизирани) во дијагностика и третман кои гарантираат ист (квалитативен) пристап за сите,
- Ординации и поликлиники, болници и здравствени установи со “отворени врати”, транспарентни листи на чекање, лично закажување на преглед,
- континуитет, преносливост и безбедно чување на податоци за заштита за осигурениците,
- Можноста за двонасочна (или повеќенасочна) комуникација лекар- граѓани-осигуреници-пациенти (мерливи и стандардизирани), и другите учесници во здравствениот систем,
- е-мејл известување, е-активен повик, директно и истовремено праќање пораки,
- Гарантира безбедност и тајност на личните податоци и информациите во врска со здравјето и болеста.

Спецификите на комуникација преку Интегриран здравствен информатички систем (ИЗИС)

Користење на интегриран здравствен информатички систем нуди низа можности за директна и индиректна мулти-насочна комуникација во реално време помеѓу здравствениот систем и здравствените работници, меѓу здравствените институции и професионалци на сите нивоа на здравствениот систем, помеѓу системот и граѓаните-осигурениците-пациентите, меѓу здравствените институции и граѓаните-осигурениците-пациентите, меѓу професионалците и граѓаните-осигурениците-пациентите така натаму.

Оваа комуникација може да се врши со глас, гласовни и писмени пораки, слики, видео клипови. Таа може да биде активна (на барање на клиентот, како праќање на одговори, наоди, извештаи) и пасивна (примање повици, известувања, извештаи за наодите) еднонасочна и повеќенасочна. Главна карактеристика на овој вид на комуникација е брзината (во најголем дел во реално време, во еден мал дел пораката се праќа „со задршка,, во рок од еден до два дена). Оваа комуникација генерално не се користи за лична комуникација, ниту пак е погодна за директна комуникација со јавните здравствени работници- граѓаните-осигурениците-пациентите, за нивните лични здравствени проблеми, третман на болест, рехабилитација и, по правило, не содржи директно и лично насоки и упатства за дијагностика, терапија или за животниот стил на граѓаните-осигурениците-пациентите.

Телемедицина

Зборот “телемедицина” е сложен збор во кој првиот дел (грчки, *теле*) укажува на далечина, растојанието или однос кон растојанието. Затоа може да се каже дека телемедицината е “далечинска” медицина или “медицина на далечина”. Самата телемедицината е медицинска специјалност, туку начин на кој медицинската професија ги реализира своите активности. Така зборуваме за телекардиологија, телепатологија, итн. Една од дефинициите на телемедицината во литературата гласи:

“Телемедицината е систем кој го поддржува процесот на здравствена заштита преку обезбедување на средства и начини за поефикасна размена на информации, кој овозможува мноштво активности поврзани со здравствената заштита, ги вклучува здравствените работници, вклучувајќи ја и едукацијата, администрацијата и третманот.” (А.М. Бенет).

Суштината на оваа и други дефиниции и описи на телемедицина е физичката оддалеченост меѓу учесниците кои се вклучени во спроведувањето на здравствената заштита, без разлика дали на тоа дали на едната страна е пациентот а на другата доктор - теледијагноза, телетерапија - дали двете (или повеќе) страни, се лекари или здравствени тимови - телеконсултација, телеедукација. Потенцијални апликации на телемедицината вклучуваат (Колс 1995):

- Далечински дијагноза користејќи видеофонија или телеметрија врз основа на медицинска опрема која вклучува, на пример, следење на работата на срцето и компјутеризирана томографија;
- Советување на лекари на оддалечени локации во врска со проблемите поврзани со толкувањето на рентген слики, пренос на ЕЕГ и други биомедицински сигнали во реално време или брз трансфер на датотеки;
- телехирургија, која вклучува интерактивни видео врска меѓу операционата сала и експерт (на оддалечена локација) кој е советник на хирургот за време на операцијата;
- телероботика, која вклучува хирургија и клинички апликации на виртуелната реалност кои се поддржани компјутерски;
- теле-образование, како опција за дополнување на медицинското знаење;
- интерактивно користење на електронски здравствени досиеја;

- Медицински надзор и аларми кои ги поврзуваат пациентите на домашна нега и итната медицинска помош;
- можност да се добијат текстуални или видео информации од извор организиран и поврзан преку Интернет;
- Трансфер на податоци генерирани во текот на развојот и истражување на нови лекови.

