

## КОМУНИКАЦИЯТА ЛЕКАР – ПАЦИЕНТ – ПРОБЛЕМИ В НАСТОЯЩЕТО С ПОГЛЕД КЪМ МИНАЛОТО И БЪДЕЩЕТО

---

*Надежда Амугжиева*

The communication between a patient and a doctor means two-sided exchange of words with a common purpose- improving the diagnostic and the healing process. The main aspect we look at is the difficulties with explaining medical problems to the patients who have little or no medical knowledge. Although quite well informed the Bulgarian patients often face the difficulties of the specialized medical language, which makes the communication in the sphere of healthcare hard and unsatisfying. The reasons the aims in the communication are not achieved is the medical personnel's lack of ability to choose an adequate language level and verbal means. The key to solving this problem is for the medical personnel to use various techniques in order to adapt the terminology to the patients' level: translation, use of Bulgarian equivalents, and description of the terms using synonyms. The basis of the efforts for solving the problem should be set during the preparation of the students who have taken up medical subjects in the course Latin Language and Medical Terminology.

**Keywords:** communication, medical terminology, vocabulary, linguistic devices

Още при прохождането на медицината се осъзнава особената роля на лекаря в обществото и възниква потребността от изработване на норми за неговите професионални, морални и личностни качества. Самият **Хипократ** заедно с огромната си дейност в областта на теоретичната и практическата медицина създава и първите етични норми за упражняването на лекарската професия.

Нравственият кодекс за дейността на служителите на Асклепий продължава да се допълва и от учениците и последователите на Хипократ столетия по-късно. В „Благоприличието” – една от книгите на „Corpus Hippocraticum”, датирана около 300–400 години след Хипократовата смърт, можем да открием различни наставления за професионалната дейност и поведението на лекарската гилдия. На

първо място се отправя изискването „да се пренесе мъдростта в медицината и медицината – в мъдростта”, като се разглеждат характеристиките, които мъдрите лекари трябва да имат: „несклонни към развлечения, делови, сериозни при срещите, предразположени да отговарят, възискателни към спорещите, проникателни при завързването на познанства с подобни на тях, скромни пред всички, остроумни и снизходителни в отговорите... много пламенни в речите, красноречиви и благодарни...” (Нипр. IX, 224, 3).

Конкретни изисквания се поставят, както към квалифицираните познания и дейност на лекаря, така и към поведението и словесните му изяви. Последователите на Хипократ изказват следните препоръки към комуникативните му умения:

„Лекарят трябва да има за спътник вежливостта, понеже грубостта отблъсква както здравите, така и болните... да не обсъжда с хората много неща, а само необходимото...” (Нипр. IX, 224, 7). Всичко трябва да извършва спокойно и умело, скривайки от болния много от нещата, с весел и ясен поглед да нарежда какво трябва да се направи, с настойчивост и строгост да възпира болния от вредните му желаниа и заедно с това да го утешава с внимание и ласкави слова без да му казва това, което ще се случи или се е случило, защото много болни точно по тази причина, а именно поради прогнозирането на това, което настъпва или ще се случи после, са били доведени до крайно състояние” (Нипр. IX, 224, 16).

Връзката лекар – пациент и обслужващата я комуникация постепенно придобиват многоаспектни характеристики, подлагат се на анализ и се осмислят не само от гледна точка на медицината, а и на редица науки, съпътстващи развитието на социума и усложняването на обществените отношения – деонтология, психология, право, социо- и психолингвистика и др.

**I. Комуникацията лекар – пациент** представлява двустранна размяна на словесни послания с една обща цел – подпомагане и оптимизиране на диагностично-лечебния процес. Тази крайна цел може да се представи като съвкупност от няколко по-конкретни цели:

**1. Размяна на информацията, необходима за осъществяването на различни фази на диагностично-лечебния процес:**

- провеждане на преглед;

- снемане на анамнеза;
- извършване на изследвания, манипулации и интервенции;
- проследяване на резултата от лечението.

**2. Осведомяване на болния за състоянието му и за подходящото лечение**, което включва:

- убеждаването на болния и близките му в необходимостта от конкретни лечебни действия, в тяхната правилност и неотложност;
- запознаване с рисковете и страничните ефекти и алтернативите на лечението;
- получаване на информирано съгласие (Чл. 88, ал. 1 от ЗЗ);
- осведомяване за цената.

**3. Внасяне на успокоение и постигане на психотерапевтичен ефект** чрез:

- разсейване на страховете;
- отстраняване на грешните представи;
- създаване на оптимистични очаквания;
- оказване помощ на болния и близките му за приемане на неизбежното при неблагоприятни прогнози.

