

VEŠČINE KOMUNIKACIJE V ODNOSU ZDRAVSTVENI DELAVEC – BOLNIK

mag. Andreja Cirila Škufca Smrdel, univ. dipl. psih.

Onkološki inštitut Ljubljana
askufca@onko-i.si

IZVLEČEK

Veščine komunikacije, ki gredo z roko v roki s strokovnim znanjem zdravstvenih delavcev, so poimenovane tudi kot »temeljni kamen celostne obravnave bolnikov«. Večini bolnikov so zdravstveni delavci najpomembnejši vir informacij o bolezni in njenem zdravljenju, prav tako pa tudi pomemben vir emocionalne podpore pri spoprijemanju z boleznijo. Prikazana modela »5E« in »C-L-A-S-S« opredelujeta poglavitne cilje komunikacije z bolniki ter veščine, ki so pomembne za učinkovito komunikacijo. Predstavljeni so nekateri dejavniki učinkovite komunikacije; pri spoprijemanju z boleznijo raka in njegovim zdravljenjem, ki je čustveno obremenjujoče za vse sodelujoče v tem procesu, lahko namreč učinkovita komunikacija prinese mnoge dobrobiti tako bolnikom kot tudi zdravstvenemu osebju.

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, 5E model, C-L-A-S-S model.

UVOD

Beseda komunikacija izvira iz latinske »communis« in pomeni deliti nekaj skupnega. Komunikacijo lahko opredelimo kot proces, pri katerem si posamezniki izmenjujejo vsebine s pomočjo skupnega sistema simbolov, kot so jezik, geste, znaki. Komunikacija je dvosmeren proces, lahko je verbalna in/ali neverbalna. Komunikacija se razvija skozi čas. Komunikacija v odnosu zdravstveno osebje – bolnik izraža resnico, pri čemer je mnogo dejavnikov, ki ob medsebojni interakciji vplivajo oziroma modificirajo resnico v tem odnosu – ti dejavniki so dejavniki bolnika, zdravstvenega tima in zdravstvenega sistema,

družine, družbe, bolezni in njenega poteka ter možnosti zdravljenja (Surbone, 1997).

Onkološki bolniki imajo danes več možnosti za pridobivanje informacij o bolezni in zdravljenju kot kadarkoli. Kljub temu pa večina bolnikov pričakuje, da bo pomembne informacije pridobila v razgovoru s svojim zdravnikom, medicinsko sestro in ostalim osebjem v zdravstvenem timu (Tattersall, 2002). Le-ti so doživeti tudi kot pomemben vir psihične podpore v procesu spoprijemanja z boleznijo. Prav zato večšine komunikacije, ki gredo z roko v roki s strokovnim znanjem, nekateri poimenujejo tudi »temeljni kamen celostne obravnave bolnikov«. Komunikacija je še posebej pomembna na področju onkologije, saj so pogovori o življenja ogrožajoči bolezni, o napornem in dolgotrajnem zdravljenju s številnimi posledicami, ob pogostih slabih novicah ter pogovoru o smrti in umiranju, emocionalno obremenjujoči tako za bolnika kot tudi za zdravstveno osebje.

Besede lahko predstavljajo bolnikom in njihovim svojcem pomemben vir upanja, spodbude, informacij, kar lahko zmanjšuje občutja negotovosti ter spodbudi proces spoprijemanja z boleznijo. Besede pa lahko tudi zarezajo kot skalpel, če so npr. slabe novice podane brez empatije. Raziskave so pokazale, da ocene zdravstvenih delavcev o lastnih komunikacijskih sposobnostih in ocene le-teh s strani bolnikov niso vedno skladne (Baile, 2011). Veščine komunikacije niso prirojene in se s klinično prakso ne izboljšujejo avtomatično, se jih pa da tudi priučiti.

