

KULTURNI VIDIKI KOMUNIKACIJE V ONKOLOŠKI ZDRAVTVENI NEGI

Rajmonda Jankovič, zdr. tehn., dipl. filo in soc. kul.

Onkološki inštitut Ljubljana

Normalno in patološko telo: življenje in smrt

Družbena dinamika sodobnega človeka je po eni strani usmerjena v iskanje in zadovoljevanje vse večjega ugodja, po drugi strani kot posledica prej omenjenega skuša prekriti in izločiti vse, kar zamaje stabilnost hedonističnega modela. To dalje implicira prakso razlikovanja in izključevanja. Skupinska pripadnost potrjuje posameznikovo identiteto in obstoj skupine kot celote, a vendar ni mogoče vzpostaviti meril brez nekoga, ki je »zunaj«, »drugačen«. Torej meril, ki delujejo po principu dvojnosti, npr. lepo/grdo, prijetno/neprijetno, normalno/patološko, užitek/bolečina, ..., in ne nazadnje življenje/smrt. Ponotranjenje teh meril je plod družbenega konstrukta in ne nekaj od nekdanj prisotnega in naravno danega. Tudi z vsakodnevnimi praksami, ki jih prepoznavamo kot nujne za normalno delovanje, delujejo oblastni mehanizmi, ki se jih ne zavedamo. Glede na zapisano izpostavimo dva primera, ki sta v neposredni povezavi z bolnišnico ali točneje z Onkološkim inštitutom (v nadaljevanju OI) – normalno/patološko telo ter življenje/smrt).

Telo lahko pojmuje kot prizorišče simbolne produkcije, saj podoba idealnega telesa ne vključuje le pomena lepega, temveč vključuje tudi pomen moralno estetskega. Kultivacija telesnega oziroma fizična atraktivnost se v naši (zahodni) kulturi povezuje s samonadzorom in z življenjskim stilom. Svoja dejanja, samokreacije telesa s telesnimi režimi, dojemamo kot individualno in svobodno motivirano odločitev. Odločitev je res individualna, toda v resnici je to psevdoidzira, saj z modifikacijo telesa le reproduciramo lepote standarde ter delujemo v okviru danih kulturnih smernic in pritiskov. Znanost in tehnologija nam pomagata pri uresničevanju teh želja.

A v bolnišnici smo soočeni s telesi, ki največkrat niso lepa, temveč so to bolna, postarana, pohabljen, grda ter prekomerno polna telesnih tekočin (znoja, slin, blata, urina). To so torej telesa, ki so skozi ozko optiko sodobnega človeka opredeljena kot patološka telesa. In kot obstajajo ustanove, ki skrbijo in ohranjajo idejo idealnega in normalnega, obstajajo tudi institucije, ki skrbijo za nenormalno in patološko telo. Med te zadnje imenovane lahko uvrstimo predvsem zavode, azile, ..., in bolnišnice, torej nas

Kakor nam znanost in tehnologija pripomoreta k približevanju lepemu, zdravemu in mlademu telesu, tako v nadaljevanju sledi, da nam pomagata pomikati meje starosti ter s tem vzbujati idejo popolnosti, domala nesmrtnosti.

Če pomislimo na množico informacij javnega obveščanja, katerih vsebina je polna smrti

in umiranja, se zapisano bere kot teoretski konstrukt »*Znan Stalinov rek, da je ena žrtev tragedija, medtem ko tisoč žrtev predstavlja statistiko, se izkaže kot zelo ustrezen glede medijskega poročanja o vojni.*«¹ Če je človek preteklosti imel intimnejši odnos do smrti, se sodobni človek o smrti večinoma ne želi pogovarjati, želi jo zamolčati in izriniti iz življenja ter prepustiti naključju. Umiranje in smrt sta postala sprejemljiv dogodek v življenju, če ostaja skrit in prikrit sodobnemu človeku. Smrt je izrinjena iz domačega prostora v prostore bolnišnic.

Čustva in komunikacija

In kdo smo torej mi? Mi, ki smo vključeni v proces, ki ga sodobni človek skuša izriniti iz svoje psihične in stvarne realnosti. Da, res je, smo ljudje, ki smo z različno stopnjo izobrazbe zaposleni v zdravstvu in smo to odločitev morda sprejeli zaradi izraženega čuta za soljudi, morda pa nas je k temu vodila pragmatičnost varne prihodnosti.

Samoumevnost odgovora napeljuje na misel, da je bilo vprašanje retorično. In vendar ravno samoumevnost opozarja na previdnost in ponovni razmislek, kajti kljub dejstvu našega poklica smo ljudje sedanjosti in zato neodtujljivi od čutenja in doživljanja sodobnega človeka. Torej se nahajamo v položaju, ko smo profesionalno, etično in ne nazadnje pravno zavezani pomagati bolnemu in umirajočemu človeku, a smo hkrati notranje vpeti v družbeno dinamiko, ki vidi svojo izpolnitev življenja v območju ugodja. Smo v iskanju ravnotežja med odpravljanjem neugodnja ali/in iskanjem ugodja, in sicer za druge in zase. In ravno iskanje ravnotežja je točka, ki ji nameravamo slediti.

Pravzaprav je iskanje rešitve naša zavezanost, služba in naloga, kajti ljudje, ki vstopajo v bolnišnice, so večinoma prestrašeni, zaradi napredovanja bolezni nezmožni, ali pa zaradi vse večje civilne iniciative in posledično zakonskih določil preprosto pričakujejo ter zahtevajo, da jim nudimo to, kar je naša naloga – strokovno znanje ter čustveno oporo. Zahteve in potrebe bolnih ljudi so nedvoumne. Koliko jih zadostimo in kje so možnosti, da se mi še izboljšamo? Vendar s tem, da ne pozabimo, kako pomembno je imeti, da lahko dajemo, in kako pomembno je dajati toliko, da v dajanju ne poškodujemo sebe. Skratka, to, kar se sliši kot egoistično vodilo, je skrb za zdravstveni kader. Kajti zdravi, z znanjem in s čustvenim ravnovesjem smo lahko boljši in dajemo več. In kakšne so poti v ohranjanju tega?

Nesporno je, da je šolski sistem zdravstvene usmeritve bolj namenjen poznavanju telesa, prepoznavanju simptomov in bolezni ter številnim uram praktičnega dela v različnih zdravstvenih ustanovah. Prav tako je nesporno, da smo zaposleni na OI deležni številnih strokovnih predavanj ter posredovanj, uvajanj in uporab novih pripomočkov za bolj učinkovito in varno delo z obolelimi.

Vendar to ni vse, kar oboleli pričakujejo v času zdravljenja od nas. Pri delu z obolelimi je poleg strokovnopraktičnega znanja potreben še izostren posluš za čustva obolelih in

¹ Salecl R. *Kako sočustvovati z bolečino drugega?* PROBLEMI, 7. 1993; letnik XXXI: 79.

njihovih svojcev. Marsikdaj pomirjujoča beseda in dotik omilita simptome ter umirita nemir. In tu preidemo na področje, na katerem naj bi se od srednjega zdravstvenega kadra pričakovalo osnovno obvladovanje spoznanj teorije čustev in komunikacijskih veščin. Imajo ta pričakovanja realno osnovo?

Na nacionalni ravni srednješolskega izobraževanja je to področje deloma zajeto v predmetih Etika in komunikacija ter Psihologija.

