

**Univerza v Ljubljani
Medicinska fakulteta
Katedra za družinsko medicino**



IZBRANA POGLAVJA IZ SPORAZUMEVANJA

UČNO GRADIVO

za študente 1. letnika medicine in dentalne medicine

Prva izdaja

Ljubljana, junij 2015

IZBRANA POGLAVJA IZ SPORAZUMEVANJA

UČNO GRADIVO ZA ŠTUDENTE 1. LETNIKA MEDICINE IN DENTALNE MEDICINE

1. izdaja

Urednica: Marija Petek Šter

Avtorji: Martina Tomori, Marija Petek Šter, Davorina Petek, Marko Kolšek

Recenzenta:

Prof. dr. Igor Švab, dr. med., višji svetnik

Prof. dr. Peter Pregelj, dr. med.

Izdala: Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani v obliki elektronskega vira



Vsebina

| | |
|---|----|
| Recenzija 1 | 4 |
| Recenzija 2 | 4 |
| Predgovor k prvi izdaji | 5 |
| Pomen sporazumevanja v medicini | 6 |
| Teoretična izhodišča, pomembna za sporazumevanje v medicini | 9 |
| Odnos do telesa | 9 |
| Odnos do zdravja in bolezni | 13 |
| Vpliv bolezni družinskega člana na družino | 17 |
| Temeljna pravila obnašanja zdravnika pri delu z bolniki | 20 |
| Tehnike sporazumevanja | 24 |
| Intervju | 24 |
| Posvet v medicini | 28 |
| Osnove motivacijskega pogovora | 34 |
| Sporazumevanje s posameznimi skupinami bolnikov | 38 |
| Sporazumevanje ob akutnih primerih | 38 |
| Sporazumevanje s kroničnim bolnikom | 41 |
| Sporazumevanje z otrokom | 45 |
| Sporazumevanje s starostnikom | 48 |
| Sporazumevanje v dentalni medicini | 53 |
| Priporočena literatura: | 57 |
| Uporabljeni viri: | 57 |

Recenzija 1

Recenzija 2

Predgovor k prvi izdaji

Z bolonjsko prenovno študija v študijskem letu 2009/2010 je mesto v predmetniku na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani dobil nov predmet - Sporazumevanje. Namen predmeta je študente medicine in dentalne medicine naučiti razumeti vlogo sporazumevanja kot pomembnega dela obravnave bolnika, ga naučiti osnovnih načel sporazumevanja z zdravim človekom in bolnikom ter mu omogočiti, da se zaveda pomena vzpostavitve dobrega odnosa z bolnikom in kolegi. Ključna sprememba, ki jo nov predmet prinaša je tudi možnost stika z bolnikom že od začetka pouka ter učenje tudi zunaj izključno univerzitetnih institucij s pomočjo mentorjev, ki so strokovnjaki za svoje področje dela, jim pa ni potrebno izpolnjevati akademskih meril za fakultetni položaj.

O sporazumevanju z bolniki je na voljo veliko literature, ki pa je, žal, zgolj klinično usmerjena in zato manj primerna za študente, ki šele vstopajo na medicinsko fakulteto in še nimajo kliničnega (pred)znanja in prakse. Ta vrzel nas je spodbudila k pripravi gradiva za študente prvega letnika, v katerem želimo zgoščeno predstaviti nekatera teoretična izhodišča pristope k sporazumevanju z zdravim človekom in bolnikom ter posameznimi skupinami bolnikov, s katerimi se študent v sklopu praktičnega dela pouka sreča.

Učno gradivo je razdeljen v štiri sklope:

- Pomen sporazumevanja v medicini
- Teoretična izhodišča, pomembna za sporazumevanje v medicini
- Tehnike sporazumevanja
- Sporazumevanje s posameznimi skupinami bolnikov

Poglavja so oblikovana tako, da so na začetku vsakega od njih predstavljeni osnovni pojmi, ki so v prispevku podrobneje razdelani, poglavje pa se zaključuje s povzetkom ključnih sporočil. Priporočena literatura je navedena na koncu in predstavlja vir za dodaten študij in študentu omogoča širši vpogled v obravnavano področje.

Zavedamo se, da s pričujočim učnim gradivom nismo zajeli vseh vsebin, ki so za sporazumevanje bodočega zdravnika potrebne, osredotočilo smo se pretežno na tiste vsebine, ki jih mora študent znati, da lahko sledi vajam in seminarju.

Marija Petek Šter

Ljubljana, junij 2015

Pomen sporazumevanja v medicini

Marija Petek Šter

Pojmi:

zgodnji stik z bolnikom
veščine sporazumevanja
empatija
profesionalizem

Uvod

Od sodobnega zdravnika se ob dobrem kliničnem znanju pričakujejo tudi komunikacijske sposobnosti, ki pripomorejo k vzpostavitvi odnosa z bolnikom, doseganju empatije in v bolnika usmerjeni obravnavi. Osnovnih veščin sporazumevanja se naučimo v družini; na razvoj veščin sporazumevanja imata pomemben vpliv vzgoja in stopnja v razvoju - od otroštva do odraslosti. Pomembno vlogo v sporazumevanju med bolnikom in zdravnikom igrajo izkušnje, zato je pomembno, da s bodoči zdravniki začnejo učiti višine sporazumevanja že na začetek študija medicine.

Zakaj je dobro sporazumevanje v medicini pomembno?

Dobro sporazumevanje prispeva k boljši kakovosti oskrbe. Zdravnik, ki se zna dobro sporazumevati bo uspešnejši pri postavitvi diagnoze in zdravljenju, lažje bo prepoznal in se odzival na čustvene težave svojih bolnikov, njegovi bolniki bodo bolj zadovoljni in se bodo počutili manj negotovo ter bodo bolj verjetno sledili zdravnikovim navodilom.

Po drugi strani pa je neustrezno sporazumevanje glavni razlog za pritožbe bolnikov. Bolniki, ki niso medicinski strokovnjaki, se težko pritožujejo nad strokovnostjo dela zdravnika, zlahka pa opazijo napake v sporazumevanju. Glavni razlogi pritožb, ki jim je vzrok neustrezno sporazumevanje, so:

zdravnik me ni poslušal
nisem prejel potrebni informacij
zdravnik ni upošteval mojega mnenja in ni izražal pričakovanega spoštovanja do mene

Pogoji za dobro sporazumevanje z bolnikom

Za uspešno sporazumevanje je potrebno vzpostaviti ustrezen odnos med sogovornikoma, se postaviti in vživeti v položaj drugega (empatija) in pogovor prilagajati bolniku.

Vzpostavitev odnosa

Primeren odnos med bolnikom in zdravnikom je ključnega pomena za uspešno zdravljenje. Sporazumevanje pripomore k vzpostavitvi odnosa, po drugi strani pa primeren odnos močno olajša sporazumevanje. Odnos med bolnikom in zdravnikom se oblikuje skozi celoten

posvet, in se krepí pri vsakem ponovnem posvetu z istim bolnikom. Če se z bolnikom pogovarjamo prvič, je potrebno uvodni del pogovora nameniti vzpostavitvi odnosa in nato preko posveta odnos še krepiti.

Empatija

Empatija je racionalno in čustveno dogajanje, eden ključnih dejavnikov v podpornem komuniciranju, zmožnost postavljanja v položaj drugega in vživljanja vanj. Odnos (občutenje) simpatije ni pogoj za doživljanje empatije. Empatija ima kognitivno dimenzijo (zmožnost menjave perspektive), čustveno (vživljanje v čustvovanje drugega) in etično dimenzijo (dobronamernost, skrb za blagostanje drugega). Prava empatija je mogoča le ob upoštevanju medosebne različnosti, ob zavestni nameri, da oseba poskuša odkriti to različnost pri drugem. Empatija predstavlja močno terapevtsko orodje in se je mogoče naučiti ob upoštevanju naslednjih priporočil:

vzdrževanje očesnega stika s bolnikom in primeren položaj telesa in ton glasu
pozorno poslušanje

pozorno spremljanje in odzivanje na bolnikove verbalne in neverbalne namige

razumevanje bolnikovega stanja; npr. Bolnik pove, da mu je oče umrl zaradi srčnega infarkta v času, ko je bil na potovanju v Indiji. Zdravnik se odzove: To pa je moralo biti za vas težko obdobje.

V bolnika usmerjena obravnava

V obravnavo je potrebno vključiti bolnika in se pri predlaganem zdravljenju v okviru strokovnih izhodišč prilagajati bolniku z namenom največje možne koristi za bolnika ob spoštovanju bolnikove avtonomije. Obstaja vse več dokazov, ki potrjujejo, da v bolnika usmerjen način sporazumevanja prispeva k večjemu zadovoljstvu bolnikov, boljšemu sodelovanju pri zdravljenju in boljšim izidom zdravljenja.

Sporazumevanje kot del profesionalizma zdravnika

Študentje medicine ob začetku študija na medicinski fakulteti še nimajo kliničnega znanja za obravnavo bolnikov, jih pa že zavezujejo etične in moralne norme, ki veljajo v zdravniškem poklicu in so podlaga za profesionalizem zdravnikov. Profesionalizem pomeni pogodbo med stroko in družbo in je posledica kompleksnega znanja, veščin, vrednot, klinične presoje in emocij v dobrobit posameznika in družbe. Profesionalizem zdravnikom daje poseben status v družbi in moralno zavezo, da bo zdravnik spoštoval temeljna načela profesionalizma, ki so:

Načelo primarne koristi bolnikom. To načelo temelji na služenju interesom bolnikov (altruizmu). Altruizem prispeva k vzpostavitvi zaupanja med bolnikom in zdravnikom.