Veščine komunikacije zdravstvenih delavcev je smiselno razvijati, saj so študije pokazale, da je dobra komunikacija povezana z dobrotmi tako pri bolnikih kot tudi pri zdravstvenem osebju (Baile, 2011; NCI, 2011; Zwitter, 2009). Bolniki namreč ob boljši komunikaciji pridobijo več znanja in boljše razumevanje kompleksnih medicinskih informacij, boljše psihološko prilagoditev, bolj realistična pričakovanja, ob jasnem načrtu zdravljenja se zmanjšajo občutja negotovosti, poveča se občutek, da je situacija »pod nadzorom«. Ob tem lahko bolnik v procesu zdravljenju lažje sodeluje in bolje obvladuje tudi zaplete. Pogosto se vključijo tudi v klinične raziskave. Pomembno je tudi, da se vzpostavijo realnejša pričakovanja bolnikov do možnosti izida zdravljenja. Pri zdravstvenem osebju je ob boljši komunikaciji delo manj stresno, manj je

izgorelosti pri delu, lažji pa je tudi pogovor o pomembnih temah, kot je zaključek npr. specifičnega zdravljenja in prehod v paliativno oskrbo. Boljša komunikacija pomeni tudi manj možnosti za pritožbe in tožbe, z vidika sistema zdravstvene oskrbe pa prinaša znatne prihranke, ko se prihrani nekoristno (ali celo škodljivo) in drago zdravljenje (Zwitter, 2009).

MODELA »5E« IN »C-L-A-S-S« KOT MODELA UČINKOVITE KOMUNIKACIJE MED ZDRAVSTVENIM OSEBJEM TER BOLNIKI

Komunikacija z bolniki zasleduje pet bistvenih komponent, pet veščin, ki so opredeljene kot »5E« model (izhaja iz angleških besed engagement, elicit, educate, emotion ter enlist). V različnih razgovorih z bolniki so posamezne komponente zastopane v različni meri (Baile, 2005; 2011).

Tako je naloga komunikacije zdravstvenega osebja ta, da ob prvem kontaktu z bolnikom vzpostavi medoseben odnos, ki je zaupen in zasleduje cilje – aktivno sodelovanje v zdravljenju (engagement – skupen angažma), pri čemer zdravstveni delavec izhaja iz tega, kaj bolnik že ve o bolezni, koliko zmore vedeti in koliko razume povedano (elicit – poizvedeti). Pomembna naloga zdravstvenega osebja je razložiti in poučiti bolnika o njegovi bolezni in zdravljenju (educate – poučiti). Upoštevanje čustvenega doživljanja pomaga bolniku k boljši emocionalni prilagoditvi in posledično boljši kvaliteti življenja med zdravljenjem (emotion – čustva). Opredelitev načrta zdravljenja ter spodbujanje k aktivni drži v tem procesu (enlist) lahko močno pripomore k doživljanju občutka kontrole nad situacijo tako pri bolniku kot tudi pri njihovih najbližjih.

»5E« model ima svojo praktično uporabo v modelu »C-L-A-S-S«, ki je kratica za specifične komponente, ki so potrebne za doseganje ciljev v razgovoru z bolniki (Baile, 2011).

C – (context and connection/kontakt, povezava)

Prva komponenta modela govori o tem, kaj lahko zdravstveni delavec naredi, da vzpostavi zaupen medosebni odnos tako ob prvem kontaktu z bolnikom kot tudi v nadaljnjih razgovorih. Pri tem niso po-

membne le besede, pomembna so tudi neverbalna sporočila. Ob prvem kontaktu se vedno predstavi; bolnikom veliko pomeni, če se tudi rokuje. Potrebno je pozorno izbrati prostor za pogovor; če le gre, poišče prostor, kjer je lahko sam z bolnikom; poskrbi za čim manj motenj med razgovorom, če ni druge prostorske možnosti, lahko poišče bolj odmaknjen del hodnika. Če bolnik sedi ali leži, ne stoji ob razgovoru z njim, ampak sedi. Med razgovorom ustrezno ohranja očesni kontakt; pozoren je tudi na neverbalno govorico telesa, s katero lahko izkazuje zanimanje in angažiranost za bolnika.

L – (listening skills/poslušanje)

Del komunikacije ni samo govorjenje, je tudi poslušanje! Pomembno vodilo je »vprašaj, preden govoriš« (in seveda poslušaj odgovor). V veliko pomoč so odprta vprašanja, ki so lahko dobro izhodišče za nadaljnji razgovor (npr. »povejte, kako ste«), medtem ko lahko zaprta vprašanja zablokirajo komunikacijo (npr. »ali imate kakšen problem«). Ob poslušanju dobi zdravstveni delavec pomembne informacije s strani bolnika: o njegovih težavah, stranskih učinkih, strahovih, pričakovanjih ... To poznavanje omogoči ustreznejše informiranje, ki je zelo pomembno za skupno sodelovanje v procesu zdravljenja; neskladje med bolnikovimi pričakovanji in medicinskimi dejstvi lahko namreč hitro rezultira tudi v občutjih jeze in drugih negativnih čustvih.