In koliko srednješolsko izobraževanje zadosti specifičnim razmeram dela na OI. Zahteve in potrebe umirajočih in njihovih svojcev so jasne in visoke, a glede na dejansko stanje je to področje, ki je bolj prepuščeno sposobnostim in znanju samega osebja, kot pa načrtnemu doizobraževanju in specializaciji srednjega zdravstvenega kadra. Razvoj na področju razumevanja čustev in komunikacije, torej dveh hitro razvijajočih se znanstvenih ved, je izjemen. Načrtno ter kontinuirano doizobraževanje srednjega zdravstvenega kadra bo vodilo k izboljšanju na različnih nivojih. V prvi vrsti je pomembno razumevanje samih sebe, kajti: **»Dokler človek ne bo dojel svojih čustev, ne bo mogel razumeti samega sebe, pa tudi drugega človeka ne«²**, kajti: **»Da bi se lahko pogovarjali z drugimi, si moramo biti najprej na jasnem s samim seboj.«³**

Mi smo torej izhodišče in središče iz katerega moramo navzven širiti znanje, razumevanje, zadovoljstvo, ... Posledično se to izraža v medsebojnih v odnosih, odnosih z obolelimi, ali rečeno drugače, v izboljšani zdravilnosti, ki izpolnjujeje hkrati naše notranje zahteve ter zahteve vodstva.

Iz zgoraj navedenega lahko povzamemo, da je skrb za kader izjemnega pomena in kot taka bi morala biti plod načrtnega pristopa naše stroke in organizacije. Splošno znano dejstvo namreč je, da so stresni pogoji dela na OI visoki in da moramo vsi, ki smo pripadni kolektivu OI, imeti razvit občutek za sočloveka in za njegovo trpljenje, to je **empatijo**. Empatija je tudi pojem, ki je v strokovnih besedilih, namenjenih razglabljanju o delu z obolelimi, največkrat izpostavljen in močno zaželen. Če prepustimo besedo strokovnjaku, vidimo, da: **»Sposobnost empatije pomaga razumeti druge ljudi, ki doživljajo in izražajo čustva. Na kratko lahko rečemo, da je empatija sposobnost predstavljati si, kako druga oseba doživlja določeno situacijo.«⁴** Za empatijo ni potreben odnos simpatije, je pa potrebno vzpostaviti (za trenutek) proces identifikacije ter poskusiti občutiti isto čustvo, kot ga občuti trpeči človek. Zaradi narave delovnega mesta je torej povsem razumljivo, da je zmožnost izražanja empatije zaželena in celo zahtevana.

A povsem nerazumljivo je dejstvo, da je srednji zdravstveni kader na temu področju prepuščen samemu sebi. Smatramo za nujno, da istočasno našo pozornost usmerimo na razlago čustva, ki ga strokovnjaki imenujejo **profesionalna apatija** in ga definirajo kot: **»Posebno vrsto obrambne apatije kažejo vsi, ki so zaradi narave svojega dela izpostavljeni**

2 Milivojević Z. *Emocije: razumevanje čustev v psihoterapiji*. Novi Sad: Psihopolis institut; 2008: 9.

3 Brajša P. *Pedagoška komunikacija*. Ljubljana: GLOTTA Nova; 1993: 13.

4 Milivojević Z. *Emocije: razumevanje čustev v psihoterapiji*. Novi Sad: Psihopolis institut; 2008: 117.

*rednim stikom s trpečimi ljudmi. Profesionalna ravnodušnost je način, kako profesionalci uravnavajo svoja čustva; pogosto je del poklicne maske in družbene vloge, saj se tako izogibajo temu, da bi zaradi nenehnega dela s trpečimi ljudmi trpeli tudi sami. Podobna obrambna ravnodušnost se pojavi pri ljudeh, ki jih doletijo dolgotrajne množične katastrofe (vojna, bivanje v koncentracijskem taborišču, ...).*⁵

Stalni stresni emocionalni dražljaji namreč lahko med drugim povzročijo dva diametralno nasprotna odziva. Ali je to stanje, ko človek ne zna vzpostaviti distance in ponotrnanj bolečino trpečih, umirajočih ter njihovih svojcev in zaradi tega sčasoma poškoduje samega sebe. Ali pa se zaradi izražene gona po samoohranitvi vzpostavi proces, ki bi ga lahko imenovali robotizacija čustev. Prepričani smo, da izpostavljena načina čustvovanja ne sledita pozitivni razrešitvi psihičnega konflikta znotraj tistega, ki se s trpljenjem srečuje, in prav tako ne tistega, ki trpi. Zaradi nazadnje omenjenega in zaradi velikega števila obolelih se pogosto osredotočamo na primarno dejavnost zdravljenja, torej na kakovostno strokovno izvedeno delo, in zanemarjamo pogovor. Le-ta bi: *»(...) moral predstavljati sestavni del zdravljenja, pa vendar še vedno ni našel pravega mesta znotraj same medicine. Bolniki in njihovi svojci potrebujejo pogovor o svojih strahovih, razbremenitev in ustrezne informacije, na podlagi katerih bi lahko tudi marsikateri strah minil.*⁶