Телемедицината е метод на пациентот медицинска податоците кои се пренесуваат со помош на аудио, видео и текстуални датотеки. Комуникациски уреди и интернетот се главно се користат за пренос на податоци помеѓу два медицински професионалци или на пациентот и лекарот кои се наоѓаат на две оддалечени локации. Затоа, можеме да речеме дека телемедицината е метод за давање и поддршка на здравствена заштита со помош на компјутерски и комуникациски технологии кога учесниците се оддалечени.

Во поширока смисла, телемедицината ги вклучува сите здравствени, образовни, информациски и административни услуги, кои можат да бидат понудени од далечина со помош на телекомуникациите.

Телемедицината овозможува директна ИТ комуникацијата помеѓу пациентите и здравствените работници “каде и да се” со болниците, специјалистите, домашна нега, патронажната служба, дијагностичката служба, како и сите подоцнежни врски во процесот на лекување. Системот овозможува користење на дијагностички и терапевтски водичи, кои гарантираат еднаквост на пристап за пациентите и обезбедува достапност на потребните знаења на екранот на лекарот. Системот овозможува поврзување на специјални групи на интерес за истражување, бизнис или проблем-поврзување и вкрстено поврзување (мрежа на ординацијата со отворена врата за...).

Телемедицинскиот систем носи значителни софистицираност и помош: брзо пребарување на документи на осигуреникот, избегнување на пишување на рака и пишување на машина, печатење на наоди, рецепти, упати и извештаи. Исто така, многу важни податоци за целокупноста на тимската работа а со тоа и квалитетот на работата, не се достапни без понатамошна евалуација, мерење на квалитетот и системот за обезбедување на квалитет на системот како целина. Сето тоа го овозможува телемедицината.

Телемедицината како дијагностичка алатка нуди големи можности, особено на тимовите за основна (примарна) здравствена заштита и медицински екипи. Резултатите од релевантни дијагностички тестови денес се снимаат и читаат дигитално (ЕКГ, ЕЕГ, ЕМГ, ултразвук, лабораториски, дијагностички, КТ, колор доплер, МНР, ПЕТ ЦТ, итн.) Комуникациската технологија овозможува брз пренос и складирање на овие податоци, понекогаш во некомпресирани форма. Исто така, во развиените земји, импресивна е мрежата на специјалисти, клиници и болници кои имаат експерти за одредени специјалности, кои во секојдневната практика употребуваат дигитални записи и дијагностички пораки. Консултации во далечина, он-лине консултации на далечина сега се реалност. Тие воедно значат заштеда на време до конечната дијагноза, што кај некоја акутна болест на некои од хроничните болести е од особена важност. Покрај тоа, тие заштеди во време (и пари) на консултантите, им овозможуваат потоа да работат само високо специјализирана работа (пр. читање на наоди). Ова носи заштеди и на лекарите по семејна медицина, бидејќи така се намалува бројот на посетите кои пациентот треба

да ги направи, додека, исто така, се заштедуваат времето на пациентите. Збирот на сето ова заштедено време само по себе може да ја оправда инвестицијата, особено кога ќе се земат предвид здравствените придобивки и влијанијата врз исходот на болеста. Затоа е потребно во блиска иднина да се воспостави мрежа на специјализирани ординации “со отворена врата за телемедицина” и мрежа на ординации на семејната медицина кои ја применуваат оваа метода. Таква ординации утре ќе бидат во можност да заработат повеќе во здравствениот систем ќе има посилен акредитација и ќе бидат во можност да влезат во мрежата на светски поврзани ординации.

