ПОВЕРЕЊЕ – ОСНОВА ДОБРЕ МЕДИЦИНСКЕ ПРАКСЕВесна Томић¹

CONFIDENCE – A BASE FOR GOOD MEDICAL PRACTICE

Vesna Tomić

Сажетак

Медицинска етика налаже да лекар, поред савремених научних знања из појединих области медицинске праксе, не сме да губи из вида пацијента као целину која поред болести пати, страхује, мисли.

Основу поверења чине емпатија и ефикасна комуникација између лекара и пацијента. Основни принципи професионалне одговорности здравствених радника су: компетенција, поштовање личности човека, хуманост, поштовање медицинског етичког кодекса.

Кључне речи: поверење, етика, емпатија, однос лекара и пацијента.

Summary

Medical ethics propose that a doctor besides a knowledge has to analyze a whole patient who is ill, who think, suffer and fear.

The base of confidence are emphatic and efficient communication between doctor and patient.

The basic principles of professional responsibility are: professional competence, respecting personality and ethical codex of health workers.

In order to attain confidence dominant variable of psychological profile of doctors is humanity.

Key words: confidence, empathy, interaction doctor/patient, ethics.

¹ Др сц. мед. Весна Томић, социјални психолог, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.

УВОД

Медицинска професија је одувек била високо друштвено вреднована. Подразумевала је одређени социјални углед и социјални статус који су стицани доследном и кохерентном применом стандарда понашања лекара према пацијенту.

Основу поверења, у најширем контексту, чини једнак став здравствених радника према свим корисницима услуга здравствене заштите. Пожељан етички поступак здравствених радника подразумева емпатију, разумевање и стрпљење, без обзира на субјективну перцепцију и доживљавање пацијента кроз успостављање трансфера са њим. Емоционална дистанца лекара од здравствених проблема пацијента се подразумева, а разумевање и саосећајност елиминишу емоционално улагање лекара у однос према пацијенту.

Вршећи дужност, лекару је недопустиво слање вербалне или невербалне поруке кроз гестове, погледе, гримасе, висину гласа, којима би емитовао неуједначен емоционални став према пацијенту. Емпатија захтева да се целокупним обраћањем пацијенту рационално испољава став благонаклоности, разумевања и толеранције.

Историја медицинске праксе указује на чињеницу да су лекари људи од поверења. Здравље и болест су дубоко лична и емоционално обојена стања појединца, тако да је упознавање лекара са тим немогуће без поузданости пренесених информација и поверења у струку. На тој премиси заснована је психологија односа лекар–пацијент.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да повеже садржаје поверења, као елемента интеракције лекар–пацијент, са савременим условима функционисања система здравствене заштите.

ПРОБЛЕМ

У систему здравствене заштите грађана поверење подразумева:

1. ефикасну комуникацију лекара и пацијента,
2. емпатију,
3. континуирану примену етичког кодекса лекара,
4. унутрашњу мотивацију за квалитет пружене здравствене услуге,
5. задовољство пацијента пруженом здравственом услугом,
6. поштовање људског достојанства оболелог и чланова његове породице,
7. квалитет исхода терапијског третмана.

Комплексна брига за човека, његов живот и здравље императив је медицинске професије. Сва техничка и технолошка надмоћ кроз савремене дијагностичке апарате и фармаколошка помоћ не могу да се упореде са квалитетом интеракције лекара и пацијента.

Искрена добронамерност, стрпљење и пажња посвећена пацијенту и његовом непосредном социјалном окружењу (породици) кључни су у препознавању поверења пацијента.

Проблем у данашњој медицинској пракси представља ослањање здравствених радника на омнипотенцију савремених дијагностичких и терапијских поступака, чиме се фокус њихове пажње помера са човека на болест (симптом). Тиме се губи из вида да је сваки одлазак код лекара својеврсан стресор за појединца и да у сваку ситуацију лечења особа уноси своје личне диспозиције, очекивања и здравствене потребе.

Проблем фокусирања пажње на болест и деперсонализација пацијента у великој мери су доринели губитку поверења грађана у здравствени систем.

Лекари покушавају да ту ситуацију објасне и оправдају недостатком времена које им је нормирано по пацијенту и бројем пацијената које дневно требају да прегледају да би задовољили прописане

медицинске стандарде и норме. Покушај пребацивања лопте на терен законодавства није адекватан, јер се зна да је брига за човека отишла у други план наметањем нових принципа о подели одговорности, партнерству, јавном и народном здрављу.

Суштина проблема остаје у оквирима медицинске етике чији је императив да служи интересима здравог и болесног човека.