Nikakor ne trdimo, da naša organizacija deluje v duhu nerazumevanja glede izpostavljenega vprašanja, saj imamo Oddelek za psihoonkologijo, a kot meni dr. Z. Snoj, spremljajoča veja medicine *»za svoj nadaljnji obstoj in razvoj nujno rabi boljše, ustreznejše pogoje.*⁷ Prav tako se tovrstni nameni za zadostitev psihoonkoloških potreb kažejo v okviru zdravstvenega standarda. Prvi je bil potrjen leta 2006 za Paliativni oddelek ter je namenjen svojcem bolnikov, za izvajalce svetovanja je predviden le diplomirani zdravstveni kader, s posebnimi znanji psihologije.

In to zadnje imenovano ponovno odseva problem neravnovesja med želenim oziroma zahtevanim in dejanskim stanjem. Srednji zdravstveni kader namreč lahko sledi tem zahtevam bolj na temelju intuitivnega pristopa in izkušenj, kot pa na temelju znanja, ki bi bil plod sistematičnega in kontinuiranega doizobraževanja.

Menimo, da bi v okolje zdravstvene nege morali medse sprejeti strokovnjaka, ki bi s svojim znanjem, s seminarji, z delavnicami o čustvih in komunikaciji pripomogel k uresničevanju *smerni razvoja v prihodnosti*, kot jo vidi pomočnica strokovnega direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe – glavna medicinska sestra Katarina Lokar, prof. zdr. vzg. zdravstvene nege.⁸

5 Milivojević Z. *Simpatija, empatija, antipatija in apatija*. Dostopno na: <http://www.viva.si/clanek.asp?arhiv=1&id=4432>.

6 Ramovš M. *Odnos bolnikov z rakom in njihovih svojcev z zdravstvenim osebjem: Zdravilni pogovori*. NOVICE EURPA DONNA, Revija za zdrave in bolne, Priloga naše žene. 2008: 19.

7 Lobni Z A, Snoj Z. *O podcenjeni psihoonkologiji na Onkološkem inštitutu: vsak tretji je depresiven*. NOVICE EUROPA DONNA, Revija za zdrave in bolne, Priloga Naše žene. 2008;št. 31:31.

8 Lokar K. *Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe bolnikov*. Onkološki inštitut Ljubljana 70 let: 1938-2008:poročilo. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2008: 194.

Rešitev s pomočjo sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije

Zgoraj navedena smer iskanja odgovora, kako izboljšati izobraževalne razmere kadra, in posledično, ali raje vzporedno, kako izboljšati psihično stanje obolenih, je le ena izmed možnosti. V nadaljevanju nameravamo izpostaviti smernico, ki vodi k izboljšanju obstoječega stanja in nam jo pravzaprav nakazujejo oboleni in njihovi svojci. Njihovo informiranost o bolezni, poteku, oskrbi zdravljenja, ..., ter njihovo željnost po pridobivanju dodatnega znanja lahko razumemo kot pot uspešnejšega sodelovanja v procesu zdravljenja in posledično tudi kot delno razbremenitev srednjega zdravstvenega kadra. Naša naloga v tej smeri je omogočiti, vzpostaviti, vzdrževati in razvijati kanal, po katerem bodo potekale informacije. *»Po mnenju nekaterih strokovnjakov lahko do sprememb medicinskega sistema pride le s pomočjo bolnikov in nove komunikacijske kulture, v kateri bolniki pridobijo več samostojnosti in samospoštovanja.«*⁹

Prav transparentnost odgovora v iskanju kanala ali nove komunikacijske kulture potrjuje rek, da je tisto, kar je najbolj očitno, očem najbolj skrito. Namreč, letos mineva dvajset let proste uporabe interneta. In koliko sami izkoriščamo ter posredujemo ugodnosti sodobnih (računalniških) tehnologij?