Načelo avtonomije. Zdravnik mora brezpogojno spoštovati bolnikovo voljo, potem, ko je bolnika na razumljiv način seznanil s svojimi postopki ob pogoju, da je bolnik razumel pomen predlaganega zdravstvenega postopka in je sposoben sprejeti odločitev.

Načelo socialne pravičnosti: Zdravstveni delavci morajo promovirati pravičnost v sistemu zdravstvenega varstva, vključno s pravilno in pravično razporeditvijo finančnih in drugih virov.

Zaključek in povzetek ključnih sporočil

Sporazumevanje je v medicini prav tako pomembno kot dobro klinično znanje. Dobro sporazumevanje pripomore k vzpostavitvi zaupnega odnosa z bolnikom, zaupen odnos pa olajša nadalje sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom, še zlasti, ko pogovor nanese na občutljiva področja.

Uvajanje zgodnjega stika z bolnikom lahko pripomore k oblikovanju sočutnih in odgovornih zdravnikov. Študentom omogoča, da se srečajo s »pravimi« bolniki v okolju, kjer njihovo življenje in / ali zdravljenje poteka. Z zgodnjim stikom z bolnikom je mogoče študentom v zgodnjih letnikih študija medicine olajšati pot do znanja, veščin in stališč, ki so potrebna za ustrezen profesionalen odnos zdravnika in večina sporazumevanja predstavlja eno od ključnih kompetenc profesionalnega odnosa.

Teoretična izhodišča, pomembna za sporazumevanje v medicini

Odnos do telesa

Martina Tomori

Pojmi:

zgodnje izkušnje
življenjsko obdobje
bolečina, dotik

Uvod

Človekov odnos do lastnega telesa je sestavni del samopodobe, celostne predstave o sebi. Je njen najbolj konkreten del, povezan z občutji lastne vrednosti, povezanosti s svetom in drugimi ljudmi, posameznikovim odnosom do ugodja in neugodja in stika z drugimi ljudmi.

Razvoj odnosa do telesa

Odnos do telesa se razvija in oblikuje vse življenje ob različnih izkušnjah in dogajanjih, v katera je posameznik vključen. V prvih mesecih življenja otrok svojega lastnega telesa še ne ločuje od okolja. Ko raziskuje svoje telo, raziskuje okolje. Čutenje in razumevanje se pri njem še prepletata. Šele po četrtem mesecu starosti je otrok sposoben dojemati mejo med svojim telesom in predmeti v okolju. Občutja v lastnem telesu (lakota, hlad, napetost v trebuhu) postopoma niso več edini vir čutnih izkušenj. Z razvojem gibanja in zmožnosti za vstopanje v prostor okoli sebe, vse bolj dejavno povezuje svoje telo z okoljem. S potekom telesnega in duševnega razvoja ter socializacijo, se človek uči dojemati, zastavljati in upoštevati meje med svojim telesom in okolico. Do svojega telesa razvija vse bolj dejaven odnos in ga spoznava tudi za zbiranje pomembnih psihičnih izkušenj (s telesno dejavnostjo se sprosti, s hranjenjem doživlja ugodje, s telesnim naporom se preizkuša in krepi). V adolescenci je na svoje telo še posebno pozoren, saj pospešeno telesno zorenje vpliva tudi na njegovo socialno vlogo in spolno identiteto. Takrat je od meril in vrednostnega sistema svojega socialnega okolja in še posebno svojih vrstnikov najbolj odvisen. V zgodnji odraslosti, ko so v ospredju zelo stvarni motivi in življenjske naloge, je človek za ranljivost svojega telesa manj občutljiv, bolj mu je pomembno telo v estetskem (in zato socialnem) smislu, in to, kaj mu telo omogoča (napor, vzdržljivost). V srednjem življenjskem obdobju lahko postane telo vir skrbi, negotovosti in težav. Različne zdravstvene težave in upad telesne moči lahko močno preusmerijo pozornost posameznika na njegovo telo tudi z drugih življenjskih vsebin. V starosti je človekov odnos do telesa zelo odvisen od vseh predhodnih izkušenj in dejavnosti povezanih s telesom, pa tudi od konkretnega zdravstvenega stanja.

Vplivi na pojmovanje in doživljanje svojega telesa

Na oblikovanje odnosa do telesa posameznika vplivajo zgodnje izkušnje, še posebej družinske, saj takrat vzpostavi povezanost odnosa do svojega telesa z občutji bližine, dotika,

povezanosti z drugim bitjem, doživljanjem ugodja in neugodja, bolečine, napora, lastne moči ali doživljanje lastne potrebe po intimnosti in zasebnosti in ranljivosti in spoštovanja zasebnosti drugega človeka. Na oblikovanje odnosa do telesa pa vplivajo tudi kulturna merila in vrednostni sistem socialnega okolja. Telo je človeku lahko prijatelj in zaveznik pri razvijanju pomembnih življenjskih vrednot in izpolnjevanju želja in teženj, del sebe, ki ga je vredno negovati, varovati in razvijati, ali pa vir skrbi, neugodij, odporov in bojazni glede lastne ranljivosti in umrljivosti.

Kako človek pojmuje in doživlja svoje telo, odločilno vpliva odnos do vsega telesnega, ki ga je spoznaval in sprejemal v svoji družini že od otroštva naprej. Če so njegovi domači izkazovali naraven, sproščen in dejaven odnos do telesa, če v zvezi z telesom (goloto, videzom, posameznimi deli telesa, higieno, dotikom) niso razvijali tabujev, je že otrok lahko razvil ustrezen odnos tako do svojega telesa, kot do telesa drugih ljudi. S telesom ne povezuje zadrege, sramu ali drugih neugodnih občutij. Odnosa do svojega telesa se večina ljudi pravzaprav ne zaveda – a vendarle se ta zrcali v njegovem pojmovanju samega sebe, medosebnih odnosih, življenjskih navadah, motivih in dejavnostih. Še posebno pomembno vlogo pa ima posameznikov odnos do telesa, kadar je ogroženo ali prizadeto njegovo zdravje. Vprašanja zdravja in boleznih neposredno vplivajo na to, kako človek doživlja svoje telo in kako dejavno z njim ravna.

Bolečina

Težko si je zamisliti katerokoli človekovo izkušnjo, pri kateri bi bilo telesno in duševno med seboj tako povezano in medsebojno odvisno, kot je pri bolečini. Telesni mehanizem zaznavanja in čutenja bolečine je sorazmerno enostaven: dražljaj, ki izvira iz zunanosti ali tudi notranosti telesa vzdraži živčne končiče, ki preko živčnih poti v hrbtenjači prenašajo impulz do možganov, da se človek bolečine zave in jo lokalizira.

Bolečina je v bistvu zaščiten, varovalen pojav. Ker vzbudi neugodje, spodbudi človeka k ustreznemu obrambnemu oziroma primerno samozaščitnemu vedenju.

Mnogo bolj kot *telesni* del bolečine, pa so zapletene duševne razsežnosti te izkušnje. Kaj vpliva na različno dojetje bolečine, na »*bolečinski prag*«, na to, koliko in kakšno bolečino človek prenese in vzdrži, kako se odziva nanjo, kako bolečina vpliva na druga področja njegovega doživljanja in vedenja?

V tem, kako se odzivamo na bolečino, se ljudje zelo razlikujemo že v skladu s svojimi splošnimi osebnostnimi lastnostmi. Ob individualnih razlikah vplivajo na doživljanje bolečine tudi aktualno počutje in duševno stanje posameznika (človek, ki je napet, zaskrbljen ali pod stresom, je za bolečino bolj občutljiv in bolj odziven nanjo), njegovo razumevanje vzroka za bolečino (neznani vzrok povečuje neugodnost bolečine), predvidljivost poteka bolečine, pomen vira bolečine in možnost vpliva na bolečino.

Človek, ki je npr. seznanjen z namenom neke potencialno boleče zdravstvene preiskave (ki bo prinesla možnost zdravljenja) dosti lažje vzdrži neizogibno bolečino kot tisti, ki niti ne ve, kakšen je namen mučnega pregleda. Če bolečino pričakuje, ve za potek intervencije in njen smisel ter korist, pri preiskavi pa tudi bolj ustrezno sodeluje. Otrok, ki mu zobozdravnik pove, da bo z vrtanjem v zob prenehal, ko bo otrok dvignil roko, če mu bo preveč neprijetno – dosti dalj časa vzdrži z odprtimi usti kot tisti, ki se počuti povsem nemočnega ob pasivni izpostavljenosti neprijetnosti nepredvidljivo dolgotrajnega vrtanja.

Na doživljanje bolečine in odziv nanjo, pa vplivajo tudi drugi dejavniki. Oseba, ki ima

izkušnjo, da je bila zaradi kakšnega telesnega neugodja deležna velike pozornosti, tolažbe in sočutja, se bolečini bolj preda kot tista, ki je morala s telesnimi neugodji opraviti z lastnimi močmi. Odnos okolja do človekove občutljivosti in vloga v medosebnih odnosih sicer ne vplivata na čutenje in doživljanje bolečine, lahko pa odločilno (so)oblikujeta posameznikov zunanji odziv in vedenje ob zaznavanju bolečine.

Zdravnik – ob vseh drugih izkušnjah s svojim bolnikom – zaznava tudi njegove značilnosti v odnosu do bolečine. Najbolj mu jo pomaga prenašati tako, da prepozna in upošteva individualnost njegovega odziva na bolečino, mu jo obrazloži in ga seznani s predvidevanjem glede jakosti in trajanja ter mu opiše in zagotovi vse strokovne možnosti za lajšanje bolečine.