A – (addressing emotions/čustva)

Ko bolniki doživljajo močna čustva (jezo, šok, žalost), je to čustveno obremenjujoče tudi za zdravstvenega delavca. Pred emocionalno nabitimi trenutki tišine se velikokrat zateče k pretiranemu govorjenju. Odziv v smislu »saj bo vse v redu« je lahko pogosta reakcija na čustva drugih (predvsem žalost), vendar jo lahko bolnik doživi kot lažno tolažbo.

Bolnikom pomaga, če zdravstveni delavec ne spregleda močnih čustev, ki jih doživljajo. Interes za bolnikovo razmišljanje in doživljanje lahko pokaže s tem, da vpraša, preden govori (npr. »kako se počutite«, »kako to doživljate«, »kaj v zvezi s tem razmišljate«); včasih lahko

pogovor začne tako, da ponovi bolnikove zadnje, ključne besede ... V pogovor lahko empatično vključi tudi posameznikovo doživljanje (npr. »vidim, da ste vznemirjeni«; »to je bil kar šok, kaj ne«; »težko vam je«). Pomembno je tudi, da »normalizira« razmišljanja in doživljanja ljudi; da pove, npr. da »veliko ljudi tako doživlja«, »veliko bolnikov to pove«. Pomembno je tudi, da se pogovori, kaj narediti v zvezi s tem, če doživljanje bolnika preseže »normalnost«, če pomembno vpliva na njegovo funkcioniranje in kvaliteto življenja ter dosega kriterije psihične motnje.

S – (management strategy/strategije spoprijemanja s situacijo)

Načrt zdravljenja je kot zemljevid za bolnike in njihove svojce. Pomembno je, da se zdravstveni delavec v uporabljenem jeziku približa jeziku, ki ga bolnik razume, se pravi, da ne uporablja žargona ali pa latinskih medicinskih izrazov. Pomembno je podajati informacije »v majhnih delih«, na takšen način, da so razumljene. Pomembno je, da se preveri bolnikovo razumevanje podanih informacij. Zdravstveni delavec lahko spodbudi bolnika, da si ključne besede zapiše. Lahko ga spodbudi, da so ob ključnih razgovorih poleg tudi njegovi svojci (pri čemer je bolnik tisti, ki je ključen pri odločitvi, ali bo kdo poleg njega ob teh pomembnih trenutkih) – dva si zapomnita več kot le eden, kasneje pa imata možnost, da v skupnem razgovoru med seboj preverita, kaj je bilo povedano in kako je bilo razumljeno.

S – (summary/povzetek)

Zadnji korak »C-L-A-S-S« modela opisuje povzetek bolnikovega novega poznavanja stvari (ne le »ali« je razumel, ampak tudi »kaj« je razumel), definiranje nadaljnjih korakov (npr. kdaj je redna kontrola; definira se dosegljivost osebja v zdravstvenem timu v primeru težav), spodbudo bolnikove aktivne drže v smeri zdravljenja, ki lahko močno pripomore k doživljanju občutka kontrole nad situacijo (npr. kaj lahko sam naredi v vmesnem času zase, za svoje zdravje), hkrati pa priložnost za zadnja vprašanja.

K UČINKOVITI KOMUNIKACIJI PRISPEVAJO TAKO DEJAVNIKI BOLEZNI, BOLNIKA, ZDRAVSTVENEGA OSEBJA TER ŠIRŠI SOCIALNI DEJAVNIKI

V komunikaciji je pomembno, da je vsebina sporočila tistega, ki preko verbalnega in neverbalnega vedenja sporoča (oddajnik), čim bolj enaka vsebini sprejetega sporočila (prejemnik). Na to vplivajo številni dejavniki; oddajnika, sprejemnika ter konteksta komunikacije.