ПОВЕРЕЊЕ – СУШТИНА ИНТЕРАКЦИЈЕ ЛЕКАР–ПАЦИЈЕНТ

Различите улоге, различита очекивања, непознавање проблема и недовољна оспособљеност за превазилажење проблема комуникације потенцијално воде сложенијим последицама него што су лоша осећања и негативан афективни трансфер лекара и пацијента.

Већина пацијената нема довољно знања из области медицине да би могли да оцене оправданост и ваљаност предложеног лечења. Процењују његове ефекте пратећи колико је брзо довело до ублажавања или нестанка симптома. Иако то не значи и успех терапије у целини, болесницима доноси смирење и наду у излечење.

Истраживања показују да се у оцени стручне помоћи која им је пружена пацијенти често руководе немедицинским параметрима. Квалитет самих техничких услуга често процењују мање значајним од начина на који су им оне пружене, става лекара, његове љубазности, стрпљења да га саслуша, емпатије. Лекар који делује пријатељски, наклоњено и сигуран је у своје професионално знање оцењује се као пријатнији и компетентнији од онога који је хладан и незаинтересован.

Лекари понекад верују у супротно. Сматрају да својим ставом неприкосновеног експерта, крутим, незаинтересованим и деперсонализованим ставом према пацијенту изграђују свој ауторитет, остављају озбиљан утисак, повећавају успешност свог деловања и стичу поверење пацијента.

С обзиром на то да су у подређеном положају јер траже помоћ, пацијенти заузимају став који може да подржава овакве илузије лекара. И они и чланови њихових породица понашају се љубазно, субмисивно и послушно, задовољно, чак и захвално у непосредној интеракцији са лекаром без обзира на његово понашање.

Студије потврђују значајно неслагање између задовољства пацијента одређеном медицинском интервенцијом и лекарских процена тог задовољства.

Облици понашања који делују негативно на поверење пацијента су: неслушање шта пацијент говори или пита, коришћење медицинских термина у разговору са пацијентом и члановима породице, стављање пацијента у ситуацију да сам донесе одлуку о терапијском третману, претерано поједностављивање објашњења, деперсонализација оболелог, негативна осећања лекара, забринутост, несигурност, песимизам у погледу лечења, неуважавање људског достојанства пацијента и чланова породице.

Сваки од наведених облика понашања директно минимизира поверење пацијента у лекара.

ЕТИЧКО ПОНАШАЊЕ ЛЕКАРА И ПОВЕРЕЊЕ

Морал као специфично људски феномен форма је друштвене праксе. Услов постојања морала је човекова свест. Само свесна, сврсисходна, организована људска активност доприноси учвршћивању моралног понашања. За моралну праксу значајно је да човек води рачуна о узроцима и последицама, о успостављању односа између себе и осталих социјалних ентитета унутар заједнице као целине.

Поред свести, битан предуслов су и осећања која имплицитно подразумевају саосећања (емпатију) и осећање дужности. Све врсте афеката у склопу моралног понашања регулишу односе између људи и између појединца и заједнице.

Испољаване моралног понашања регулише и воља која је психички процес који подразумева акцију свести као усмерено, мотивисано намерно понашање и деловање човека. Воља је унутрашња борба мотива и свесног одлучивања за један од два мотива. Брзо приступање реализацији одређених мотива, одлучно разрешавање дилема представља енергичног човека јаке воље. Људи који се дуго колебају и дуго остају у недоумици нису ефикасни. Овако схваћена психичка функција воље учествује у формирању етичког профила личности.

Појам моралне одговорности има у виду не само дела, него низ различитих аспеката бихевиоралних шема: осећања, намере, навике, жеље. Реч је о унутрашњем доживљају, а не реперкусијама које представљају правне и социјалне импликације.

Морална одговорност садржана је у самом појму професионалне одговорности. Каже се да је особа морално одговорна ако је способна да испуни своје моралне обавезе, па се може сматрати кривом, кажњивом и одговорном у свим ситуацијама када поступа супротно. Правилно схватање моралне одговорности схвата се као извор аутономије морала одрасле особе.

Већина психолошких праваца дистанцира се од моралних проблема сматрајући да они не треба да се баве питањима да ли је понашање особе пожељно или непожељно са моралног аспекта.

Појам моралности разликује морално осећање, јер други појам подразумева емотивни став као доживљај према етички релевантним факторима.

ЕФИКАСНА КОМУНИКАЦИЈА И РАЗВОЈ ПОВЕРЕЊА

Данашња медицинска пракса намеће квантификацију. Броје се пацијенти, прегледи, рецепти, здравствене услуге. Бројеви као и савремене медицинске технологије неће допринети развоју, већ у великој мери пољуљаног, поверења у здравствене раднике.