V naslednjih nekaj vrsticah se ne nameravamo osredotočiti na velikega PIAR predstavnika, torej na spletno stran OI, temveč na intranet, ki predstavlja notranji komunikacijski kanal, namenjen zaposlenim v organizaciji. Namen intraneta je hitrejše posredovanje in izmenjevanje informacij, znanj, raziskovanj, ali gledano širše, povezovanje zaposlenih. Povezovanje pa oblikuje osrednje identifikacijsko torišče, ki pomembneje vpliva na dinamiko zaposlenih in v okviru nazadnje omenjenega na delovno zadovoljstvo ter uspešnost. Toliko bolj, kolikor se ne prepoznavamo samo kot opazovalci dogajanja, temveč kot soustvarjalci. Smiselno bi bilo zato preveriti, v kakšnem obsegu zaposleni, predvsem srednji zdravstveni kader, sooblikuje intranetni strani knjižnice wiki ter onkopedija ter razmisliti o razširitvi intranetne »ponudbe«

Morda bi le še izpostavili predavanja, na katera smo še vedno vezani izključno v obliki fizične prisotnosti. Možnosti, ki jih pridobimo, in sicer v premo sorazmerju z vloženim trudom in denarjem, s snemanjem strokovnih predavanj in njihovih zapisov v DVD obliki ter z ustanovitvijo knjižničnega fonda DVD zapisov, tu niti ne bomo naštevali. In nazadnje omenjeno niti ne moremo umestiti med najsodobnejše tehnološke pristope, ki v tem obdobju dosegajo izreden razvoj ter postajajo vse bolj dostopni in uporabnikom prijazno naravnani.

In če se vrnemo k obolenim in k njihovim svojcem je torej naša odgovornost, da omogočimo komunikacijsko mrežo (internetni portal), ki bo omogočala pridobivanje novih spoznanj in učenja o bolezni tudi na tak način. Seveda si v tem trenutku ne

⁹ Ramovš M. *Odnos bolnikov z rakom in njihovih svojcev z zdravstvenim osebjem: zdravlilni pogovori. NOVICE EUROPA DONNA, Revija za zdrave in bolne, Priloga Naše žene. 2008; št. 31: 19*

znamo predstavljati, da bi lahko tehnologija nadomestila toplino človeškega glasu, a statistični podatki so neizprosni in zahtevajo naš odgovor. Imamo znanje, izkušnje in tehnologijo in po našem mnenju je le še stvar iniciative in organizacije, da odgovorimo na potrebe obolelih in njihovih svojcev ter jim na tak način omogočimo stopiti na pot večje samostojnosti in seveda ne nazadnje s tem vsaj deloma razbremenimo zaposlene. Dodali bi le še to, da je zgoraj izpostavljena informacijsko-komunikacijska smer le okvir, ki omogoča in nudi številne možnosti razvoja v tej smeri.