Dotik

Pri večini zdravstvenih posegov je dotik sestavni del dogajanja med zdravnikom in bolnikom. Ker je doživljanje vsakega človeka ob dotiku tako osebna in posebna tema je prav, da se tudi zdravnik zaveda, kaj to njegovemu pacientu pomeni.

Dotik je v doživljanju in pojmovanju človeka tako pomemben zato, ker izhaja iz prvih izkušenj stika z zunanjim svetom. Povezan je z doživljanjem občutka varnosti, sprejetosti in medsebojne bližine, ugodja, tolažbe in zagotovljene izpolnitve osnovnih potreb. Lahko pa se povezuje tudi z izkušnjo neugodja, bolečine, pričakovanja nečesa neprijetnega ali celo ogroženosti.

Človekovo doživljanje dotika je tesno povezano z njegovim odnosom do bližine pri medosebnem odnosu. Ljudje različno prenašamo bližino z drugim človekom, različno jo potrebujemo in si je želimo. To dokazuje dejstvo, da se ljudje razlikujemo tudi po tem, kakšen »varovalni obroč« (medsebojno razdaljo, prazen prostor med seboj in drugim človekom) potrebujemo ob medosebnih stikih.

Seveda je to doživljanje zelo odvisno od konkretnega človeka s katerim smo v stiku in medsebojne narave odnosa, od okoliščin in trenutnega počutja, kljub temu pa je to, koliko bližine nekdo želi, prenaša in potrebuje, značilno za vsakega človeka posebej. Nekateri že možnost bližine drugih ljudi spravi v stisko, neugodje in odpor ter tesnobo; izogibajo se okoliščinam, kjer na bližino z drugimi ne bi mogli vplivati, trpijo na javnem prevoznem sredstvu ali v čakalni vrsti. Drugim pa je tesna bližina pogoj za občutje varnosti in gotovosti, pomirja jih in jim omogoča notranje ravnovesje. Iščejo telesno bližino, se drugega dotikajo, ga trepljajo, ne glede na to, v kakšnem odnosu so z njim.

Večina ljudi je nekje vmes. Pravo, tesno bližino si želijo in jo tudi razvijajo v tistih odnosih, ki so za njih čustveno pomembni in z ljudmi, s katerimi si delijo pomembne vsebine življenja – v partnerstvu, družini, tesnem prijateljstvu.

Zdravnik mora občutljivo zaznati značilnosti v doživljanju (potrebe, odporu) bližine pri vsakemu od svojih bolnikov posebej. To mora spoštovati in taktno upoštevati tudi pri vsakemu ravnanju, ki ga zahteva zdravstvena intervencija.

Dotik je eden od izrazov in dokazov zelo različnih vrst medsebojne bližine. Sporoča lahko o prijateljski naklonjenosti, spodbudi, pokroviteljskemu odnosu, zaščiti, doživljanju telesne privlačnosti. Ljudje zelo občutljivo, čeprav čisto nezavedno, znamo prebrati sporočila dotika druge osebe in ga razumemo kot zelo pomembno, nebesedno sporočilo.

Pravilo, da mora zdravnik poskrbeti, da se svojega bolnika dotakne s toplimi rokami, pove veliko. Kaže na to, da zdravnik upošteva, kako bo bolnik njegov dotik doživel. Govori tudi o

tem, da je zdravnik odgovoren za to, kako njegov bolnik doživlja vstop v svojo intimnost, brez katerih večine zdravstvenih intervencij ni mogoče izvesti. Zdravnik, ki se tega zaveda, se zna pri svojih strokovnih posegih dotakniti bolnika tako, da s tem ne povzroča nepotrebne bolečine, neugodja ali odpora.

Zaključek s povzetki ključnih sporočil

Razvoj odnosa do telesa poteka v povezavi z razvojem drugih duševnih in socialnih funkcij posameznika in ob njegovih različnih življenjskih izkušnjah.

Na doživljanje bolečine poleg telesnih dejavnikov in resnega vzroka za bolečino vplivajo tudi različni splošni in aktualni osebni psihološki dejavniki.

Dotik je pomembno sporočilo v medosebnih odnosih. Večina zdravstvenih posegov je povezana z dotikom, zato morajo biti zdravstveni delavci pozorni na psihološki pomen dotika in temu občutljivo prilagoditi izvajanje svojih posegov.

Odnos do zdravja in bolezni

Martina Tomori

Pojmi:

zdravje, bolezni
zdrave navade
sodelovanje pri zdravljenju

Uvod

Vsak človek ima svoj, zanj značilen odnos do zdravja in bolezni. Ta je povezan z njegovim odnosom do sebe nasploh, do svojih močnih in šibkih plati, ob doživljanju svojega telesa in bolečine. Odnos do zdravja in bolezni se v poteku življenja oblikuje na podlagi vpliva izkušenj z lastnimi zdravstvenimi težavami in boleznijo najbližjih. Na ta osnovni odnos do zdravja, bolj kot poučenost oziroma razgledanost na tem področju, vplivajo osebne značilnosti posameznika.

Odnos do zdravja

Odnos do zdravja se odraža pri vsakodnevnih navadah in načinu življenja. Posebno izrazito pa se kaže tudi v tem, kako nekdo prenaša svoje bolezenske težave, kako ravna kadar zboli, kako se odziva na bolezen drugih ljudi in kako sodeluje pri zdravljenju.

Nekateri ljudje so izjemno pozorni na vsako, še tako majhno spremembo v svojem počutju. Natančno se opazujejo in se občutljivo odzivajo nanjo. Že manjše zdravstvene tegobe vzbudijo v njih skrb in strah, povsem se posvetijo svoji težavi in zaradi nje zanemarijo mnoge druge vsebine svojega vsakdana. S svojim zdravstvenim stanjem so preobremenjeni, podrobnosti razlagajo vsakomur, ki jih je pripravljen poslušati. Kadar so zares bolni, ravnajo pretirano v eno ali drugo smer. Strah jih ohromi in se – bolj nemočni kot je to v skladu z njihovim resničnim stanjem – popolnoma predajo tistemu, ki mu zaupajo, ali pa se na svoj način in po svojih prepričanjih sami lotijo »zdravljenja«, menjajo metode in iščejo vedno nova in nova zdravila.

Drugi spet, čutijo do bolezni in vsega kar je z njo povezano, velik odpor. Če občutje svoje lastne vrednosti povezujejo s pojmom absolutnega zdravja, se ob vsaki zdravstveni težavi počutijo šibke in ogrožene v svoji samopodobi in težavo zanikajo sebi in drugim. Ko zbolijo, ne upoštevajo terapevtskih navodil, prehitro opustijo terapijo z zdravili in želijo čim prej vzbujati vtis, da jim pravzaprav nič ne manjka. Tudi drugim – takrat, ko ti zbolijo – nekako zamerijo njihovo nemoč.

So pa tudi taki, ki jim zdravje ne pomeni dosti (vsaj do takrat ne, ko resno zbolijo). Za svoje zdravje ne naredijo nič, opozorila ali nasvete preslišijo, zdijo se jim odveč, svojih navad se jim ne zdi vredno prilagoditi načelom zdravega načina življenja. Ko so bolni, ne znajo opisati svojih težav in znakov bolezni, njihovo sodelovanje pri zdravljenju pa je nezanesljivo.

Oblikovanje odnosa do zdravja

V doživljanju in pojmovanju zdravja kot vrednote, se prepletajo vzori in napotila, ki jih je človek opazoval in sprejemal že od zgodnjega otroštva naprej, z njegovimi lastnimi izkušnjami, tako pri sebi kot pri svojih bližnjih, vse to pa se obarva še z značilnostmi njegove

osebnosti. Prve predstave o tem, kaj pomeni zdravje, dobi otrok že zelo zgodaj. Po ravnanju in reakcijah staršev oziroma najbližjih odraslih, ocenjuje pomen konkretnih zdravstvenih težav, obseg in naravo njihove nevarnosti in ob njih tudi doživlja prve čustvene reakcije na bolezen. Ni vseeno, če ima človek iz svoje družine izkušnje prekomernega odzivanja na zdravstvene težave – če so njegovi najbližji odrasli reagirali že na manjšo zdravstveno spremembo s paniko, strahom in pretirano skrbjo. Prav tako se ustrezen odnos do zdravja ne razvije v družini, ki ji ni mar niti za osnoven zdrav način življenja. Ta mora temeljiti na vsaj okvirni poučenosti in pripravljenosti za varovanje svojega zdravja in zdravja drugih ljudi. Dejavni in dinamični, samozavestni ljudje, imajo do zdravja in bolezni ponavadi dosti ustrežnejši odnos kot tisti, ki gojijo predstavo o svoji neranljivosti ali pa so takoj preplašeni in nagnjeni k vdaji ob še tako neznatnih težavah.

Zdravje in predstava o sebi

Samopodoba o sebi, kot človeku ki je kos vsem življenjskim obremenitvam in se je sposoben s svojimi težavami tudi dejavno spoprijemati, se pri vsaki bolezenski težavi do določene mere poruši. Čim bolj prepričan vase je človek nasploh, tem manj njegov trdni občutek o sebi ogrozijo bolezenske tegobe. Različne bolezni seveda različno močno motijo in ovirajo vsakdanje dejavnosti bolnika, odvisno pač od njihove vrste, jakosti in trajanja.

