

Orvosi kommunikáció: a mindennapi gyógmód

Hétköznapi hibák

Miközben az orvosok általában igen csekélynek vélik azon betegek arányát, akik nem működnek velük együtt, a vizsgálatok más képet mutatnak: betegek az esetek 20–30 százalékában nem veszik be még az akut tünetekre – pl. fájdalomra, lázra – felírt gyógyszereket sem (a krónikus betegségekben ez az arány még magasabb). Hozzávetőleg 40–50 százalékuk nem tartja be a gyógyszerek adagolására vonatkozó előírásokat, 60–70 százalékuk pedig figyelmen kívül hagyja az életmódra vonatkozó orvosi utasításokat.

A kommunikáció eszköz lehet a gyógyítás hatékonyságában – ám nem minden orvos tud megfelelően élni vele. Gyakorlott klinikusok szerint „a jó anamnézis fél diagnózis”. A kommunikációs vizsgálatok megerősítik ezt a nézetet, sőt, ezek szerint a diagnózis felállításához szükséges információk 60–80 százalékát az anamnézis már tartalmazza. Ugyanezen vizsgálatok szerint azonban ezeknek az információknak az orvosok az anamnézis felvétele során átlagosan csak a felét ismerik meg.

Ennek egyik oka, hogy gyorsan félbeszakítják a betegeket. Egy vizsgálat szerint az orvosok átlagosan 18 másodperc után leállítják a panaszait sorolni kezdő pácienseket. Ezt követően a legtöbb orvos átveszi a beszélgetés irányítását – ennek következtében a (felmérésben részt vevő) páciensek panaszai több mint felét egyáltalán nem tudták elmondani.

A gyors félbeszakítás összefügg azzal a gyakori, de téves hiedelemmel is, miszerint az elsőként említett panasz a beteg legfőbb problémája. A vizsgálatok semmiféle összefüggést nem tártak fel a panaszok sorrendje és ezek fontossága között. Sőt: néha a legfontosabb panaszokat a beteg mondandója végére hagyja. Ez az ún. ajtókilincs jelenség: a beteg elindulás előtt, szinte az ajtóban állva hozza szóba azt a problémáját, amelyről eddig félt beszélni.

A beteg érzései, félelmei vagy akár a betegségével kapcsolatos elképzelései ritkán kapnak teret az orvosi beszélgetésekben. Ha mindezt figyelmen kívül hagyják, az nem csupán elégedetlenséget szülhet, hanem az együttműködés hiányát is eredményezheti. Amíg nem ismerjük a beteg saját elképzelését arról, hogy mit gondol a panaszairól, a betegségről, addig fennáll a veszélye, hogy a beteg ezekhez ragaszkodik az orvosi diagnózis helyett, hiszen ez utóbbinak a megalapozottságát (infor-



mációk hiányában) nem érti, saját elképzeléseit pedig az orvos (aki ezeket nem is ismeri) nem cáfolta meg.

Az információk, a tájékoztatás hiányossága maga is gyakori probléma. Amerikai belgyógyászok körében végzett felmérés szerint a betegek tájékoztatására szánt idő a találkozás teljes időtartamának csupán 5 százaléka volt.

A páciensek azonban az így kapott információkat sem feltétlenül értik meg (pl. a számukra ismeretlen szakkifejezések használata miatt), de ha megértik, akkor sem biztos, hogy képesek megjegyezni. A rövid távú memória befogadóképessége egészséges embereknél is szűkös (átlagosan 7 információegység), a betegséggel, az orvosi vizsgálattal gyakran együtt járó szorongás pedig még tovább rontja a megjegyzés hatékonyságát. Sok beteg így már az orvosi rendelő ajtaján kilépve sem tud mindenre visszaemlékezni abból, amit orvososa mondott neki – márpedig amire nem emlékszik, azt értelemszerűen betartani sem fogja.

Az anamnézis felvételének leghatékonyabb kommunikációs módszere az úgy-

nevezett tölcser elv. Ez azt jelenti, hogy a találkozás kezdetén érdemes nyitott kérdéseket feltenni a betegnek, olyanokat, amelyeknél a válaszlehetőségek kellőképpen szélesek (pl.: „Miben segíthetek?” „Hogy van?”). Ezeket félig nyitott kérdések követhetik – olyan kérdések, amelyek már csak bizonyos területekre vonatkoznak, de továbbra is elég tág teret adnak a válaszadásra (pl. egy fájdalomról panaszoló betegnél: „Tudna többet mondani erről a fájdalomról?”). A zárt kérdések, amelyeknél a válaszlehetőségek korlátozottak, a beszélgetés záró szakaszában lehetnek hasznosak, a részletek tisztázására (pl.: „Változik-e a fájdalom erőssége, amikor felemeli a karját?”).