Целта на този опус не е да се обхване проблематиката на комуникацията лекар – пациент в нейната цялост. Основният комуникативен аспект, на който обръщаме внимание са ***трудностите в общуването, произтичащи от спецификата на медицинския език и средствата за тяхното отстраняване.***

## **II. Съвременният български пациент**

Почти всеки българин има известен опит като пациент и понякога се случва да потърси амбулаторна лекарска помощ или да попадне в болнично заведение. Днес пациентите са много по-просветени, отколкото преди 50, 20 или дори само преди 10 години. Информираността им се формира по много начини и чрез множество различни източници:

**1. Чрез въздействието на здравната система**, в която те присъстват в качеството на:

- съвременници на здравната реформа;
- потребители на медицински услуги;
- субекти и обекти на здравното осигуряване;

2. Чрез **влиятието на медиите** под формата на:

- радио- и телевизионни здравни предавания;
- политически форуми, дебати и дискусии със здравна тематика;

тика;

разгласяване на медицински казуси с цел ангажирането на гражданската им позиция;

3. Чрез **четене на здравна литература**, каквато се издава в изобилие;

4. Чрез **Интернет** и др.

В резултат на това българските граждани имат завидно ниво на **здравна култура и образование**. Най-ревностни в усилията и напреднали в овладяването на специализираните медицински познания са пациентите в пенсионна възраст, ревниво отдадени на амбулаторна и клинична „практика” в търсене на изгубеното здраве. Няма да сбъркаме с твърдението, че пациентите от тази категория често са по-добре запознати с медицинската терминология от доста първокурсници в медицинските университети. Но дори и за такива „отличници” комуникативните актове от страна на лекаря и целия медицински персонал много често напомнят ритуални формули на членове на религиозно братство, а информацията в тях е понятна само за „посветени”!

В кабинета на лекаря или в болничницата към посетителите се адресират изречения от типа:

*Искам да измерите диурезата.*

*Имате дегенерация на макулата.*

*Най-вероятно става дума за аденомиом.*

*В такива случаи обикновено се прави хепатикостомия.*

*Това е серо-фибринозен перитонит.*

Те не допринасят ни най-малко за изясняване на проблема, за който се търси помощ и звучат в гамата от **неразбираемо** – до **ужасяващо**.

Установените словесни отношения с медицинския персонал често сякаш са на различни езици и оставят посетителите на здравните институции в недоумение или с чувство за непълноценност и необразованост.

В това отношение нивото на комуникацията е останало същото, каквото е било и много векове по-рано. Употребата на неразбираем

за пациентите език е регистрирана от литературни източници още в Античността.

**Плиний Стари** свидетелства за преднамерена и тенденциозна употреба на непонятен език в медицинската практика с цел да се внуши респект. Той посочва, че римските лекари „нямали никакъв авторитет, ако не практикували на гръцки пред неопитните и незнаещите езика, понеже хората по-малко вярвали на това, което се отнася за здравето им, ако го разбирали.” (Plin., N.H., 29, 6, цит. по Станкова 2012, 39)

**Анна Комнина**, дъщеря на византийския император Алексий Комнин разказва пространно за заболяването на баща си и описва грижите на лекарите и близките на василевса на смъртния му одър. В повествованието си тя използва както гръцки термини за симптоматиката като напр. *ῥέϋμα*, така и латински анатомични наименования – *uvula* или „онова, което потомците на Асклепий наричат *palatum*” (An. C. XV 11. 10). От последното става ясно, че и лекарите във византийския двор използват специфична латинска терминология, която е чужда и слабо понятна дори за високообразованата и проявяваща особен интерес към научното познание дъщеря на императора.

Съвсем близо до нашето съвремие **Бранислав Нушич** отправя жлъчна критика към лекарите, които спекулират с латинския език, „...за да придадат по-голяма тежест на консилиума си и за да си осигурят правото на по-високо възнаграждение...” (Нушич 1992, 128).

Това са само няколко от многото примери за многовековната употреба на непонятен език в комуникацията лекар – пациент. Причините в цитираните случаи са различни – затвореността на лекарската гилдия, желанието за разграничаване и стремежът към елитарност, създаване на професионална репутация пред болните или стремеж към по-висок хонорар. Каквито и да са те при конкретните обстоятелства, в основата на това „неразбирателство” стои *неосъзнаване важността на общуването в контекста на медицинската помощ и неравнопоставеността между страните в диалога*. Като резултат от това здравословните проблеми на пациента или неговите близки в много случаи остават неразбираеми, забулени в мистерия и загадки. Общуването, което е насочено към улесняване достъпа на нуждаещите се до здравните услуги, се превръща в отчаяна словесна борба за изкопчване на информация.