Vendar pa narava in resnost bolezni nista edina dejavnika, ki določata obseg sprememb, ki jih bolezen povzroči v življenju posameznega bolnika.

Kdo ne pozna ljudi, pri katerih resnost bolezni sploh ni v skladu s posledicami, ki se kažejo v njihovem življenju. Značilni sta dve nasprotji, ki govorita o tem: človek brez roke je na primer dejaven, družaben, vsega se loti, v stiku z ljudmi je veder in prijeten. Nekdo drug, ki ima na roki le neznatno prasko, pa se povija in jadikuje, opusti vsa nekoliko zahtevnejša opravila in pusti, da jih namesto njega prevzamejo drugi, od katerih pričakuje čim več skrbi, obzirnosti in sočutja. Očitno je, da leži ključ nasprotij v obeh opisanih oblikah vedenja v doživljanju svoje zdravstvene motnje, to pa je odvisno od človekovega celotnega pojmovanja sebe in sveta. Ne le v takšnih primerih, tudi v življenju nasploh se pogosto srečujemo z dejstvom, da teže zapleta ne določa zaplet sam, ampak človekov odnos do njega. Prav tega pa je najlažje spremeniti, če se človek le pošteno sooči s stvarnim pomenom konkretnega življenjskega problema in s pomenom, ki ga ima ta zanj tisti trenutek in v tisti življenjski situaciji.

Na kolikor več trdnih točkah je zgrajena človekova predstava o sebi, toliko manj mu bolezen zrahlja občutek lastne vrednosti, in toliko manj neugodno vpliva na njegovo življenje.

Različen odnos do različnih bolezni

Ljudje ocenjujemo in pojmujeemo različne bolezni na številne načine, zato je različen tudi naš odnos do bolnika s temi boleznimi in naše lastno doživljanje sebe, svoje prizadetosti in svoje vrednosti, ko zbolimo za tako ali drugačno boleznijo. To pojmovanje ni odvisno le od našega znanja in poučenosti o različnih boleznih in bolezenskih posledicah, niti ne od posrednih in neposrednih izkušenj z njimi. Ta odnos je bolj čustvene narave kot razumske in prav zato tako izrazito vpliva na naše doživljanje in sprejemanje konkretne bolezni.

V človekovi podzavestni predstavi prinašajo bolezni veliko simbolike zato so še zlasti povezane z različnimi bojznimi tiste, ki prizadenejo življenjsko pomembne organe, pa čeprav z objektivnega stališča niso niti hude, niti nevarne. Bolezni srca ali poškodbe glave sprožijo močan čustveni odziv ali celo paniko, ki lahko bolniku ali njegovim svojcem oteži razumno in smiselno ravnanje. V njihovi predstavi je srce prispodoba življenja, glava razuma, zato že manjša ogroženost teh delov telesa lahko sproži domala iracionalen strah.

Vsak del telesa ima v človekovem doživljanju določen simbolni pomen, zato je tudi od vrednostnega sistema in od načina življenja in življenjskih pričakovanj vsakega bolnika odvisno, kako ga bo določena bolezen - ne le telesno, temveč tudi čustveno - prizadela.

Ljudje, ki svojo vrednost povezujejo predvsem z medosebnimi odnosi, so še posebej prizadeti ob bolezenski težavi, ki jih pri teh odnosih ovira. Pri tem gre lahko za simptom, ki je neprijeten, ker izrazito spremeni človekov videz in zunanjo podobo ali pa ga kako drugače ovira v komunikacijah z ljudmi. Tisti, ki črpa največ življenjskih spodbud v svojem delu, je dosti bolj prikrajšan zaradi bolezni, ki ga ovira pri delu, kot nekdo ki ima razen poklicnega dela še celo vrsto drugih področij znotraj katerih doživlja spodbude in potrditve. Športnika ortopedska poškodba mnogo bolj prizadene kot nekoga, ki se več ukvarja z intelektualnim delom.

Nekatere bolezni veljajo v splošnem doživljanju ljudi za dosti bolj »častne« kot druge. Za posebno mučne bolezni veljajo tiste, ki so povezane s spolnostjo, »socialno« bolj neprijetne so v pojmovanju ljudi tudi bolezni prebavil in motnje odvajanja. Čeprav so rakasta obolenja vse bolj ozdravljiva veljajo še marsikje za tabu. Splošno pojmovanje ljudi označuje čisto na svoj način večino duševnih motenj in bolezni, pri katerih zato še danes opazamo največ zaničanja psihičnih težav in neustreznega odnosa drugih do bolnika, pri bolniku samem pa huda občutja krivde in občutke manjvrednosti.

V odnosu do teh bolezni se pogosto zrcalijo predsodki, neznanje, zmotne predstave in bojazen ljudi, da bi se to utegnilo zgoditi tudi njim. Prepletanje vsega tega se odraža tudi pri ljudeh, za katere bi rekli, da bodo imeli zaradi splošne razgledanosti razumnejši odnos do takšnih bolezni. Pogosto se izkaže, da je človekov odnos do duševne težave ali bolezni, ki ogrozi duševno ravnovesje prava preizkušnja za njegovo duhovno širino, strpnost in pripravljenost za iskreno razumevanje drugega.

Vsakdo najbrž pozna številne primere, ki kažejo, kako so ti odnosi pomembni za bolnika in za njegove najbližje, in kako odločilno lahko vplivajo tudi na potek in izid zdravljenja, poleg tega pa povzročajo še dodatne zdravstvene zaplete in imajo tudi čustvene posledice.

Beg v bolezen

Vsaka motnja zdravja prinaša s seboj dodatno nevarnost, da se človek bolezni vda in prek nje razrešuje probleme, ki jih ima na povsem drugem področju. Bolezen lahko tako za nekatere ljudi postane tudi simbol nemoči, izgovor za opravičljivo umikanje pred različnimi neprijetnostmi in razlog za izogibanje mnogim obveznostim. Bolezen jih zavira v njihovih prizadevanjih, bojijo se neuspeha, ali pa je dobrodošla za izgovor pri dejanjih, ki se jih na splošno bojijo in so jim neprijetna.

V vsakem človeku je nekaj težnje po tem, da bi svoje življenjske obremenitve in zaplete reševal po bližnjici, zatekanje v bolezen pa lahko postane prav to. V splošnem velja, da človek ni sam kriv, če je bolan. Bolezen je višja sila, za katero ne more prevzeti odgovornosti, saj je nekaj, kar je močnejše od njega.

Ob določenih prednostih in olajšavah, ki jih nekdo z boleznijo pridobi v očeh drugih in v odnosih z njimi, pa je povsem mogoče, da se podzavestno zateče v bolezen tudi takrat, kadar je kakorkoli ogroženo njegovo samospoštovanje. Telesna bolezen je nekako bolj častna, zanj in za druge manj ponižujoča kot na primer izražena duševna stiska, o njej lažje govorimo in tako vzbudimo pozornost, sočutje in skrb. Z njo se lahko povsem legalno, brez občutka krivde in sramu izognemo obremenitvam, ki jih težko obvladamo.

Bolezen je opravičilo za pasivnost, za način življenja, ki ne vključuje dejavnega prizadevanja zase in samostojnega spoprijemanja z vsakodnevnimi preizkušnjami in predstavlja umik od mučnih in stresnih situacij. Varuje pred soočenjem z nedoraslostjo delovnim zahtevam, pred

nerешeni medsebojnimi napetostmi in konflikti, neizpolnjeno odgovornostjo ali nezaželeno spolnostjo. Beg v bolezen je lahko obramba pred tem, da se človek v pojmovanju svoje lastne vrednosti ubrani pred razdiralnim občutjem nemoči in poraza. Za nekatere ljudi bolezen postane življenjski slog, del njihove podobe, sestavni del njihovega vsakodnevnega izogibanja prezahtevnim nalogam, eni za drugo. Pred seboj in pred drugimi ohranjajo obraz bolehnosti in občutljivosti, s tem pa vedno znova zamujajo priložnosti, da bi si gradili pravo in tako potrebno samozavest z dejavnejšimi prizadevanji.

Bolj sprejemljiv za to, da se preveč »preda« boleznim pa je lahko tudi človek, ki živi v kroničnem stresu in ga pestijo različne psihosocialne obremenitve (*težave v medosebnih odnosih, slabe gnotne in splošne življenjske razmere*). Čeprav osebnostno ni nagnjen v umik in poraz je povsem mogoče, da dolgotrajni stres oslabi njegove sposobnosti za prilagajanje in dejavno spoprijemanje z življenjskimi preizkušnjami, kar pa mu odločilno zmanjša odpornost za telesno bolezen.

Zdravnik, ki opaža, da se njegov pacient neustrezno in prekomerno posveča svoji bolezni, mora biti pozoren tudi na možne psihološke in socialne vzroke za to in jih mora prepoznati, s svojim bolnikom pa se mora o tem na takten način tudi pogovoriti.

Zaključek s povzetki ključnih sporočil

Odnos do zdravja in bolezni lahko odločilno vpliva na človekovo vedenje v času bolezni, njegovo vrednostno predstavo o sebi in lastnih zmožnostih, samopodobo in upoštevanje zdravnikovih terapevtskih usmeritev.