A kórelőzmény felvételekor érdemes röviden rákérdezni a betegnek a tüneteivel, panaszaival kapcsolatos saját elképzeléseire. Ez egyes esetekben akár diagnosztikai támpontokat is adhat, megismerésük azonban ettől függetlenül is fontos, azért, hogy az orvos és a beteg nézőpontjai a találkozás végére összhangba kerülhessenek.

A vizsgálat során érdemes a betegnek előre, s a vizsgálat közben folyamatosan is jelezni, hogy mi következik majd, a vizsgálat eredményeit pedig közérthetően ismertetni.

A beteg tájékoztatása során javítja az információk megjegyzését, ha az ismereteket logikus rendben, strukturáltan közöljük. A fontosabb tudnivalókat érdemes külön kiemelni, nyomatékosítani és ismételni. Kifejezetten hasznos, ha a legfőbb információkat írásban adják át (pl. a gyógyszerelésről, annak esetleges változásairól a betegnek átadható gyógyszerlap vezetése). Mindvégig érdemes a beteget bátorítani a kérdésre.

A gyógyuláshoz szükséges lépések ismertetésekor az indoklás nélküli utasítások helyett hatékonyabbak a betegnek elmagyarázott orvosi javaslatok – könnyebb ugyanis olyan dolgokat megtenni, amelyek szükségessége belátható. Amennyiben a kezelés során léteznek egymással orvosi szempontból egyenértékű lehetőségek, akkor a betegnek leginkább megfelelő kiválasztását érdemes vele közösen végezni. Így jobban együttműködhet olyan módszerrel, amelynek a megválasztásában, vállalásában önmaga is részt vett.

Mindezek a kommunikációs módszerek könnyen elsajátíthatók, használatuk pedig számos előnnyel jár. Egy vizsgálatban pl. hipertóniás betegeket kezelő belgyógyászok egyik csoportjának egy csu-

Egyszerűen működik

Számos alkalommal kutatták már a hatékony orvosi kommunikáció elemeit. Beck és mtsai (2002) ezek közül azon vizsgálatok eredményeit összegezték, amelyekben – 1975 és 2000 között – az orvos-beteg kommunikáció és az együttműködés (compliance) kapcsolatát vizsgálták. A megfigyeléseket kérdőívekkel kombináló kutatások eredményei alapján összefoglalták azokat a tényezőket, amelyek bizonyíthatóan javítják vagy rontják az orvos-beteg kapcsolatot és a beteg együttműködését. Ezek a következők:

Az együttműködést javító eszközök

- Nyitott testtartás (keresztezetlen kezek és lábak)
- Egymás felé fordulás, kissé előredőlt testhelyzet, bólogatás (a figyelem és az érdeklődés kifejeződései)
- Empátia
- Megnyugtató és támogató magatartás
- A páciens bátorítása arra, hogy kérdezzen
- Humor, mint feszültségoldás

Az információk megismerését és a tájékoztatást segítő eszközök

- Meghallgatás
- A ködös fogalmak tisztázása
- A páciens által elmondottak összefoglalása
- A beteg informálása a vizsgálatok alatt
- Tájékoztatás és betegoktatás
- Közérthető, a páciens ismereteinek szintjén történő információátadás
- Pszichoszociális érdeklődés a beteg életviteléről, problémáiról, emberi kapcsolatairól és érzelmeiről

Az együttműködést rontó tényezők

- Kizárólag biomedikális területekre korlátozódó kommunikáció
- Gyakori félbeszakítások
- Az információk visszatartása, a magyarázatok hiánya
- Túlzottan gyakori érintések
- Túlságosan domináns viselkedés
- Parancsoló, utasító magatartás
- Az orvos feszültsége

pán kétórás kommunikáció-előadást tartottak. A vizsgálatok szerint az előadáson részt vevő orvosok betegei tájékozottabbá váltak a hipertóniával kapcsolatban, elégedettebbek voltak az orvosokkal, jobban együttműködtek velük, s ennek következtében vérnyomásértékeik még fél év elteltével is szignifikánsan alacsonyabbak voltak az ilyen oktatásban nem részesült kollegák betegeihez képest.

Dr. Pilling János

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(*Medical Tribune* 4. évf. 23. szám)