Нима пациентът е задължен да посещава лекарския кабинет, въроръжен с речник по медицинска терминология?! А може би от него се очаква да е преминал поне начален курс по медицински латински език?! Появата на пазара на медицински речници и енциклопедии, предназначени не за специалисти, а специално за редовия читател, представлява запълване на вакуума между специализирания медицински език и потребителя на здравни услуги. Нелепо е, че търговците и издателите са осъзнали това недоразумение и дефицит като пазарна ниша по-добре и по-бързо, отколкото работещите в здравната сфера са в състояние да го идентифицират като недостатък на здравната грижа за българските пациенти!

Главната причина за това незадоволително състояние на комуникацията лекар – пациент е несъответствието в *езиковото равнище* на комуникантите и *неуместният избор на езикови средства*.

*Неподходящото езиково равнище* на общуването води или до неразбиране на посланията и непостигане целите на комуникацията, или до обидно подценяване на пациента. И в двата случая това може да бъде пагубно за самочувствието и положителната нагласа на нуждаещия се от здравни грижи, както и за резултата от диагностично-лечебния процес.

Още в Античността се поставя изискването общуването на лекаря с болния да бъде съобразено с интелектуалното ниво на пациента. В своите „Шарени истории“ **Клавдий Елиан** предава една забележка на **Аристотел** за уместното словесно отношение на лекаря към пациента. Когато философът се разболял и лекарят му предписал някакво лечение, той възнегодувал срещу липсата на разяснения с думите: „Недей да ме лекуваш все едно съм говедар или копач, а първо ми обясни причината, така ще ме склониш да те послушам.“(IX, 23)

Ролята на речевите прояви на лекаря и останалия персонал напълно неоправдано се принизява. Доказателство за това е едно ново явление в медицината – *ятрогения* – влошаване на оплакванията на болния вследствие на отрицателното въздействие на лекарското поведение (Раданов 2004).

*Употребата на неадекватни вербални средства*, т.е. несъобразени с конкретния случай и човек, също води до неразбираемост на съобщението, до неосведоменост на пациента, а оттам – до дефицит на доверие и отказ от съдействие.

**III. Медицинският език** е строго научен и трудно понятен за неспециалисти. Макар че става дума за един професионален език, процесът на неговото формиране е динамичен както при всеки жив език. Той се променя и обогатява в течение на векове успоредно с усъвършенстването на медицината и днес продължава да се развива.

В него присъства общата, популярна и достъпна базисна лексика, но най-съществен дял има **специализираната медицинска терминология**, която „допринася за свръхикономично, максимално точно и адекватно представяне на научните понятия. Тя оптимизира обмена на информация в научна и професионална среда, но в много ограничен кръг от комуниканти” (Шишков, Тачева, Мирчева, Мутафова 2012, 29 – 30). Ето защо често явление в медицинския дискурс е превръщането на **професионалната терминология в професионален жаргон**. Това става при използването на този специализиран терминологичен език за общуване с неспециалисти, което води до „разминаване във вербалните кодове” на комуникантите и до невъзможност да се осъществи процесът на декодиране на съобщението” (Шишков, Тачева, Мирчева, Мутафова 2012, 30).

Причините за **непонятността** на медицинския език са два вида – обективни и субективни.

**1. Обективни причини** – свързани със специфичния му произход и съдържание:

□ **Термините от латински и старогръцки произход** са основният състав на медицинската терминология, тъй като медицината се заражда и латинският и старогръцкият са езиците, на които тя се развива дълго време след нейното възникване в Древна Гърция и реципирането на достиженията ѝ в Рим. Този факт сам по себе си е достатъчен, за да стане ясно, че езикът, който обслужва медицинската наука и практика, в по-голямата си част е неразбираем за хората без специализирана подготовка.

□ **Английската, немската и френската лексика** имат все по-голям дял в терминологията поради бурното развитие на медицината в страните от Западна Европа и САЩ.

□ **Епонимите** се отличават с принадлежност към строго научния терминологичен ресор. Те се характеризират с висока честотност на употребата както в комуникацията между медиците, така и при информирането на пациентите. Използването им във втория случай

обаче най-често прави двете страни в диалога неравнопоставени и не допринася за яснота на съобщението. Термини като *анемия на Кули*, *болест на Ходжкин*, *синдром на Менкес* и т.н. са абсолютно чужди и непонятни за нуждаещия се от медицинска помощ и би следвало да се обяснят с описателни средства.

□ **Специфичните съкращения – акроними** за изследвания и диагнози, използвани от персонала в сферата на здравеопазването, са напълно непознати за хора без медицинско образование. Дори в пълната си форма те са също толкова неясни за неспециалистите:

*ФГДС – фиброгастродуоденоскопия;*

*ИБС – исхемична болест на сърцето;*

*ГЕА – гастроентеростомия;*

*ЛХПЕ – лява хемипанкреатектомия* и т.н.

Въпреки това наблюденията ни показват, че те се употребяват на общо основание в комуникацията без значение дали комуникантите са тесни специалисти или пациенти без професионални познания.

**2. Субективни причини** – отнасят се до комуникативното поведение на неговите носители:

□ **Неосъзнаване важността на комуникацията за подобряване здравето на пациентите.** Първото условие за разрешаването на един проблем е той да бъде осмислен като такъв, т.е. комуникацията, при която съобщението е неразбираемо за болния и неговите близки, трябва да бъде оценена като неуспешна и неадекватна и едва тогава е възможно да се потърсят начини за оптимизирането ѝ.

□ **Липса на комуникативна гъвкавост и култура.** Употребата на високоспециализиран език в общуването с колеги създава лошия навик той да се използва и в разговорите с пациенти. Вербалните средства трябва да се адаптират към адресата на посланието, а не адресатът – към вербалните средства.

□ **Целенасочен стремеж у медицинските специалисти към използване на калки (заемки) от латински, гръцки, английски и др. чужд произход**, тъй като този вид терминология се схваща като присъща на едно по-високо езиково равнище. Изказванията, натоварени с подобна лексика, погрешно се считат за по-представителни и по-авторитетни.



□ **Липса на мотивация.** Лекарят много често е на мнение, че не дължи обяснение на болния и не е необходимо да го посвещава в тайните на професията си. Това от своя страна го лишава от мотивация да съобразява изказванията си с възможностите на пациента.

□ **Липса на езиков усет и старание** да се търсят и употребяват български съответствия на специализирания език.

□ **Отсъствие на умения** да се поднесе терминологията на достъпен език поради липсата на практика и изработен рефлекс в това отношение.

#### IV. Средства и техники за адаптиране на терминологията

Тук не поставяме въпроса за лекарската и човешката етика при информирането на пациента за неговото състояние и проблеми. Не се спираме върху необходимостта да се подбере подходящия от психологическа гледна точка език. Фокусираме се върху осъзнаването на необходимостта и уменията **да се трансформира терминологията в общодостъпна лексика**. В повечето случаи лекарите се задоволяват просто да използват транскрибираните форми на термините с техните българизирани завършеци, което не ги прави поясни, напр.:

*coxarthrosis* – коксартроза

*haemangioma* – хаемангиом

*pyelonephritis* – пиелонефрит и т.н.

За предаването на терминологията в достъпна форма трябва да се прибегне до определени **езикови техники**:

##### 1. Превод:

възпаление на слъзните жлези вм. *дакриoadенит*.

##### 2. Използване на българско съответствие:

гуша вм. *струма* или *тиреоидит* на *Хашимото*.

В тези случаи не става дума за общоприета, базисна терминология като напр. *хепатит* или *хипертония*, въпреки че и в тези случаи не би било излишно да се посочат българските съответствия – *възпаление на черния дроб* и *високо кръвно налягане*, както и да се изяснят особеностите на заболяванията. Повечето от използваните термини са напълно непознати за хората без медицинска подготовка.

##### 3. Синонимно описание на термина:

В други случаи не е достатъчно терминът само да се преведе. Напр. преводът на *cor bovinum* – *волско сърце* не дава

достатъчно информация и трябва да се допълни описателно със *силно уголемено хипертрофирало сърце*.

Изборът на подхода принадлежи на самия лекар и той трябва да бъде направен в зависимост от:

- **особеностите на конкретния термин;**
- **индивидуалните характеристики и качества на пациента** – възраст, професия, интелектуално равнище, обща култура;
- **състояние на пациента** – психическо състояние, сериозност на заболяването, прогноза, наличие на нелечимо заболяване и др.

Правилният подбор на използваните от лекаря лексика и фразеология, чрез които да се предаде специализираната лексика е признак на висока компетентност, хуманност, професионална етика и езикова интелигентност.

## **V. Разрешаване на комуникативните проблеми в сферата на здравеопазването.**

Основите на целенасочените усилия за отстраняване на тези проблеми трябва да се положат още при обучението на студентите от медицинските специалности. На първо място в това начинание е необходимо да се проведе методически осмислена работа в рамките на курса по *Латински език и медицинска терминология*, като се набележат задачите, като се разработи стратегия за постигането им и се обозрат очакваните резултати.

### **1. Задачи:**

- **Достигане на терминологична компетентност** и
- **Формиране на комуникативна способност**, съобразена с терминологичните познания на пациента.

Въпреки че тези две цели трябва да се постигнат в рамките на една и съща дисциплина и под ръководството и с усилията на един и същ преподавател, решаването им изисква усилия в противоположни посоки.

### **2. Стратегия:**

#### **□ В хода на преподаване:**

Термините да се въвеждат, като се превеждат и се изясняват техните обекти с цел да се покажат пред обучаемите уместните варианти за предаването им чрез подходящи вербални средства.

#### **□ В процеса на упражняване:**

Термините да се трансформират по най-подходящия начин – чрез превод, чрез замяна с българско съответствие или със синонимни средства. Чрез тази умствена и езикова тренировка може да се създаде рефлекс у бъдещите медицински кадри да преминават от терминология към разбираем и понятен за неспециалиста език.

□ **При самоподготовката:**

Да се използват учебни речници на медицинска терминология, в които се дават не само транскрипциите на латинските и гръцките термини, но и етимологията, превода или българското съответствие, обяснението и синонимите.

**3. Очаквани резултати:**

□ натрупване на специализирани терминологични познания, необходими за по-нататъшното обучение на студентите;

□ формиране на специфична медицинска образованост и култура за професионалната им дейност;

□ създаване на мисловна нагласа и езикови навици за адекватно общуване с пациента.

Усвояването на специализираната терминология в курса по латински език в медицинските специалности е не само **цел** на обучението, но и **средство** за достигане същността на научното познание, необходимо за теоретико-практическата подготовка на бъдещите медицински кадри (Амуджиева 2014). То се явява също и подготовка за осъществяването на пълноценна комуникация лекар – пациент, която да обезпечи необходимата разбираемост на медицинската проблематика. Само при такова общуване е възможно създаването на доверие, предразполагане на болния към съдействие и постигане на оптимални резултати в профилактиката, диагностиката и лечебния процес.

## ЛИТЕРАТУРА

1. **Амуджиева 2014:** Н. Амуджиева. Онагледяване на клиничната терминология в обучението по латински език на студентите от медицинските специалности. – В: Сборник научни доклади от Национална конференция „Психология в медицината” – Тракийски университет – Стара Загора, 7-8 април 2014 г. Стара Загора, 2014, с. 170–174.

2. **Арнаудова 2005:** П. Арнаудова. Nova terminologia medica polyglotta et eponymica. Нова медицинска полиглотна и епонимна терминология на седем езика. София, 2005.

3. **Гиппократ.** Избранные книги. Перевод с греческого В. И. Руднева. Москва – Ленинград, 1936.
4. **Нушич 1992:** Б. Нушич. Автобиография. София, 1992.
5. **Раданов 2004:** Ст. Раданов. Медицинска деонтология. София, 2004.
6. **Станкова 2012:** И. Станкова. Античното лечебно изкуство според „De medicina” на Авъл Корнелий Целз. София, 2012.
7. **Тачева 2011:** В. Тачева. Положителният език в комуникацията медицински персонал – пациент. – В: Езикът и социалният опит. Материали от Десетата конференция по социолингвистика, посветена на 70-годишнината на академик Михаил Виденов. София, 10-11 април 2010 г. София, 2011, с. 207–212.
8. **Христова, Стефанова 2008:** С. Христова, Й. Стефанова. Комуникативната опозиция лекар – пациент и речеви стратегии за учебна практика по български език. – В: Пета научна конференция „Мениджмънт и предприемачество”, организирана от Център по предприемачество – Пловдив и Катедра „Индустириален мениджмънт” при Технически университет – София, филиал Пловдив. Пловдив 2008
9. **Шишков, Тачева, Мирчева, Мутафова 2012:** Р. Шишков, В. Тачева, И. Мирчева, Е. Мутафова. Помагало за докторанти. Варна, 2012.
10. **Anna Komnene.** Alexias. Berlin; New York, 2001.
11. **Cl. Ael. Var. Hist.** Claudii Aeliani Varia Historia. Цит. по Клавдий Елиан. Шарени истории. София, 2009.
12. **Plin. Nat. Hist.** Plinii Naturalis Historia. Цит. по И. Станкова. Античното лечебно изкуство според „De medicina” на Авъл Корнелий Целз. София, 2012.