Vpliv bolezn družinskega člana na družino

Martina Tomori

Pojmi:

družinski sistem
stres, delitev vlog
delo s svojci bolnika

Uvod

Zdravstvene motnje nikoli ne prizadenejo le tistega, ki zboli, ampak vplivajo na vse, ki so mu blizu. Že manjša in prehodna bolezen enega družinskega člana lahko vpliva tudi na druge v družinski skupnosti, spremeni njihove vloge (*kdo bo poskrbel za bolnega, kdo bo moral spremeniti svoj urnik, prevzeti dejavnosti drugega*), njihovo medsebojno odvisnost in povezanost, njihovo razpoloženje in dnevni urnik. Če je bolezen resna, kronična, celo trajna, pa globoko poseže v celotno življenje družine in v družinske odnose. Ne le bolnik sam, tudi drugi člani njegove družine se morajo soočiti z dejstvom bolezn in se jim prilagoditi. Bolezen bližnjega ne sproži le sprememb v načinu njihovega življenja, ampak tudi pomembne spremembe v njihovem doživljanju, vpliva pa tudi na njihovo lastno zdravstveno stanje zato mora tudi zdravnik dobro poznati dogajanja v celotni družini svojega bolnika in razširiti svojo pozornost z bolnikovega aktualnega zdravstvenega stanja na vso družino.

Bolezen kot stres za družinski sistem

Vsaka sprememba, ki zahteva posebne prilagoditve in prerazporeditve energije pri posamezniku ali skupini ljudi, je izvor stresa.

Bolezen je vsekakor izvor stresov, ki lahko resno porušijo družinska razmerja, po drugi strani pa predstavlja prožnost in prilagodljivost bolnika samega kot tudi celotne družinske skupnosti. Bolezen postavlja na preizkušnjo pomembne družinske teme, kot so: *odvisnost, samostojnost, empatija, odgovornost zase in za druge, lojalnost, odpornost za stres*. Prav zato lahko bolezen enega družinskega člana zadrži celotno družino na stopnji razvoja, ko jo je doletela, ali pa jo celo potisne nazaj v manj zrelo obdobje. Tudi družina – ne le posameznik – ima svoja razvojna obdobja. V vsakem od teh obdobj so drugače razporejene medsebojne povezave, bližine in odvisnosti, s tem pa tudi osebna avtonomija posameznega družinskega člana. Tako celotni družini kot vsakemu njenemu članu lahko bolezen oteži razvoj in prehod v naslednja zrelostna obdobja.

Vpliv bolezn na odnose v družini

Bolezen pogosto, začasno ali pa tudi trajno, sproži spremembe v odnosih med družinskimi člani. Lahko utrdi medsebojne povezave, ki za razvoj osebnosti posameznika niso funkcionalne (*na primer utrditev odvisnosti otroka od matere, čeprav je pred boleznijo že razvijal ustrezno samostojnost*). Bolezen lahko rahlja druge vezi, ki bi jih družina v celoti še vedno potrebovala (*na primer partnerstvo staršev, ko se eden od njiju povsem posveti bolnemu otroku ali pa svojemu bolnemu staršu*).

Bolezen v družini utrdi nekatere vezi med enimi člani družine in poveča razdalje med

drugimi. V družini, ki dobro obvladuje stresne razmere in zna svoje odnose smiselno in dinamično prilagajati aktualnim življenjskim spremembam, pa se v času bolezni enega člana lahko razvijeta medsebojna lojalnost in sodelovanje, ki družino in vsakega člana posebej okrepi tudi za druge življenjske preizkušnje.

Spremembe, ki jih prinese bolezen v doživljanje in čustvovanje članov družine

Soočenje z zdravstveno motnjo svojega bližnjega sproži zaskrbljenost. Kako resna je bolezen, kako bo vplivala na življenje bolnika in družine, kako bo bolniku mogoče pomagati, kako olajšati njegova neugodja, kakšne posledice bo zapustila? Kaj, če je lahko usodna in življenjsko ogrožajoča? To so najpogostejša vprašanja, ki si jih zastavljajo drugi člani bolnikove družine. Bojazni in strah lahko močno zmanjšajo njihovo življenjsko energijo in jih hromijo tudi pri njihovih izven družinskih dejavnostih.

Marsikateri družinski član ob bolezni bližnjega doživlja občutja krivde – morda zaradi samega nastanka bolezni, morda zaradi predstave, da za bolnika premalo naredi.

Huda bolezen člana družine lahko pri drugih sproži obup in vdajo, bolezen, katere realnosti ni mogoče sprejeti in se je z njo težko soočiti. Marsikdaj sproži podzavestno zanikanje njenega obstoja. Ni redko, da se ob dolgotrajni bolezni svojca pri katerem od drugih družinskih članov poslabša njegovo zdravstveno stanje, razvije depresivnost ali stopnjuje utrujenost, izčrpanost, celo izgorelost.

Vse te spremembe v družinski dinamiki in v zdravstvenem stanju in splošni življenjski učinkovitosti vseh družinskih članov so dosegljive zdravnikovi pozornosti, če le pomisli nanje, in če je pripravljen pogledati preko meja bolezenskih simptomov svojega bolnika.

Prikrajšanosti družine ob bolezni njenega člana

Kakorkoli je za primerno in potrebno zdravljenje družinskega člana že poskrbljeno, se ni povsem mogoče izogniti prikrajšanjem, ki jih bolezen na svoj način vnaša v življenje posameznega člana družine in družine kot celote.

Pomoč bolniku zahteva tudi čas drugih in njihovo energijo. Marsikatero svojo, tudi nujno, dejavnost morajo odgoditi ali jo celo opustiti. Prilagoditi morajo svoj vsakodnevni urnik. Najti si morajo drugačne poti za vzdrževanje svojega notranjega ravnovesja. Spremenijo se možnosti za zbrano delo, zmanjšajo priložnosti za prostočasne dejavnosti in morda je potrebno spremeniti tudi prehrabne navade pa tudi družabne morda v takem trenutku niso skladne ali primerne z življenjem družine z bolnikom.

Skoraj vsaka, posebno dolgotrajna bolezen, je povezana tudi s spremembami v gmotnem stanju družine – ne le zaradi večjih in nepredvidenih stroškov, ko na primer oče ne more več prevzemati dodatnih delovnih obveznosti ali ko mora mati prevzeti večje breme skrbi za bolnega člana. Tudi poslabšanje gmotnih razmer družine zahteva prilagoditev vseh njenih članov in prevrednotenje njihovih prioritet. Za kaj takega pa so družine (*in tudi njihovi posamezni člani*) zelo različno pripravljene in sposobne.

Vsaka bolezen pa prinaša v družinsko harmonijo tudi posebne priložnosti. Pokaže jim pomen medsebojne povezanosti, pripravljenosti za pomoč in prave vsebine pristne, medsebojne bližine. Zdravnik pogosto sliši od bolnikov in njihovih svojcev, da jim je bolezen odprla nove poglede in pokazala, kaj so prave vrednote za katere si je vredno prizadevati. Če družina sama tega ne uvidi je prav, da jih v tako pozornost usmeri še zdravnik.

Pomoč družini, da bi bolezen enega od družinskih članov mogla uskladiti potrebe in dobrobit drugih družinskih članov in jim ne bi prinesla dodatne škode in trpljenja, je gotovo zelo kompleksna in nelahka naloga za zdravnika. Vendar pa lahko – če je le pozoren na to in

dovolj občutljiv za družinska sporočila – družini nudi marsikatero dragoceno spodbudo in jim olajša breme, ki ga bolezen družini nalaga.

Družinski pristop k odpravljanju bolezenskih težav je širši, prožnejši in bolj celosten kot individualna medicinska obravnava, ki vključuje le bolnika samega. Zdravnik, ki s svojim znanjem, zadostno občutljivostjo in strokovnim ravnanjem uspe zajeti širši, tudi družinski koncept bolezni, pomaga tako posamezniku, kot tudi družini. Ne le bolnika, tudi njegove bližnje spodbudi k celostnemu pojmovanju bolezni, kar je pomembno tudi za naprej iz preventivnega stališča. Tak celosten pristop smiselno prerazporedi moči, sposobnosti in odgovornosti za obvladovanje bolezni in zmanjševanje škode, ki jo ta lahko vnaša med zdravnika, bolnika in njegove najbližje.

Zaključek s povzetki ključnih sporočil

Vsaka zdravstvena motnja lahko poseže v dinamiko družinskega življenja, delitev vlog v družini in na medsebojne odnose. Bolezen je za družino bolnika lahko hud stres in vir različnih prikrajšanosti, a tudi priložnost za bolj funkcionalno družinske življenje.

Temeljna pravila obnašanja zdravnika pri delu z bolniki

Marija Petek Šter

Pojmi:

bonton

zaupnost

avtonomija

terapevtski odnos

Uvod

Bolniki od zdravnika poleg kliničnega znanja pričakujejo primeren odnos in ustrezno sporazumevanje. Ob ustreznem kliničnem znanju predstavlja ustrezen odnos z bolnikom osnovno izhodišče za uspešno zdravljenje. Spoštovanje osnovnih pravil bontona, aktivno poslušanje, sposobnost vzpostavitve empatičnega odnosa, spoštovanje bolnikovega telesa in vključitev bolnika v odločanje pripomorejo k vzpostavitvi dobrega odnosa med bolnikom in zdravnikom, aroganten in grob odnos, neupoštevanje bolnikovih strahov in prepričanj ter pomanjkanje časa za pogovor z bolnikom pa so značilnosti, ki onemogočajo vzpostavitev terapevtskega odnosa med bolnikom in zdravnikom in vodijo k slabšim izidom zdravljenja.

Za vsakega zdravnika, ne glede na njegovo specialnost je dober odnos z bolnikom pomemben, v določenih specialnostih pa je sposobnost vzpostavitve primerne odnosa z bolnikom bolj pomembna (psihijatrija, družinska medicina) kot pri nekaterih drugih (patologija, radiologija).

Osnovne značilnosti bolnika in zdravnika

Bolnik

Bolnik je oseba, ki zaradi svojih telesnih ali psihičnih težav išče pomoč zdravnika. Bolezen človeka prizadene tako telesno, kot psihično, tudi če gre za v osnovi telesno bolezen. Stopnja bolnikove prizadetosti je odvisna od narave in teže bolezni, osebnostnih značilnosti ter predhodnih izkušenj z boleznijo, pa tudi od reakcije okolice na njegovo bolezen.

Bolezen v človeku sproži vzorce obnašanja, ki so značilni za nižjo stopnjo čustvenega razvoja in obnašanja. V svojem obnašanju bolnik lahko postane otročji, sebičen, agresiven, njegovi interesi se zožijo zgolj na področje telesa, s katerim ima težavo, zanika delež lastne krivde za razvoj bolezni ter izraža pozitivna ali negativna čustva do zdravnikov.

Zdravnik

Za zdravnika veljajo visoke strokovne in profesionalne norme, zaradi katerih ima poklic zdravnika v družbi visok ugled. Zaradi svojega strokovnega znanja zdravnik pogosto predstavlja avtoriteto, od katere bolniki pričakujejo, da reši vse probleme, tudi tiste, ki jih z medicinskimi ukrepi ni mogoče rešiti, ker imajo svoj izvor v slabih medosebnih odnosih v družini ali skupnosti, v kateri ta bolnik živi.

Zdravnik pa je še vedno človek, z včasih podobnim problemi, kot jih imajo bolniki, ki jih zdravi. Na primer: zdravnik podzavestno ni pripravljen sprejeti, da ima bolnik enako razvado kot on sam ali pa z bolnikom vstopa v pretirano tesen odnos, ki zmanjšuje njegovo terapevtsko moč.

Pravila obnašanja zdravnika pri delu z bolniki

Osnovna pravila bontona

Od zdravnika se pričakuje, da spoštuje osnovna pravila bontona. Če zdravnik vstopa v bolniško sobo, se mora obnašati tako, kot če bi prišel k bolniku na obisk na njegov dom. Pri obisku bolnika v ambulanti le ta vstopa v prostor zdravnika, kjer se mora prilagoditi pravilom, ki jih postavi zdravnik.

- Primerno je, da potrkamo in si pridobimo dovoljenje, da vstopimo. Spoštovanje zasebnosti je pomembno za vzpostavitev zaupanja. Pri obisku bolnika v ambulanti le ta vstopa v prostor zdravnika, kjer mora bolnik spoštovati pravila, ki jih postavi zdravnik (počaka, da ga zdravnik povabi v ambulanto in mu dodeli mesto, kamor se usede).
- Pozdravimo in se predstavimo bolniku (in morebitnim svojcem, ki so ob bolniku) ter se z bolnikom rokujmo.
- Bolniku pojasnimo želje glede osvetlitve, televizorja in telefona (v primeru obiska v bolniški sobi ali na bolnikovem domu).
- Zdravnik naj se v primeru, ko bolnik leži v postelji usede na stol ob postelji, da je možna vzpostavitev očesnega kontakta. S tem daje tudi občutek, da se mu ne mudi. Neprimerno je, da bi se usedel na bolnikovo posteljo ali pa z viška glede na bolnika.
- Bolniku je potrebno razložiti namen obiska.
- Sporazumevanje je dvosmeren proces, tudi bolnik ima pravico, da nekaj malega izve o študentu (zdravniku), s katerim se pogovarja, kar lahko ključno prispeva k oblikovanju zaupnega terapevtskega odnosa.
- Trajnejše pogovora je potrebno prilagoditi sposobnosti bolnika, da sledi pogovoru.
- Ob koncu pogovora sledi zahvala in pozdrav.

Sporazumevanje

- Bodite dobri poslušalci. Bolnik potrebuje nekaj spodbude, da se izpove. Bolniku je potrebno omogočiti, da pripoveduje brez prekinitve, ob tem pa zdravnik bolniku z verbalnimi in neverbalnimi sporočili pokaže, da ga aktivno posluša.
- Ne obsojajte. Izogibajte se stereotipom in ne posplošujte na osnovi kulturnega, etničnega in socialnega ozadja.
- Izogibajte se nepotrebni opazkam in osebnim ocenam, posebno še, če je tema pogovora intimne narave
- Bolniku podajajte informacije v preprostem jeziku, ki je razumljiv bolniku. Izogibaj se medicinskemu žargonu.
- Spremljajte svoje besede, da bi lahko pravočasno prepoznali nerodno oblikovano ali nejasno sporočilo in se ustrezno odzvali.
- Zavedajte se bolnikovih čustev, zaradi katerih se bolnik lahko počuti prestrašen ali nervozen. Takšen bolnik potrebuje pomiritev.
- Vsakemu bolniku se je potrebno približati skrbno in na občuten način.
- Zavedati se je potrebno, da imajo tudi bolniki obveznosti, zato jih po nepotrebem ne pustimo čakati.

Klinični pregled

Preden začnete s kliničnim pregledom, bolniku pojasnite, kateri del telesa in zakaj ga je potrebno pregledati.

Če bo pregled boleč ali neprijeten, to bolniku vnaprej povejte in ga prosite, naj vas opozori, če bo čutil bolečino oziroma mu bo neprijetno.

Če je potrebno, da se bolnik sleče, mu povejte, kaj naj sleče in zakaj.

Če je potreben pregled intimnih predelov, je potrebna predhodna utemeljitev potrebe po pregledu in opis pregleda.

Med pregledom je potrebno zagotoviti intimnost, kar pomeni, da med pregledom osebje ne sme vstopati v prostor, kjer pregled bolnika poteka.

Če bolnik želi, da je pregled opravljen v prisotnosti tretje osebe, je potrebno njegovo željo spoštovati.

Terapevtski načrt

Bolniku razložite načrt zdravljenja, vključno s časovnim načrtom in prognozo.

Če bolnika napotujemo k specialistu (kolegu), je potrebno bolnika seznaniti z razlogom za napotitev.

Bolnika je potrebno vključiti v načrt zdravljenja, saj na tak način bolnik postane soodgovoren za uspeh zdravljenja.

Zavedajte se, da je bolnikovo sodelovanje v procesu zdravljenja zelo pomembno in zdravljenje prilagodite bolniku tako, da bo le ta zmož slediti načrtu zdravljenja.

Bodite pripravljeni na pogajanje, pri tem upoštevaj osebosten značilnosti in življenjski slog bolnika.

Dileme, povezane z odnosom zdravnik- bolnik

- **»Superiornost« zdravnika**

Zdravnik je zaradi svojega znanja in veščin ter pogosto »domačega« okolja ambulate v nadrejenem položaju v primerjavi z bolnikom. Bolnik je v podrejenem položaju tudi zato, ker je bolan in sam ne obvladuje svojih težav. Opolnomočenje bolnika in vključitev bolnika v proces zdravljenja pomaga pri vzpostavitvi partnerskega odnosa med bolnikom in zdravnikom.

- **Všečnost bolniku**

Dilema postane aktualna takrat, ko se bolnik in zdravnik ne strinjata. Zdravnik, kot strokovnjak, ki bolniku želi dobro, mora znati za bolnika težko sprejemljivo metodo zdravljenja predstaviti na način, ki čim manj negativno vpliva na odnos bolnik- zdravnik in ne sme dopustiti, da všečnost pretehta nad strokovnostjo.

- **Resnicoljubnost in informiran pristanek**

Način odnosa med bolnikom in zdravnikom se skozi čas spreminja. Od paternalističnega odnosa, kjer je zdravnik najbolje vedel, kaj je dobro za bolnika do partnerskega odnosa, kjer se ustrezno informiran bolnik sam odloči o načinu zdravljenja.

Bolniki, posebno če gre za resno stanje, včasih ne želijo izvedeti vse resnice o bolezni in zdravnik mora prepoznati koliko bolnik želi vedeti in količino in način podajanja resnice prilagoditi bolniku.

- **Formalen ali prijateljski odnos**

Formalnost odnosa med zdravnikom in bolnikom je povezana z medsebojnim poznavanjem in odnosom, pa tudi z naravo problema. Določena stopnja domačnosti lahko pripomore k bolj zaupnem odnosu, pretirana domačnost v odnosu pa lahko predstavlja oviro pri reševanju bolj

intimnih problemov. Načeloma velja, da naj zdravnik ne zdravi svojcev in prijateljev, saj prijateljski odnos zmanjša objektivnost pri odločitvah in poveča verjetnost napake v odločanju.

- **Stalnost odnosa med bolnikom in zdravnikom**

Dolgotrajen odnos med bolnikom in zdravnikom pripomore k oblikovanju zaupnega odnosa in boljši kakovosti oskrbe. V primeru samo prehodnega odnosa med bolnikom in zdravnikom, pa le ta vedno zahteva čas za vzpostavitev odnosa, ki je nujen za uspešen terapevtski odnos. Obravnava bolnika, ki ga dobro poznamo je lahko veliko bolj v bolnika usmerjena, po drugi strani pa tudi časovno bolj učinkovita in pogosto bolj kakovostna.