Naša osnovna naloga je skrb za obolele in večja informiranost le-teh, kar ne prinaša le večjega sodelovanja v procesu zdravljenja, pač pa tudi »nadzor« nad našim strokovnim delom. Le-to in Zakon o pravicah pacientov, ki je bil sprejet v letu 2008, moramo vzeti kot spodbudo za dodatno skrb pri odpravljanju morebitnih nepravilnosti, ki se lahko dogajajo v procesu zdravljenja obolelih. Da se to dogaja, nas opozarja tudi dr. M. Vrabl¹⁰, ki kot stalni sodni izvedenec za kirurgijo in travmatologijo, predavatelj na ljubljanski medicinski fakulteti in predsednik Združenja za zavarovalniško medicino, v tem kontekstu izpostavlja le (ne)strokovnost zdravnikov. Mi bi v ta namen raje uporabljali v svetu čedalje bolj uveljavljeni izraz iatrogeneza¹¹, ki izpostavlja nepravilnosti vseh sodelujočih v procesu obravnave obolelih. Posledice iatrogeneze se že kažejo v nam daljnih (ZDA) in/ali bližnjih (Italija) državah, in sicer v obliki smrtnih izidov obolelih, v dodatnih obolenjih tistih, ki so nam zaupali zdravljenje, ter ne nazadnje v milijonskih odškodninah. Menimo, da bi v naši organizaciji morali upoštevati problematiko, ki se pojavlja drugod po svetu, in iskati sistemske rešitve, ki bi omogočale, da bi bil ta pojav pri nas prisoten v čim manjšem obsegu. Preveriti moramo, kje se pojavljajo šumi v komunikaciji, in poiskati rešitve za odpravljanje le-teh. Naši najboljši sogovorniki za iskanje napak in za odpravljanje le-teh so zaposleni. V našem primeru je to srednji zdravstveni kader, katerega naloge so znane, zato se ne bomo podrobneje razpisali o tem, pač pa nameravamo izolirati le del, ki je po našem mnenju možen izvor napak.

In sicer, ključna navodila, ki jih dobivamo za delo s pacienti ter beleženje z naše strani opravljenega dela in opažanj, so temperaturni listi, ki so hkrati uradni dokument. Pomembnost preglednosti je ključnega pomena in ne bi smela vzbujati najmanjšega dvoma tako glede jasnosti navodil kot glede zabeležk opravljenega dela. Vendar to ni vedno tako. Zaradi tega bi bilo smiselno razmišljati o izboljšavah. Vidimo jih v tem, da v naš proces dela vključimo dosežke sodobne računalniške tehnologije, mobilne terminale, ki bi nam omogočili boljše komunikacijo tudi na tem področju, večjo preglednost, boljše nadzorovanost dela, reševanje problema arhiviranja in dostopnost ter seveda, kar je najpomembnejše, zmanjšali bi možne napake pri zdravljenju obolelih, kar je naš osnovni cilj.

10 Zajec D. Medicinske napake v Sloveniji: uradnih statistik ni: vedno več je upravičenih zahtevkov zaradi strokovnih napak. Delo, 29. 12. 2008.

11 Dostopno na: <http://www.iatrogenic.org/>

Literatura:

- Brajša P. Pedagoška komunikacija. Ljubljana: GLOTTA Nova; 1993.
- Iatrogeneza. Dostopno na: <http://www.iatrogenic.org>, <http://www.iatrogenic.org/define.html> (1.12.2008)
- Lobnik ZA, Snoj Z. O podcenjeni psihoonkologiji na Onkološkem inštitutu Ljubljana: vsak tretji je depresiven. *Novice Europa Donna*. 2008; št. 31: 29-31.
- Lokar K. Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe bolnikov. Onkološki inštitut Ljubljana 70 let: 1938-2008: poročilo. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2008.
- Medical malpractic. Dostopno na <http://www.en.allexperts.com/q/Medical-Malpractice-925/Medical-Malpractic.htm> (1.12.2008)
- Milivojević Z. Emocije: Razumevanje čustev v psihoterapiji. Novi Sad: Psihopolis institut; 2008.
- Milivojević Z. Simpatija, empatija, antipatija in apatija Dostopno na <http://www.viva.si/clanek.asp?arhiv=1&id=4432> (1.12.2008)
- Ramovš M. Odnos bolnikov z rakom in njihovih svojcev z zdravstvenim osebjem: Zdravilni pogovori. *NOVICE EUROPA DONNA*, Revija za zdrave in bolne, Priloga naše žene. 2008; št.31: 18-19.
- Salecl R. Kako sočustvovati z bolečino drugega? *PROBLEMI* 7. 1993; letnik XXXI: 75-83.
- Zajec D. Medicinske napake v Sloveniji: uradnih statistik ni: Vedno več je upravičenih zahtevkov zaradi strokovnih napak. *Delo*, 29. 12. 2008.