Општи недостатак образовног система здравствених радника су знања и развијене вештине интерперсоналних интеракција које је неопходно инкорпорирати у редован наставни програм. Добру основу за то представљао би и рад сектора за бихевиоралну медицину при Медицинском факултету и Институту за јавно здравље Србије, али за сада тога нема ни у покушају у за то референтним институцијама система здравствене заштите.

Још увек се у нашој пракси не стичу знања из здравствене психологије, која представља солидну професионалну базу за бихевиоралну медицину и оспособљавање кадрова у хуманистичком правцу, развојем вештина интерперсоналне комуникације. Осамдесетих година у свету су направљени покушаји да се бихевиоралне науке, посебно психологија, интегришу са медицинском науком и праксом у интересу појединца и његовог здравља.

Тиме је омогућено да се човек посматра дуж континуума „здравље–болест“, а његово здравствено стање последицом деловања индивидуалних (унутрашњих, генетских) и социјалних фактора.

Ширење практичних и теоријских знања само преко вишесатних едукација (семинара) професионално је недовољно (иако многи профили едукатора могу да их званично акредитују, а и сви профили медицинских и немедицинских радника могу да их реализују).

Истраживања показују да се у зависности од врсте болести одступање од савета лекара креће од 15 до 93%. Непоштовање препорука које су дали, лекари обично тумаче некооперативношћу, недостатком поверења у предложене мере лечења и компетентност здравственог радника.

Студије показују да се пацијенти чешће понашају у складу са препорукама лекара када су упознати са природом и исходом лечења, као и када лекари показују у контакту са пацијентима више пажње, топлине и спремности да одговорају на постављена питања. Задовољство комуникацијом и при-

јатност стручњака повећавају поверење у оно што он говори, а смањују могућност за појаву понашања супротних препорукама.

ЗАКЉУЧНО РАЗМАТРАЊЕ – КОМПОНЕНТЕ ПОВЕРЕЊА

Поверење пацијента према лекару није кључан фактор његовог излечења, али је важно за одлуку о тражењу медицинске помоћи, као и придржавању датих лекарских савета и сугестија.

Компоненте поверења су:

1. Хуманост

Подразумева рад лекара у интересу пацијента и обавеза је за све здравствене раднике у систему здравствене заштите.

2. Скромност

Одговорност лекарског позива супротна је сензационализму и рекламирању. Лекар неће пред лаичком јавношћу објављивати успехе и/или резултате различитих статистика и евиденција. За саопштења научних достигнућа служе стручни скупови.

3. Етички однос

Професионална компетенција и стручно поштење као и племенитост и емпатија, доследна примена научних знања као и етичких норми, основа су поштовања међу колегама као и професионалног поверења од стране пацијената.

Неетичке особине здравствених радника које изграђују неповерење су: сујета, охолост, надменост, гордост, чекање награде за обављени рад, профит и зарада као радни мотиви, нестрпљење, нетолеранција, бахатост, осиноност.

4. Лекарска тајна и поверење

Најстарији медицински записи забрањивали су лекару да одаје тајне „поверене уху, затечене очима или наслућене умом.“ Обавеза чувања лекарске тајне односи се на све здравствене раднике, посебан значај лекарске тајне је у томе што на њој почива поверење пацијената у лекаре.

Лекарска тајна је пример професионалне тајне која је везана за вршење лекарског позива – истовремено је и службена тајна. Подразумева све о болеснику, а пре-причавање онога што се чуло ван медицинске установе је недопустиво.

ЗАКЉУЧАК

У циљу разјашњења интеракције било-шких, социјалних и психолошких фактора у одржавању здравља, настанку и току болести, истраживачи медицинских и бихевиоралних наука развијају системски приступ здрављу и болести. Он полази од основа да су сви нивои организације било ког ентитета узајамно повезани хијерархијски и да промене на било ком нивоу утичу на промене у свим осталим.

У покушају контроле свих сложених процеса који утичу на здравље и болест, истраживачи се окрећу интердисциплинарној сарадњи и сложеним статистичким методама.

Само такав приступ човеку, уз поштовање његовог идентитета и достојанства, може да доведе до креирања односа поверења између здравствене службе и пацијената, некада као и данас.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бергер, Д. и сар.: Здравствена психологија, ДПС, ЦПП, Београд, 1997.
2. Миловановић, Д.: Медицинска етика, Научна књига, Београд, 1976.

3. Вукчевић – Декић, Ј. и сар.: Етика научноистраживачког рада у биомедицини, СЛД, Медицински факултет Универзитета у Београду, 2002.

Контакт: Др сц. мед. Весна Томић, социјални психолог, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд