

Tüdőgyógyászat

KÜLÖNLENYOMAT

TÖRŐ TÍMEA

ÚJBUDAI NEVELÉSI TANÁCSADÓ, BUDAPEST

JÓNÁS ZOLTÁN

NYÍRŐ GYULA KÓRHÁZ, BUDAPEST

Együtt, (hogy) működjön?!

Együtt, (hogy) működjön?!

A COPD terápiájában a tüdőgyógyászok nehéz helyzetben gyógyítanak. Krónikus, degeneratív betegségről lévén szó, alapfeltétel a terápia hatékonyságában a betegek együttműködésének megnyerése.

A rendhagyó módszerű workshop-sorozat célja az volt, hogy bővebb információt kapjunk, mélyebb tudást nyerjünk arról, hogyan is néz ki az orvos-beteg együttműködés az orvosok szempontjából. A módszer több pszichológiai eszközt használ, amelyek a pszichodráma, a kognitív viselkedésterápia és a szimbólumterápia tárházából származnak; szemléleti háttérben a csoportdinamikai folyamatok megfigyelése és elemzése fontos szerepet kap.

Hogyan jellemezhető az orvos-beteg kommunikáció a COPD-terápiában? Milyen jeleket, megnyilvánulásokat, tüneteket érzékel az orvos a betegnél, ami az orvos számára a kooperáció meglétét jelenti? Mi fontos az orvos számára, a beteggel való együttműködés melyik formáját gondolja hatékonyak?

A kétnapos workshopok – amelyek hangsúlya a mindennapi gyakorlati gyógyítási folyamaton volt – tüdőgyógyászok és asszisztensek együttműködésével zajlottak. A részt vevő szakemberek tapasztalatai csoportosan, átlagosan 15 fő részvételével, interaktív formában kerültek feldolgozásra. A workshopon összesen 75 szakember: pulmonológusok, asszisztensek vettek részt öt nagyvárosban. Az életkori és a nem szerinti megoszlás vegyes volt.

A workshopokat olyan pszichológusok, klinikai szakpszichológusok vezették, akik a Magyar Pszichodráma Egyesület által képzett pszichodráma-vezetők is egyben, valamint jártasak a csoportdinamikai szemléletű csoportvezetésben.

Az orvosokkal való munka során saját fejlesztésű módszert – GPS® (*Grouped Projective System*) – használtunk, amelyben ötvöztük a verbális és a nonverbális ráhangoló feladatokat, a kohézióteremtő gyakorlatokat, a szerepcsere, a belső hang, a szituáció-rekonstrukció eszközeit, amelyeket az adott csoportban aktuálisan jelen lévő csoportdinamikai folyamatokra építettünk.

A felsorolt módszerek segítségével tanulmányozhatóvá vált a mindennapokból konvertált, „megelevenedett” helyzet. A gyakorlatban ez azt jelentette, hogy az orvosok és az asszisztensek újra átértékelték a gyógyítási helyzeteket, valamint ezek minden aspektusát – tehát érzelmileg is involválta váltak, és nem csupán csak gondolataikban idéztek fel egy-egy helyzetet; a szakirodalmi (formális logikán alapuló) gondolkodás helyett az ún. hétköznapi logikával gondolkodtak: ezt hívjuk terápiás gondolkodásnak. Abban az esetben, ha rákérdezzünk a terápiás, gyógyítói viselkedés bizonyos elemeire, akkor a formális logika szabályai szerint működve adnak magyarázatot.

A részt vevő pulmonológusok összegyűjtötték, hogy a COPD terápiájában milyen szempontokat vesznek figyelembe (összesen 41 szempontból van szó az egyéni, kiscsoportos munka során), majd ezeket csoportosították, megvitatták, amelyből az derült ki, hogy igen komplex helyzettel állnak szemben, ami értelemszerűen kiterjed a beteg otthoni életére is (gyógyszerhasználat és -szedés, compliance, IQ, képesség, motiváció, környezet, szociális problémák, életmód, hangulat, életkor, dohányzás).

A COPD terápiájában megjelenő – az együttműködés hiányából fakadó – konfliktus szituációs megjelenítése során a következőket tapasztaltuk: az orvos a kompetencia megélése helyett gyakran a tehetetlenséget éli át, falat érzékel kettejük között, amelyet a beteg hozzáállásának tulajdonít. Úgy tűnik, ezzel a fallal a beteg elszeparálja magát, s ez a fal az orvos számára átháthatatlannak látszik, sőt a sokéves tapasztalat alapján talán már le is mondott arról, hogy lebontsa – a konfliktus feszültségét viszont mindennap többször is át kell élnie.

A Falat megjelenítő részéről többször elhangzik egy jelenet során ez a mondat az orvos felé: „Engem úgysem tudsz innen eltávolítani!”

A közös nyelv megteremtése legtöbbször fel sem merül – az orvos a Fallal küzd, és ebben a harcban a Fal mögött lévő beteg szinte láthatatlan.

Törő Timea dr.¹
Jónás Zoltán dr.²

¹ ÚJBUDAI NEVELÉSI
TANÁCSADÓ, BUDAPEST
² NYÍRŐ GYULA KÓRHÁZ,
BUDAPEST

E-MAIL:
abaculus69@abaculus69.hu

Irodalomjegyzék

1. MÉRŐ L. (2001): Új észjárások.
Tericum Kiadó. 37–54.



A tüdőgyógyászok több megjelenített orvos-beteg helyzetet elemeztek, minden esetben megfigyelők jelenlétében. A helyzetelemzések feldolgozásakor nyilvánvalóvá vált: vannak olyan viselkedésmódok, intervenciók, amelyek megélése az orvos, illetve a beteg szemszögéből nagy eltérést mutat – különösen erős ez az orvos oktatói szerepét illetően. Amikor az orvos úgy érzi, hogy szinte már kioktató stílusban beszél, az a betegnek még csak jóleső, segítő, támogató stílust jelent. Az orvos emiatt a szubjektív élmény miatt a mindennapi gyakorlatban nehezen vállalja fel azt a „tanítói” hozzáállást, amire pedig alapvetően szüksége lenne a betegnek a COPD-terápiában, a betegség sajátosságaiból adódóan.

Az elmélet és a gyakorlat közötti szakadék nagy, ami abban nyilvánul meg, hogy a betegek nem követik a rendszeres adagolást, nagyon gyakran megszakítják a terápiát, ezért újrakezdő terápiás folyamatok alakulnak ki („circulus vitiosus”: ördögi kör). A terápia „folytonosságát” csak az biztosítja, hogy sok beteget roham esetén a mentő bevisz a kórházba. A betegek a gyógyszert rendszerint kiváltják. Az orvosok a betegek tájékoztatását a gyakorlatban néha mellőzik, abban a hiszemben, hogy ezzel javítani tudják a compliance-t (van olyan orvos is, aki kíméletből nem mondja meg a páciensnek, hogy szteroid-tartalmú egy készítmény).

A workshopok során különös jelentőséggel bírt a kontroll kérdésköre. Kiderült: az orvosok számára kiemelt fontosságú, hogy ők kontrollálják a COPD-terápiát, és ezen keresztül a beteget. A kezelés eredményessége attól függ, hogy megtalálják-e (orvos és beteg) a közös nyelvet, mivel ez az egyetlen lehetősége az orvosnak, hogy a kezelés és a beteg gyógyítása feletti kontrollját megtartsa, visszaszerezze, ezáltal az orvosi esküjéhez hűen tudjon gyógyítani. A cél a beteg kontrolljának visszaadásán keresztül az orvosi kontroll visszaadása az orvos kezébe. A COPD természetéből adódóan ez csak apró, tanítható részletekre irányulhat.

A COPD-terápia az orvos-beteg együttműködés szempontjából „kontroll-kérdések lavínjának” tűnik: A COPD, mivel az életminőséget rontja, ezért a beteg életét irányítja. Az a beteg, aki nem fogadja el a betegségét, azaz nincs „realitás-kontroll-

ja”, betegségbelátása, az orvos felé ellenállást mutat, nem lesz együttműködő. (A betegség dönti el, hogy mit csinálhat, de azt ő dönti el, hogy mit *nem* csinál. Csak ez a kontrollálási lehetősége marad.) A nem együttműködő beteg viszont irányítja az orvost.

A COPD terápiájában a tüdőgyógyászok nehezített helyzetben gyógyítanak. Krónikus, degeneratív betegségről lévén szó, alapfeltétel a terápia hatékonyságában a betegek együttműködésének megnyerése. A dohányzás mint kockázati tényező elsődleges a betegség kialakulásában és az állapotromlásban, így a dohányzásról való leszokás a gyógyulásban fontos szerepet játszik.

Egyik orvos így fogalmaz a betegekkel történő kommunikációt felidézve:

– *Minket arra képeztek ki, hogy átlás-sam, mi a helyzet... és a munka során sablonszerűen tudatosítani próbálja ezt az ember a betegben. Abban a nagyon rövid időben, amíg a beteg bent van nálam, el kell magyarázni, mi a helyzet, hogyan tudunk javítani az állapotán stb. Felmerülnek kérdések, néha furcsa kérdések..., de a betegek számára nem nyilvánvaló az ok és az okozat sem: – azért köhögök, mert beteg vagyok, vagy azért vagyok beteg, mert köhögök?... És huszadszorra is elmagyarázom... Borzasztó!*

Sok tüdőgyógyász úgy érzi, az ismeretek átadását szinte a nulláról kell kezdenie minden új beteg esetében:

– *Hiányolok valamit, mégpedig a reklá-mot! Gyakran foglalkoznak a magas vérnyomással, a cukorbetegséggel, a mellrákkal, de hol a COPD?... Eleve a dohányzás ártalmaj és súlyos következményei nagyon ritkán kerülnek szóba! Nem tudja a beteg letenni, nem is akarja, nem beszélve arról, hogy azt kellene belátnia, hogy ez a saját hibája!... Szeretném, ha nagyobb hangsúlyt kapna a televízióban, a rádióban, a legnépszerűbb újságokban a COPD témaköre egy ismert, kedvelt személyiséggel képviselve, ahogyan például a cukorbetegséggel való együttést Erős Antónia reprezentálja. De nehéz úgy... szerintem sajnos egyik médiasztár sem fogja felvállalni:*



– 30 éve dohányzom, és COPD-s beteg vagyok.

A pulmonológusok gyakorlatuk során ki- tapasztaltak kommunikációs stratégiákat arra, mi a beteghez vezető legeredményesebb út:

– Az első találkozásnál motiválni kell, nem pedig ráborítani a gyógyszereszkere- nyt. Menjen haza, gondolkozzon: le tud-e szokni a dohányzásról. Mert ha nem akar leszokni, akkor mindegy. Húsz éve do- hányzik, tünetei két éve vannak, ...men- jen haza, próbálja ki, hogy nem dohán- yzik, azután meglátjuk, hogy a vállalt kezelé- sek következtében a tünetei hogyan eny- hülnek!

– Ha a szűrés után vizsgálatra hívtam vissza a pácienseket, közülük sok olyannal találkoztam már, akik abbahagyták a do- hányzást.

– Szerintem a súlyos betegségtől való félelem hihetetlen motiváló erővel bír. De nem biztos, hogy megijed csupán attól, hogy köhög. Nem tudod megmagyarázni a betegnek, hogy szívrohamot kaphat, és ott halhat meg! Ronda betegség a COPD, de sok minden ráragódik még! Mit csinál- junk? Sikertörténeteket vetítünk a rende- lő televízióján?

A dohányzásról való leszoktatással kap- csolatban az orvosok saját vérmérsékletük szerint, a beteg élethelyzetéhez és tempe- ramentumához igyekeznek igazodni. Né- hány példa a tapasztalatokból:

– Én papíron levezetem, hogy mennyi pénzt költ el a beteg havonta cigarettára: leesik az álla a döbbenettől! Ilyen erős ha- tású, ha egy kívülálló, ráadásul az orvosa szembesíti a realitással.

– De a beteg ezzel tisztában van.

– Nem, mert ez egy másfajta szituáció, amikor az orvosa odateszi elé a papírt a végösszeggel! Sokkal inkább kézzelfogható!

– Empátia... nem árt, ha az orvos bele- képzelet magát a beteg helyzetébe!

– ...azért kell a praktikákat kitalálni, hogy mankót tudjunk adni! Ha azt mondja a beteg, hogy az édesanyámat ápolom..., a társammal veszekszem, és azért kell a bagó, mert feszült vagyok...!

– Én ilyenkor azt szoktam mondani...

– Kifogást mindig lehet találni! Ha érzi, hogy támogatod, talán átment nála az üzenet!

– Csak azt lehet leszoktatni, aki le akar szokni.

– De pont abban kell segíteni a beteget, hogy akarja!

– Volt olyan betegem, akinek azt mond- tam: nem engedik az unokája közelébe, ha bagózik! És leszokott!

A workshopok eredménye alapján keres- sük azokat a lehetőségeket, ami a COPD-s beteg együttműködését javítani tudja, így a pulmonológus mindennapi munká- ját segíti, teszi gördülékenyebbé, ezáltal a gyógyítási folyamat hatékonyságát nö- veli.

A megjelenített orvostípusokhoz kapcso- lódóan a résztvevőknek lehetőségük volt tudatosítani jelenlegi hozzáállásukat és kommunikációjukat betegeikhez. A hely- zeteknek köszönhetően a csoporttagok- nál érezhető volt egyfajta szemléletvál- tás. Szélesedett a résztvevők repertoárja a meggyőző közlésekkel kapcsolatban, ami- nek következtében könnyebben tudtak a sokféle iskolázottságú és beállítódású be- teggel bántani.

Az orvos-beteg kommunikáció segítése érdekében pszichodramatikus eszközök- kel elevenítettünk fel egy-egy mindennapi helyzetet: hogyan is zajlik az, amikor a be- teg felkeresi az orvosát. Az orvosok a be- tegek szerepét is eljátszották, és ebben a formában meg tudták jeleníteni akár a COPD, az időnyomás, de akár a gyógyszer- rek szerepét is. Néhány visszajelzés abból, hogyan is élték át az orvosok a beteg sze- repét:

– Az együttműködés és a szituációs já- tékok során kiderült, hogy mindenki közü- lünk a szakma szabályai szerint járt el, és mégis ott állt a beteg egyedül! Döbbenet!

– A szituációs játékok újszerűen világítot- tak meg bizonyos szituációkat. Egész más- képp látja a gyakorlatban az ember. Ahogy a beteg szerepében voltam, tényleg rám zúdult minden... teret kell hagyni a beteg- nek. Fel kell dolgoznia a hallottakat. Nem lehet egyszerre szembesíteni minden rá váró eseménnyel, problémával!

A szituációkban átértékelték a COPD kezeléséből adódó nehézségek súlyát a beteg szempontjából. A legmarkánsabb hatás a beteg információkkal történő elárasztása okozta „fulladásélménye” volt. Ezt átértékelve a csoportok konstruktív javaslatokat is megfogalmaztak a realitásra vonatkozóan, vagyis, hogy ebben a kérdésben hogyan lehetne továbblépni. A fokozatosság elvé mellett fontosnak tartották megállapítani: a jövőben a betegeknek is igen hasznos lenne támogatócsoport-foglalkozásokat tartani, ami egyben az orvosok munkáját is jelentősen megkönnyítené.

A workshopok során megjelent, megfogalmazott egyik legnagyobb – mindannyiunk számára ismert – probléma a dohányzásról való leszoktatás kérdése. A részt vevő tüdőgyógyászok a csoporthelyzetben kipróbálhattak különböző, jól bevált kommunikációs formákat a betegek meggyőzésére, illetve elfogadására.

A workshopok fontos eleme volt, ahogyan kirajzolódott az orvosok veszteséghez való viszonyulása a COPD-s betegekkel és a betegséggel kapcsolatban, a veszteségek feldolgozása, a halállal való versenyfutás, és mindezzel párhuzamosan az időhiány problematikája – mindezek ismét emocionális aspektussal is színeződtek.

NÉHÁNY JAVASLAT

Az orvos-beteg együttműködés hatékonyságát növeli, ha az orvos az alábbiak szerint változtatja meg kommunikációját pácienseivel.

A betegre fordított idő jelentősen lecsökkenthető, ha az orvos a beteg számára könnyebben érthetővé teszi a mondanóját, egyszerűen fogalmaz, néhány jól érzékelhető, mindennapi példán illusztrálja a lehetőségeket, a prioritásokat, ezáltal a gyógyulás esélyét növelve.

NÉHÁNY KULCSSZÓ:

Felelősségvállalás • az orvos-beteg együttműködés kommunikációs szempontját kiemelve az orvos felelőssége abban áll, hogy érthetővé kell tennie betege számára a betegséggel kapcsolatos információkat.

Döntés • az orvos kínálja a betegnek döntési lehetőségeket, lehet szó akármilyen jelentéktelennek tűnő részletkérdésekről. Az orvos kérdezzen, ajánljon alternatívákat, szűkítse le a lehetőségeket, azaz tanítsa meg dönteni betegét, hogy mindketten fellelgezhessenek!

A beteg aktivitása • az orvos a betegnek azt a passzivitását fordítsa át aktivitásba, ami különben szinte „megfullasztja” a beteget. Segít, ha a beteg számára az orvos apró lépésekre bontja a haladást, olyan lépésekre, amelyek a beteg számára fontosak, érthetőek, „kézzelfoghatóak”, láthatóak. Az orvos helyezze a hangsúlyt a tanítható részletekre. Az orvos és a beteg közötti „közös nyelv” megtalálása tovább segíti a beteg együttműködésének meggyőzését. Az orvos vegye át a beteget által használt szavakat a tünetek leírására, érveljen azzal – az akár egyszerűnek is tűnő dologgal –, amit az adott beteg valóban érzelmi haszonként élhet meg, például:

– ...amint megtanulja kiszívni a gyógyszer az eszközökből... (kedves beteg), napról napra egyre könnyebben tud felmenni a lépcsőn.

Az orvos-beteg együttműködés a COPD terápiájában című workshopokon való részvétel lehetőséget adott az orvosok számára a betegek szempontjainak és a betegek „panasznyelvének” jobb megértésére, különféle hatásos kommunikációs eszközök elsajátítására, valamint a kollégák nézőpontjainak megismerésére, nem utolsósorban a tapasztalatcserére.

Az általunk vizsgált workshopok egyik központi eleme az orvosoknak nyújtandó segítség a meggyőzési eszközök és egyéb, kommunikációs technikák elsajátításában, illetve a konfliktuskezelésben.

Az orvosok visszajelzései szerint a tanultak a COPD mellett a többi terápiás területen is jól alkalmazhatók, sőt ez a workshop hiánypótló az orvostovábbképzésben. ■