Телемедицинскиот систем им овозможува соработка на сите јавни здравствени установи, експертски групи и поединци (цоллаборатио), вмрежување и поделба на работата, мултипликација на резултатите, која треба да биде најважното нешто до интернатизација на целокупниот здравствен систем, и да овозможи поврзување на синџирот на податоци во него, квалитетот на податоците (стандардизација), обезбедување позиции (во донесувањето на одлуки врз основа на информации) и да се обезбеди основа за нови идеи и иновативни решенија. Ова ќе значи дополнителни инвестиции во деловната инфраструктура, но ќе ги обезбеди елементите за нова организација (нови бизнис правила) и да биде основа на реструктурирање (редизајнирање) - во согласност со современите концепти. Телемедицинскиот систем во исто време гаранција поголема заштита за пациентите, стандардизација на најдобрите практики за најчестите акутни и хронични болести, која се бара од лекарите за да се реализира добра здравствена заштита. Исто така, користењето на насоки во рамките на ординации поврзани со телемедицинскиот систем овозможува целосно пратење на извршувањето на задачите и плаќање на тимовите спрема перформансите (учинокот). Примената на системот го олеснува користењето на знаење за образование на тимовите, а за сите пациенти обезбедува еднаквост на можностите за добивањеквалитетна нега.

Телемедицинскиот систем има многу технички елементи (комуникација, градење на врска, квалитетот на пренос на податоци и слики, квалитет на звукот, стандардизација на техничките елементи на телемедицинскиот систем, усогласување на софтверот итн). Овој систем вклучува многу важни елементи на задоволство и безбедност на пациентот, докторот кој бара помош низ телемедицината, лекар кој е на другата страна на интерфејсот и обезбедува информации за дијагноза и третман, елементи на задоволство и безбедност на локалната заедница и пошироко.

Спецификите на комуникација преку системот за телемедицина

Користење на телемедицината нуди многу директни и индиректни мулти-насочни комуникации во реално време помеѓу здравствените работници, меѓу здравствените институции и професионалци на сите нивоа на здравствениот систем, помеѓу граѓаните-осигурениците-пациентите и здравствените институции, како и помеѓу граѓаните-осигурениците-пациентите меѓу здравствените професионалци.

Телемедицинската комуникацијата се врши со испраќање на наодите и документи: клиничка лабораторија, други лабораториски наоди, испраќање на слики (он-лине, во реално време) од една ординација или од некоја друга локација на екранот на консултантот, или од порано креирани, складирани дигитални фотографии со висока резолуција на РТГ, КТ, МРИ, или ПЕТ КТ) и видео (он-лине во реално време од нивната ординација или од некоја друга локација на

екранот на консултантот, или од порано направени и сочувани на РТГ, КТ, МРИ, или ПЕТ КТ во облик на дигитален видео запис со висока резолуција).

Телемедицината користи голем број на телекомуникациски технологии за пренос на податоци: телефон, факс, радио, модем, видео а од неодамна се постигнати извонредни резултати во областа на роботиката и виртуелната реалност.

Следи поделба на телемедицинските апликации: во исто време - на иста локација (класичниот пристап), во исто време - на различни локации (видео-конференциски систем) и во различно време - на различни локации (дијагностичката радиологија).

Телемедицината може да се користи за акутна здравствена заштита, пост-акутна здравствена заштита (за реконвалесценција, хронични болести), за клинички апликации и не-клинички апликации (состаноци, обуки, презентации, конференции и сл.)

Најчестите клинички апликации се во радиологија, кардиологија, ортопедија, дерматологија, психијатрија и така натаму. Не-клиничките апликации вклучуваат: демонстрации за медицинскиот персонал, административни состаноци, континуираната едукација на лекарите.