Bolniki se razlikujejo po tem, na kakšen način se spoprijemajo z boleznijo in njenim zdravljenjem ter tudi po tem, koliko informacij o svoji bolezni in zdravljenju potrebujejo in želijo. Nekaterim je lažje, če vedo za vsak naslednji korak. Drugi ne želijo biti seznanjeni z vsemi možnimi scenariji in se lažje spoprijemajo s situacijami takrat, ko pridejo. Tako veliko bolnikov išče informacije, se poslužuje različnih virov informacij (svetovni splet, knjižice za bolnike, druga literatura, izkušnje ostalih bolnikov z rakom) ter se želi aktivno vključevati tudi v odločitve glede zdravljenja. Nekateri pa kažejo bolj izogibajoč stil, kjer aktivno ne iščejo informacij (»bo že zdravnik povedal, kaj potrebujem«), se izogibajo branju, pogovorom o bolezni, odločitev glede zdravljenja pa popolnoma prepustijo zdravniku (»bodo povedali, kaj je zame najboljše«). Vendar ta potreba po informacijah ni nekaj trajnega in se lahko spreminja v času zdravljenja in rehabilitacije, pri čemer nekatere raziskave kažejo, da bolniki z bolj napredovalo boleznijo večkrat želijo in iščejo manj informacij.

Dejstvo je, da je ob skopo odmerjenem času pri delu z bolniki ta stil spoprijemanja s situacijo bolezni velikokrat težko oceniti, kar lahko pelje v manj zadovoljujočo komunikacijo in posledično v nezadovoljstvo bolnikov.

Raziskave so pokazale, da na način komunikacije vplivajo tudi dejavniki, kot so starost bolnika, njegova izobrazba, rasa, socialno-ekonomski status (Zuckermann, 2000; McVea et al., 2001; Baile, 2005). Raziskava pri bolnicah z rakom dojke je pokazala, da so starejše bolnice dobile manj informacij kot mlajše (Zuckermann, 2000); z manjšo informiranostjo pa povezujejo tudi različnost v izboru zdravljenja med starejšimi in mlajšimi bolnicami (Linag et al., 2002).

Na komunikacijo pa vplivajo tudi dejavniki zdravstvenega osebja. Tu naj najprej omenimo znanje o komunikaciji. Šele v zadnjem času se

vsebine o veščinah komunikacije vključujejo tudi v študijske programe. V preteklosti so to vrzel poskusili zapolniti predvsem s pomočjo seminarjev in izobraževanj (npr. delavnice o sporočanju slabe novice).

Poleg pomanjkanja znanja o veščinah komunikacije je pomemben dejavnik, ki vodi v manj učinkovito komunikacijo, tudi čustvena obremenitev, ki jo s seboj prinaša delo na področju onkologije. V času svoje poklicne kariere se vsakdo na tem področju neštetokrat sreča s situacijami, v katerih mora podati slabo novico, ko se sreča z lastno nemočjo, ko bolezen kljub vsemu prizadevanju napreduje, ko se srečuje z bolnikovim doživljanjem strahu, jeze, nemoči, zanikanjem ... Ob tem tudi zdravstveno osebje velikokrat doživlja strah, anksioznost, občutja odgovornosti in neuspešnosti (Tattersall, 2002; NCI, 2011).

Ob opisanem emocionalnem doživljanju se tako zdravstveno osebje lahko odzove na različne načine. Lahko s pretirano optimističnimi reakcijami in nerealnimi zagotovili; po drugi strani pa s pretirano objektivnimi, mračnimi sporočili, brez empatije. Lahko se v lastni stiski zateče k mehanizmom izogibanja komunikaciji o slabi novici – odlaša z izgovorom o nadaljnjih preiskavah, ob bolniku se zadrži krajši čas, zateče se v medicinsko izražanje, prepusti nalogo mlajšemu kolegu, zateče se k različnim načinom, s katerimi ne dopusti mnogo prostora za vprašanja in vsebine bolnika. Ti načini blokiranja pogovora so npr. prehitri nasveti, uporaba zaprtih vprašanj, zavračanje na način, da je neko stanje ali doživljanje »normalno«, osredotočanje zgolj na fizično, izogibanje bolnikovim namigom (ki sicer služijo kot iztočnica za razvijanje pogovora v pravo smer in določanje globine razgovora) in na sploh neusmerjanje pozornosti čustvenim reakcijam ali pa celo spreminjanje teme (Havleka, 1998; Baile, 2011; Lunder in Kersnik, 2003).

Na komunikacijo z bolniki pomembno vpliva osebni pogled zdravstvenega osebja, njihova osebna prepričanja, pravila, domneve o sebi, ljudeh, življenju, bolezni in zdravju, umiranju, smislu življenja ipd. Pomembna je psihofizična kondicija zdravstvenih delavcev, prisotnost ev. psihičnih motenj, prisotnost sindroma izgorelosti zdravstvenih delavcev ipd. Močan vpliv imajo socialne predstave o bolezni in umiranju, ki so dominantne v družbenem prostoru. Pomemben je tudi odnos znotraj tima zdravstvenih delavcev.