- **Prisotnost tretje osebe ob pregledu**

Tretja oseba ob pregledu (svojci, prijatelji) lahko predstavlja psihosocialno podporo bolniku, po drugi strani pa lahko zmanjšuje zaupnost odnosa med bolnikom in zdravnikom in bolniku preprečuje, da bi z zdravnikom spregovoril o bolj intimnih težavah. Vedno mora biti prisotnost tretje osebe ob pregledu želja bolnika. V primeru otroka do 15. leta je prisotnost staršev ob pregledu običajna (po 15. letu pa starosti pa ob privolitvi mladostnika).

Zaključek in povzetek ključnih sporočil

Bolnik prihaja k zdravniku pogosto prestrašen in zaskrbljen. Naloga zdravnika, kot profesionalca je, da s humanim in sočutnim odnosom, izražanjem empatije in podpore bolnika pomiri in mu vzpodbudi upanje na ozdravitev.

Bolnik od zdravnika pričakuje upoštevanje osnovnih pravil bontona, sposobnost dobrega sporazumevanja in spoštljivost pri telesnem pregledu. Zdravnika, ki s svojim primernim odnosom izpolni bolnikova pričakovanja, bolniki bogato nagradijo z zaupanjem v zdravnika, kar omogoča bolj učinkovito zdravljenje.

Tehnike sporazumevanja

Intervju

Marija Petek Šter

Pojmi:

polstrukturiran intervju

faze intervjuja

dejavniki intervjuja

Uvod

Intervju ali strokovni razgovor (angl. »interview«) je vsako zbiranje podatkov s pomočjo razgovora s ciljem uporabiti pridobljene podatke v strokovne ali raziskovalne namene. V medicini intervju razumemo kot razgovor z bolnikom o vnaprej določeni temi.

Vrste intervjuja

V osnovi ločimo tri vrste intervjuja:

1. **Strukturiran:** Gre za vprašalnik z vprašanji v vedno istem zaporedju. Uporaben je, če imajo vprašani obsežno predznanje o obravnavani problematiki. Primeren je za masovno raziskovanje. Pri strukturiranem intervju lahko sodeluje večja, homogena skupina ljudi. Besedno je manj zahteven, zahteva pa natančno vnaprejšnjo pripravo vprašanj. Za izvajanje strukturiranega intervjuja je potrebnega manj treninga, zato je mogoče izpraševalce v kratkem času zadovoljivo usposobiti
2. **Usmerjen ali polstrukturiran:** Takšen intervju za osnovo nima strukturiranega vprašalnika, podan pa je seznam tem, o katerih poteka pogovor. Polstrukturiran intervju omogoča visoko raven komunikacije in zahteva od tistega, ki vodi intervju, veliko vnaprejšnje priprave in fleksibilnosti pri vodenju intervjuja, saj so odgovori prosti. Sodelovanje v polstrukturiranem intervjuju od intervjuvanca zahteva manj predhodnega znanja in mu omogoča več svobode pri odgovorih. Pri vodenju razgovora z bolnikom uporabljamo usmerjen ali polstrukturiran intervju, zato bo nadalje govora o tej obliki intervjuja.
3. **Nestrukturiran:** uporaben je predvsem za raziskovanje področja, ki je še neraziskano in tem na osnovi obstoječega znanja še ne moremo oblikovati. Za nestrukturiran intervju je značilno majhno število udeležencev, ki so heterogeni. Je besedno močan in zahteva zelo usposobljenega spraševalca. Analiza takšnega intervjuja je zahtevna.

Polstrukturiran intervju z bolnikom

Faze intervjuja

Polstrukturiran intervju z bolnikom ima tri osnovne faze: uvod, glavni del in zaključek.

Uvod

U uvodu se je potrebno pozdraviti bolnika, se predstaviti, poskrbeti za primerno namestitev in bolniku predstaviti namen in cilje intervjuja. Uvod v intervju naj vsebuje naslednje dele:

- Pozdrav bolniku in stisk roke, če se zdi primerno
- Študent se predstavi bolniku z imenom in priimkom in svojim položajem
- Bolnik in študent se usedeta tako, da je mogoča vzpostavitev očesnega kontakta
- Predstavitve namena intervjuja (npr. nekaj bi želel izvedeti o vaših zdravstvenih težavah)
- Poveste, koliko časa imate na voljo za razgovor
- Vprašaje o dovoljenju za zapisovanje povedanega, če bo to potrebno

Glavni del

V glavnem delu intervjuja je potrebno po začetni vzpostavitvi odnosa pridobiti čim več relevantnih podatkov. Slediti je potrebno naslednjim priporočilom:

- Poskrbeti je potrebno za pozitivno vzdušje in dober očesni kontakt
- Prvo vprašanje naj bo odprto in naj služi vzpostavitvi odnosa
- Nadaljnja usmerjena vprašanja naj bodo odprtega tipa, vprašanja zaprtega tipa je primerno uporabiti, kadar želimo dodatna natančna pojasnila.
- Ključno je aktivno poslušanje
- Pozorno je potrebno spremljati bolnikove verbalne in neverbalne odzive in ne nanje ustrezno odzivati
- Bolnika je potrebno spodbujati, da pojasni, kaj je mislil
- V primeru, da bolnik skrene s teme pogovora, ga je potrebno na primeren način preusmeriti nazaj na temo pogovora.

V zaključku je potrebno povzeti, kaj je bolnik povedal in preveriti, če so študentovi zaključki pravilni, omogočiti bolniku, da še kaj doda ter se mu zahvaliti za opravljen razgovor.

Dejavniki, ki vplivajo na sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom

Sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom je interakcija, ki je v prvi vrsti odvisna od odnosa med sogovorcema, na katero lahko vplivajo tako dejavniki vsakega od njiju, kot tudi zunanji dejavniki (npr. pomanjkanje časa, neprimeren prostor za pogovor...). Med dejavnike, ki vplivajo na sporazumevanje štejemo:

Dejavniki bolnika

- telesne težave
- psihične težave, povezane z boleznijo ali zdravljenjem (strah, depresivnost, jeza, zanikanje)
- pretekle izkušnje z zdravstveno oskrbo
- trenutne izkušnje z zdravstveno oskrbo
- bolnikova pričakovanja
- odnos do zdravja in bolezni in zdravnikov
- osebne značilnosti

- socialno, etnično in kulturno ozadje
- napetosti in negotovosti

Napetost povečujejo dejavniki, kot so bolniku tuje okolje, izguba neodvisnosti in zasebnosti ter negotovost glede diagnoze in zdravljenja. Tako bolnikovo fizično kot psihično stanje ter zdravstvena oskrba, ki jo je bolnik deležen, vplivajo na proces sporazumevanja. S prepoznavo in odpravo dejavnikov, ki bolniku povzročajo napetost in strah, je mogoče sporazumevanje narediti bolj učinkovito.

Pomembno je, da prepoznamo bolnikova prepričanja o zdravju in bolezni ter vlogi zdravnika in bolnikove želje in pričakovanja.

Dejavniki zdravnika

- Stopnja usposobljenosti
- Samozavest in sposobnost sporazumevanja
- Osebnostne značilnosti
- Fizično stanje - Utrujenost, napetost in preobremenjenost so dejavniki, ki krnijo sposobnost sporazumevanja zdravnika.
- Psihično stanje (npr. strah, negotovost, jeza)
- Predsodki in zadržki, predvsem, ko gre za bolnike, ki se stalno pritožujejo nad težavami, ki nimajo telesnega, temveč psihosocialno ozadje. Bolnika s psihosocialnimi težavami moramo prav tako resno obravnavati in ga ne smemo proglasiti za hipohondra.

Dejavniki okolja

- Zasebnost
- Varno in udobno okolje

Osnovni pogoj, ki ga je potrebno zagotoviti je zasebnost. Sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom je zaupne narave in ni namenjeno nepovabljenim poslušalcem. Prav tako je potrebno omejiti vpliv motečih dejavnikov (npr. telefonski klici, vstopanje sestre v ambulanto med pogovorom).

Okolje za pogovor mora biti udobno, omogoča mora primeren položaj med sogovornikoma, ki omogoča očesni kontakt ter razdaljo med 1,25 in 1,75 metra. V primeru, da bolnik sedi, je primerno, da sedi tudi zdravnik, saj je stoječ položaj ob sedečem ali ležečem bolniku lahko odraz vzvišenosti zdravnika.

Najpogostejše težave pri vodenju pogovora z bolnikom

Med vodenjem pogovora se lahko pojavijo določene težave, ki jih lahko razdelimo v naslednje skupine:

- **Težave v medsebojnem razumevanju**

Te težave so lahko posledica slabega razumevanja med sogovorcema, ki je posledica slabega znanja jezika v katerem poteka pogovor na strani enega od sogovorcev ali pa nezmožnosti sogovornika, da zaradi psihičnih težav (npr. napredovalih kognitivnih motenj v sklopu sindroma demence) ali hujše stopnje naglušnosti razume povedano. Z zavedanjem in prepoznavo ovire poskušamo oviro premagati in nadaljevanje pogovora prilagoditi bolnikovim sposobnostim.

- **Težave, povezane z odnosom do bolnika**

Za uspešno vodenje intervjuja je potrebna vzpostavitev odnosa. Tako prevelika čustvena bližina, kot čustvena odmaknjenost in nezmožnost vzpostavitve empatičnega odnosa

predstavljajo oviro v pogovoru. Študenti po večini nimajo mnogo izkušenj z odzivom na bolnikova čustva in npr. ne prepoznajo za bolnika občutljive točke in bolnika vztrajno sprašujejo o nečem, o čemer noče govoriti.