Таа може да биде активна (на барање: како на пр. испраќање на наодите, дигитални снимки) и пасивна (примање повици, наоди и извештаи) еднонасочна и повеќенасочна. Главната карактеристика на оваа комуникација е брзината (во најголем дел во реално време, во еден мал дел пораките се праќаат во рок од еден до два дена). Оваа комуникација може да се користи и за лична и директна комуникација на јавните здравствени работници со граѓаните-осигурениците-пациентите за нивните лични здравствени проблеми, третман на болести, рехабилитација и, генерално, не содржи директни и лични насоки и упатства за дијагностика, терапија, за животниот стил на граѓаните-осигурениците-пациентите и слично.

Интернет

Претходник на интернетот беше на АРПАНЕТ (Аванцед Ресерч Пројектс Агенцс НЕТњорк) - проектот на Министерството за одбрана на САД во 60-тите години за воени цели. Потоа мрежата на поврзани компјутери станува играчка на научниците. Во 1991 беше воведена услугата Гопхер која беше развиена во лабораториите на Универзитетот во Минесота (САД). Тоа во голема мера го олесни користењето на интернетот. Според идеите на Тим Бернерс Ли во 1993 година осмислена е првата верзија на денешната мрежа (ЊЊЊ) во Европската лабораторија за физиката на честички во Швајцарија (ЦЕРН) и првиот графички ориентиран пребарувач - Мозаик. Следува лансирањето на Нетсцапе во 1994 година и на Интернет Еџплорер во 1995 година, и нови хардвер архитектури со голема брзина кои претставуваат основа врз настанува Интернет мрежата каква ја знаеме денес.

Интернет денес претставува милиони компјутери низ целиот свет кои се поврзани во една мрежа, каде што на располагање е одреден опсег на услуги. Тоа не е сопственост на некое лице или на компанија, туку е отворена компјутерска мрежа, која секој ден станува се поголема. Идејата за интернет дојде од дизајнот на локалните компјутерски мрежи во компании кои беа дизајнирани за споделување на компјутерски ресурси и размена на фајлови и e-mail на компанијата или обезбедување на други услуги. Овој принцип едноставно се прошири и на целиот свет.

Брзината на интернет расте од ден на ден. Од поранешните десетина Кб / с денес во развиените земји во светот комуникацијата се одвива со брзина од 10 МБ / с и повеќе. Огромни напори се направени во понатамошниот развој на мрежната инфраструктура, особено во насока на безбедност и назголемување на брзината на комуникација, затоа што е разбрана огромната моќ на интернетот за севкупниот развој на општеството. Локалните мрежи во институциите (ЛАН) денес веќе се дизајнирани со внатрешна брзина од 10 ГБ / с помеѓу клучните мрежни уреди кои го сочинуваат 'рбетот локална мрежа - BACKBONE.

Дефиниција на Интернетот

Постои изобилство на различни дефиниции на Интернет; “Мрежата на мрежи”, “глобална мрежа” и слично. Интернет е глобална мрежа на компјутери од сите видови, кои намерно и логично обединуваат илјадници различни компјутерски мрежи од целиот свет кои користат исти технички стандарди, со цел да се постигне меѓусебна комуникација и да им овозможи различни услуги, со што оваа единствена мрежа е класифицирана во информациона систем. Ако домашниот компјутер или локалната мрежа, се поврзе со Интернет провајдер, а преку неа и на “глобалната мрежа”, станувајќи дел од интернет.

Не постои централен орган кој управува со интернетот. Учество во работата на Интернет е врз слободна и кооперативна основа која е во согласност со техничките стандарди за да се постигне присуство на мрежата. Интернет општество (Интернет Социети) во Ферфекс, Вирџинија, САД, има важна улога и препорачува технички стандарди. Оваа организација воспоставува врска помеѓу официјалните владини институции во некои земји и невладини институции, како што се универзитетите и компаниите.

Бројот на корисници на интернет постојано расте, но повеќето експерти се согласуваат дека тоа би било бројка од околу една милијарда корисници во текот на оваа деценија. Но различни апликации, особено во светот на бизнисот (банки, транспортни компании, итн), води кон неовластено навлегување во компјутерски системи со различни цели (понекогаш и за блокирање на работата на системот), така што интернетот станува се по неубаво опкружување за работа. Безбедноста и приватноста стануваат се поважни аспекти и треба да се земат предвид при дизајнирање на мрежи, особено на локално ниво. Голем број на причини може да доведе до недостапност или губиток на податоци во електронска форма: природни катастрофи, дефект на опрема, грешка во програмската поддршка, човечка грешка. Човечкиот фактор може да дејствува однадвор или од внатре, а штетата може да биде предизвикана случајно или намерно. Особено во последно време сме сведоци на голем број на “вируси”, “црви”, огромни количини на рекламирање и друга непотребна е-пошта (спам), кражба на програма за поддршка, музика, филмови и слично.

Дури и институции или фирми кои веруваат дека нивните системи не содржат вредни информации и не им се потребни дополнителни инвестиции за зголемување на безбедноста на нивните компјутери, треба да се загрижени нивните компјутери да не станат “отскочна даска”, за напади врз други системи: на пример блокирање на услуги на банките со преоптоварување на нивните ресурси со користење на ресурсите на многу други компјутери на луѓето во исто време додека сопствениците на компјутерите не знаат ништо за тоа, поради нивното незнаење и недостаток на заштита. Компјутерот, веднаш штом ќе се поврзете на интернет, престанува да

биде нечија “приватна” сопственост и неговиот корисник треба да се грижи за сите потребни безбедносни аспекти. Се повеќе закони имаат за цел да се регулира однесувањето на интернет, и да се овозможи правно гонење на сторителите, независно од националните граници.

Поради сето тоа треба да бидеме организациски подготвени во случај на инциденти. Затоа, институциите и компаниите пропишуваат безбедносни протоколи или протоколиза прифатлива употреба кои мора да се почитуваат од страна на сите кои со компјутер се поврзуваат со нивната мрежни ресурси. Протоколите за безбедност во светот на бизнисот се многу рестриktivни: се е забрането, освен тоа што е изрично дозволено а дозволено е само она што е неопходно за да се заврши работата. Документот во кој се опишува протоколот содржи се што е потребно за да се спречат инциденти: начинот на кој што може да се влезе во, на пример, зградата на администрацијата, запишувањето на влез и излез, постапување со доверливи информации и документи, за начинот на физичка и софтверска заштита на компјутерската опрема, т.е на целата локална мрежа. Опис на протоколите обезбедува процедури и за “обичните” луѓе и вработените кои ги следат и спроведуваат протоколите. Клучна точка во спроведувањето на протоколите за безбедност е тоа што секој работник во секој момент точно знае што е неговата работа и кој е одговорен за што.

Фактори кои влијаат на брзиот раст на интернет корисниците се:

- „пријателска програма” за контрола на употребата на интернетот. Развојот на технологијата овозможи да наместо досадни команди, познати само на компјутерските експерти, користиме графички интерфејс со мали слики (икони), со чија помош работата со компјутер стана разбирлива за просечен човек, дури и за дете.
- Лесен пристап кој е овозможен на било која локација каде што има телефонска линија.
- Континуирано намалување на трошоците за пристап на Интернет.
- Зголемување на бројот на корисни (и бескорисни) информации достапни преку Интернет.
- Намалени трошоци за компаниите во извршување на бизнис трансакциите поради брзината на размена на податоци.
- Страв на компаниите од технолошко заостанување во однос на конкуренцијата, па затоа мора да се појават на интернет.

По сито погоре наведено интернетот може да се дефинира како глобален комуникациски систем на меѓусебно поврзани компјутерски мрежи за размена на информации од сите видови.

Што е посебно во комуникацијата преку интернет?

Употреба на интернетот од страна на здравствените работници е од особено значење за континуирано професионално образование, но исто така и за наоѓање на потребните публикации, информации и слично. Потоа, овозможено е поврзување на медицинските професионалци во парови или групи на сродни научни, образовни, истражувачки и бизнис интереси. Во комуникација со пациентите, а со формирањето на безбедна, заштитена мрежа, ќе биде возможно да се достават наодите и отпусните писма во исто време и на пациентот и на

избраниот лекар за семејна медицина директно во здравствениот картон на пациентот. Испораќање на безбедни пораки со додатоци (аттачмент) ќе биде одлична алатка за вршење на сите бирократски и административни работи во системот за здравствена заштита и така на медицинските професионалци ќе им остане повеќе време и енергија за директен, емоционален контакт со пациентите кој обезбедува потребна психолошка поддршка.

Комуникација преку веб портали

Мрежни (вџеб) портали се медиуми кои комбинираат различни информации од повеќе извори на податоци, обезбедувајќи пристап до бројни апликации кои инаку би претставувале одделни единици. Личен портал е страница на мрежата, која, воглавно, обезбедува опции специјално приспособени на секој корисник, со можност за посета и преминување на други страни со различни содржини. Наменети се за употреба во дистрибуирање на апликации, различни „посреднички софтвери“ (миддлеџаре) за да им овозможи различни услуги од многу различни извори.

Поради потребата за постоење на едно место каде што има различни пристапи кон единствена содржина и информации околу една заедничка тема или ситуација (како што портали за одредена болест, на пр. дијабетес или хипертензија, портал на здравствените институции или на здруженија на пациенти и сл.): сето ова лесно и најдобро се постигнува преку употреба на портали. Со оглед на фактот дека сите апликации во рамките на еден портал се употребуваат за споделување на информации, постои подобра комуникација помеѓу корисниците.

Што е посебно со комуникација преку интернет портали?

Денес, Веб порталите се потврдени како место каде што граѓаните и пациентите се обраќаат со “целосна доверба”. Јавувањата на веб-порталот за пациентите / граѓаните се генерално анонимни така што порталите станаа еден вид на „место за исповед“ и често се единствените места каде што луѓето можат да ги изразат најинтимните проблеми поврзани со менталниот или сексуалниот живот, со проблемите на воспитувањето на децата или други лични проблеми. Неопходно е да се има добри администратори на порталот и професионалци кои внимателно ќе одговорат на прашањата на граѓаните. Често порталите имаат посебни форуми за одредени проблеми (зависност, дебелина, менструација, бременост, раѓање и породување, пубертет), кои често обезбедуваат интересни и корисни одговори на секојдневните проблеми на граѓаните. Тоа стана и место каде што луѓето може да се уверат дека “не се единствени на кои тоа им се случува” туку и дека “има и други на кои им многу полошо од мене”, или “ако можело ним да им помогне, ќе ми помогне и мене”, бидејќи да се добие професионална, институционална психолошка поддршка и помош е тешко, а понекогаш и невозможно да се добие.

Комуникацијата преку социјалните мрежи (социјално вмрежување)

Сервисите за социјално вмрежување, првенствено се фокусираат на создавање на заедница на истомисленици или поврзување на одредени групи на луѓе пред се преку интернет. Понекогаш тоа може да бидат пријатели, луѓе од академската заедница, училиштето итн ... Најпознати се: Фацебоок, Твитер, МсСпаце, Бебо, Сксблог, Хи5 ... Имало обиди да се стандардизираат сите сервиси, за да не биде неопходно да се отворат повеќе сервиси (ако на пример, едно лице има, Мајспејс и други Фејсбук или Хи5), кој сепак не успеа поради проблеми со правата на приватност

на корисниците. Твитер е социјална мрежа за микро-блогирање, односно е наменета за да се испраќаат (и да се читаат) кратки пораки кои имаат по мрежата се наречени “Твееет”-ови. Текстуралните пораки на мобилните телефони (СМС) се ограничени до 160 карактери, твееетовите на пораки до 140 карактери. Испраќачот може да ја ограничи испораката на пораки до оние во својот круг на пријатели, или да бидат оставени на отворен пристап за секого (кој е супериорен избор). Фејсбук е онлајн социјална мрежа која е основана во 2004 година од Марк Цукерберг, поранешен студент на Харвард. Во раните денови на Фејсбук беше наменет само за студентите на универзитетот Харвард, кои на овој начин би можеле да комуницираат едни со други и да разменуваат информации. Подоцна, многу други универзитети, средни и големи компании од целиот свет ѝ се придружија на мрежата. Денес веб страницата има повеќе од 500 милиони активни корисници. Фејсбук е најпопуларното место за објавување на фотографии, со повеќе од 14 милиони нови фотографии кои се додаваат секој ден.

Што е посебно со комуникација преку социјално вмрежување?

Често преку социјалните мрежи први се отвараат страниците на медицинските установи, на одредени здравствени проблеми или содржини, така што на овој начин и се преземат некои од функциите на порталот за индивидуални здравствени проблеми (зависност, дебелината, менструација, бременост, раѓање, пубертет). Сепак професионалната комуникација на здравствените работници преку социјалните мрежи во пракса не е често применливо поради заштитата на личните податоци, затоа што некои корисници на социјалните мрежи често се поврзани со илјадници други корисници.

Комуникација преку мобилен телефон (мобилен телефон)

На мобилен телефон е преносен електронски уред за комуникација на поголеми растојанија. Комуникацијата преку мобилен телефон отвора многу можности за пациентите / граѓаните и здравствените работници. “На почетокот беше Словото”, - и се вели дека понекогаш и зборот е еден вид лек. Имајќи предвид дека порано комуникацијата во сите делови на човечкото општество беше со зборови, денес широката употреба на мобилни телефони го направи можно комуницирањето со многу луѓе од секаде “каде и да се”. Малку по малку, мобилната телефонија, ги добива димензиите на комуникација “лице в лице” и го заменува директниот контакт. Лекарите често на нивните пациенти им го бројот на својот мобилен телефонски така да тие можат постоперативно или за време или по медикаментозна терапија да го повикаат докторот. Тоа од една страна им дава сигурност на пациентите, од друга страна, обезбедува подобра оценка на текот на лекувањето. Како по правило, приватниот број на мобилниот телефон не треба да се дава на пациентот со цел: одржување на принципот на еднаквост и правичност. Мобилниот телефон може преку СМС систем и аларми да даде поддршка на пациентите особено потсетувајќи ги на медицинските “обврски”, како потсетник за редовна терапија, спроведување на прегледи или посебни хигиенски диететски мерки. Ако овие алатки се користат активно и проактивно, може да бидат од голема помош за пациентите во контрола на болеста на здравствените професионалци помош во евалуација на текот на лекувањето и исходот на болеста.

Мобилно здравство

На мобилното здравство може да се гледа како на дел од телемедицината, но и како на дел од мобилната телефонија бидејќи е поврзано исклучиво за комуникација преку мобилна телефонија. Проекциите покажуваат дека мобилните служби во наредните 4-6 години ќе преземат две третини од услугите кои, до неодамна ги обезбедуваа само луѓе и институции. Денес сме сведоци на плаќање на паркинг преку мобилни телефонски сметки, можно е да се купи авионски билет и билети за театар или за коно преку мобилен телефон, некои мобилни телефони функционираат како ЕКГ уред и кога се носи во левиот џеб на кошулата или палтото овозможува 24-часовен мониторинг на срцевата функција, дури му овозможува на системот да го повика пациентот во случај на нарушување на параметрите, дури и кога пациентот нема симптоми. Денеска, мобилните анализатори на крв, витални знаци, крвен притисок, итн, редовно работат како делови од системот.

Што е посебно во комуникацијата преку мобилно здравство?

Мобилни здравствениот систем не може да се развива, додека од другата страна на интерфејсот т.е. “од другата страна на температурната листа” не се развијат услуги кои се следат 24 часа. Овие услуги може да бидат автоматизирани, но често бараат работа или надзор од здравствени работници.

Скопје, 20.01.2016