ZAKLJUČEK – NEKAJ PRAKTIČNIH DEJSTEV ZA LAŽJE OBLIKOVANJE RAZGOVORA Z BOLNIKI

Ker raziskave kažejo, da način in vsebina razgovora pomembno vplivata na posameznikovo sposobnost zapornitve povedanega, Fal-lowfield in Jenkins (1999) zaključujeta:

- bolniki pogosteje priključijo dejstva, ki so bila povedana na začetku konzultacije, kot tista, ki so bila povedana kasneje,
- vsebina, ki jo bolniki ocenjujejo za pomembnejšo, je priklicana bolj natančno (ni pa nujno, da jo kot pomembnejšo ocenjuje tudi zdravstveno osebje),
- večje ko je število povedanih dejstev s strani zdravstvenega osebja, manjši je povprečni odstotek priklicanih vsebin,
- vsebina, ki jo je zmožen bolnik priklicati čez čas, se ne zmanjšuje tako, kot zbledijo ostali spomini.

Onkološki bolniki imajo danes več možnosti za pridobivanje informacij o bolezni in zdravljenju kot kadarkoli. Le-te pa ne morejo nadomestiti osebnega kontakta – večina bolnikov še vedno pričakuje, da bodo pomembne informacije pridobili v komunikaciji s svojim zdravnikom, medicinsko sestro in ostalim osebjem v zdravstvenem timu, ki jih tudi ocenjujejo kot pomemben vir psihične podpore v procesu spoprijemanja z boleznijo. Zato večšine komunikacije, ki gredo z roko v roki s strokovnim znanjem s področja obravnave bolnikov z rakom, nekateri poimenujejo tudi »temeljni kamen celostne obravnave bolnikov«. Ta temeljni kamen bi bilo smiselno negovati tako s posvečanjem več pozornosti razvijanju veščin komunikacije v študijskih programih, kot tudi z razreševanjem čustvenih stisk ob delu z bolniki z rakom, ki pogosto dobijo svoj odsev v manj učinkovitem odnosu in pogovoru z bolniki.

LITERATURA

Baile WB. Communication and Interpersonal Skills in Cancer Care. Dostopno na http://161.58.79.123/education/core_curriculum/en/Baile_comm/player.html. Pridobljeno 27. 1. 2011.

- Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol*. 2005; 17(4): 331–5.
- Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer*. 1999; 35(11): 1592–7.
- Havelka M (ed) *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
- Liang W, Burnett CB, Rowland JH, et al. Communication between physicians and older women with localized breast cancer: implications for treatment and patient satisfaction. *J Clin Oncol*. 2002; 20(4): 1008–16.
- Lunder U, Kersnik J. Sporočanje slabe novice. *Med Razgl* 2003; 42(1): 73–9.
- Maly RC, Leake B, Silliman RA. Health care disparities in older patients with breast carcinoma: informational support from physicians. *Cancer*. 2003; 97(6): 1517–27.
- McVea KL, Minier WC, Johnson Palensky JE. Low-income women with early-stage breast cancer: physician and patient decision-making styles. *Psychooncology*. 2001; 10(2): 137–46.
- National Cancer Institute. Communication in Cancer Care (PDQ®). Dostopno na <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportive-care/communication>. Pridobljeno 27. 1. 2011.
- Surbone A. Information, Truth and Communication. In: Surbone A., Zwitter M. (eds) *Communication with the cancer patient; information and truth*. New York: The New York Academy of Science. 1997: 7–16.
- Tattersall MH, Butow PN, Clayton JM. Insights from cancer patient communication research. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2002; 16(3): 731–43.
- Wallace JA, Hlubocky FJ, Daugherty CK. Emotional responses of oncologists when disclosing prognostic information to patients with terminal disease: results of qualitative data from a mailed survey to ASCO members. *J Clin Oncol*. 2006; 24(18): A-8520.
- Zuckerman DM. The need to improve informed consent for breast cancer patients. *J Am Med Womens Assoc*. 2000; 55(5): 285–9.

Zwitter M. Komunikacija z onkološkim bolnikom. In: Novaković S, Hočevar M, Jezeršek Novaković B, Strojjan P, Žgajnar J. (eds) *Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka*. Ljubljana: Mladinska knjiga. 2009: 214–219.