- **Težave, povezane z vodenjem pogovora**

Študentom, ki so še neizkušeni, pogosto v vodenju intervjuja z bolnikom, klub temu, da so se na pogovor pripravili, manjka samozavesti, saj se ne počutijo kompetentne. To ima lahko za posledico, da vodenje pogovora prevzame bolnik. Bolnik lahko na tak način študentu pogovor olajša, lahko pa ga pelje v smer, ki ne da odgovorov na zastavljena vprašanja in ima za posledico pomanjkljivo zbrane podatke, ki ne omogočajo pravih zaključkov.

- **Neustrezni pogoji za vodenje intervjuja**

Prostor in čas izbran za intervju sta pomembna za uspeh pogovora. Intervju, ki poteka v sobi, kamor stalno vstopajo druge osebe ali v prostoru, kjer je veliko ljudi, tudi, če se osebe nimajo namena vplesti v pogovor, bo moten. Prav tako ni primerno, da npr. bolnik leži v postelji, tisti, ki vodi intervju, pa ob postelji stoji. Stoječ položaj ob bolniku, ki leži ali sedi, daje občutek nadrejenosti. Položaj v prostoru, ki ne omogoča očesnega kontakta, je prav tako neustrezen. Pogovor v časovni stiski ali v času, ko bi sogovornik raje počel kaj drugega in nima prave motivacije za pogovor, bo manj kakovosten.

Zaključek in povzetek ključnih sporočil

Intervju z bolnikom je oblika pogovora z bolnikom, ki omogoča, da zberemo potrebne podatke, ki jih bomo nato uporabili za delo ali raziskovanje. Zahtevnejša oblika sporazumevanja z bolnikom pa je posvet, kjer mora zdravnik zbrane informacije bolniku na primeren način razložiti in na osnovi zbranih podatkov načrtovati nadaljnje postopke obravnave.

Posvet v medicini

Davorina Petek

Pojmi

sporazumevanje v ambulanti

posvet

faze posveta

Uvod

Posvet predstavlja formalno srečanje zdravnika in bolnika, kjer poteka obravnava bolnikovih težav s pomočjo pridobivanja pomembnih informacij o znakih, simptomih, težav, bolnikovih stališčih in okoliščinah, ki so pomembne za obravnavo njegovih težav. V okvir posveta sodi tudi klinični pregled bolnika, svetovanje in načrtovanje nadaljnje obravnave.

Pri delu v zdravstvu se vsakodnevno sporazumevamo z mnogimi ljudmi:

Z bolniki v ambulanti ali na njihovem domu med hišnim obiskom.

Z bolnikovimi družinskimi člani ali oskrbniki, ki na različne načine pomagajo bolniku med njegovo boleznijo. Bolezen pa pogosto ne prizadene le bolnika, ampak lahko močno vpliva na njegove družinske člane.

Z drugimi člani tima, ki sodelujejo v obravnavi bolnika, to so predvsem medicinske sestre oz. tehniki, patronažne sestre, fizioterapevti, v zadnjem času vse bolj tudi farmacevti.

S kolegi iste ali druge stroke se posvetujemo pri strokovnih dilemah ali glede planiranja oskrbe bolnika. V določenih obdobjih zdravljenja bolnikov, kjer je potrebno natančno spremljanje bolnikovega stanja, npr. pri prehodu bolnika iz bolnišničnega zdravljenja v domačo oskrbo, je sporazumevanje med izvajalci bolnišnične in primarne oskrbe posebej pomembno.

Z drugimi strokovnjaki, ki sodelujejo pri oskrbi bolnikov, npr. s socialnimi delavci.

Ker zdravnik družinske medicine deluje v skupnosti, se večkrat sporazumeva s predstavniki različnih prostovoljnih skupin ali društev, kjer lahko bolnik dobi dodatno strokovno ali laično pomoč. Pomembno je tudi sporazumevanje z voditelji skupnosti, s katerimi lahko organizira spremembe, ki so potrebne za izboljšanje zdravja ljudi te skupnosti.

Sporazumevanje v ambulanti je zelo pomembno, saj z njim vzpostavljamo odnos z bolnikom. Za družinsko medicino je značilen dolgotrajni odnos med zdravnikom, drugimi člani tima in bolnikom. V našem zdravstvenem sistemu bolniki izberejo svojega osebne zdravnika in raziskave kažejo, da je ta izbira časovno zelo stabilna. Tako se odnos med obema razvija in krepi skozi veliko let. Nerazumevanje, občutek bolnika, da »se ne more pogovoriti«, pa je mnogokrat poglavitni razlog za zamenjavo zdravnika. Z dobrim medsebojnim odnosom dosežemo bolnikovo zaupanje in sodelovanje pri zdravljenju, to pa vpliva na uspešnost oskrbe in večje zadovoljstvo bolnikov.

Z ustreznim sporazumevanjem pridobimo podatke, ki jih potrebujemo za obravnavo bolnikovih težav in povečujemo bolnikovo znanje v zvezi z zdravjem ter s tem do neke mere vplivamo na kakovost njegovega življenja. V okviru posveta se z bolnikom pogovorimo o njegovem funkcioniranju oziroma težavah na treh področjih: kliničnem, psihološkem in socialnem. Sporazumevanje z bolnikom je večšina, s pomočjo katere pridobimo ustrezne informacije o bolniku ki nam omogoča opredeliti te tri komponente individualno za vsakega

bolnika. Na kliničnem področju pridobimo in obravnavamo podatke v zvezi s simptomi bolezni in telesno platjo težav, na psihološkem obravnavamo duševne motnje in psihološki odziv bolnika na dogajanje, socialni vidik pa predstavlja širše okolje (družina, prijatelji/znanci, delovno okolje, družba), ki vpliva na bolnika ter obratno. Končni cilj je kakovostna oskrba zadovoljnega bolnika z ustrezno uporabo virov, sredstev in časa, ki nam je na voljo.

Sporazumevanje sestavljata besedni in nebesedni del, ki se med seboj prepletata in dopolnjujeta, v določenih trenutkih pa si lahko tudi nasprotujeta. Zato informacij ne pridobimo le s poslušanjem tega, kar bolnik izreče, ampak tudi z opazovanjem bolnikovega obnašanja, njegovih nebesednih sporočil in tega, kar nam pove ali pa opazimo v njegovi okolici. Kadar se nam zdi, da je nebesedno sporočilo drugačno kot besedno, je sporočilo potrebno preveriti, če je to mogoče. Nebesedno sporazumevanje je pod slabšo kontrolo in manj prikrito kot je besedno sporazumevanje, zato v takem primeru lahko podvomimo v resničnost besednega sporočila.

Glede na načine in lokacijo ločimo naslednje oblike sporazumevanja:

Sporazumevanje v ambulanti se razlikuje od tistega na bolnikovem domu, saj je doma bolnik običajno bolj sproščen, hkrati pa že samo okolje zdravniku nudi dodatne informacije, ki vplivajo na rezultate posveta. Enostavnejši je tudi dostop do hetero-anamnestičnih podatkov.

Sporazumevanje po telefonu ima določene prednosti, npr. enostavnost in časovno nezahtevnost za bolnika, hkrati pa je vsaj nebesedni del okrnjen. To še v večji meri velja za sporazumevanje preko elektronske pošte. Te vrste komunikacije so lahko zelo koristne, vendar ne morejo v celoti nadomestiti osebnega kontakta. Ob tem se pojavljajo še dodatne dileme, npr. varnost elektronske pošte in problem identitete sogovornika po telefonu.

Posebna vrsta je sporazumevanje preko tretje osebe, ki lahko služi kot prevajalec za bolnike, ki ne razumejo jezika ali pa za ljudi s slušnimi pomanjkljivostmi. Prevajalec lahko zelo obogati vsebino posveta, vendar je potrebno paziti, da podaja verodostojne informacije in jih ne interpretira tako, kot sam misli, da je pravilno. To je posebej nevarno v primeru, da je prevajalec nekdo od družinskih članov, ki bolnika dobro pozna in »sam ve, kaj je bolniku«. Pri profesionalnih prevajalcih so subjektivni prevodi manj verjetni. Prisotnost tretje osebe lahko tudi zmanjša odkritost bolnika, ki v troje ni pripravljen na pogovor o bolj občutljivih temah.

Za uspešno sporazumevanje je potrebna komunikacijska usklajenost med bolnikom in zdravnikom glede glasnosti in sloga govorjenja, uporabe kretenj, jasnosti povedanega in možnosti bolnika, da je vključen v posvet kot tisti, ki je vir informacij o svojih zdravstvenih težavah. Po drugi strani pa je uspešnost sporazumevanja odvisna tudi od tega, kako je zdravnik sposoben razpoznati komunikacijske in psihološke potrebe bolnika glede podpore, ki jo potrebuje od zdravnika v razreševanju in spopadanju s svojimi zdravstvenimi težavami.

Besedno sporazumevanje je tem bolj uspešno, čim bolj je na eni strani prisotna natančnost izražanja misli in na drugi strani sposobnost razumevanja. Bolnik so različni in imajo različne sposobnosti – nekateri so zelo sistematični in osredotočeno predstavijo svoj problem, drugi so v tem slabši. Zdravnik kot profesionallec, ki obvlada večšino sporazumevanja, mora znati od bolnika pridobiti ustrezne informacije, sam pa podati razlago tako, da ga bo razumel tudi bolnik, ki ima z razumevanjem več težav.

Splošne napake v sporazumevanju

Ena večjih je komunikacijska odtujenost: brez angažiranja, brez zanimanja za bolnika, pomanjkanje empatije, obrambno komuniciranje, cinizem, resignacija. Našteto oteži vsako sporazumevanje, pri profesionalnem sporazumevanju z bolnikom pa predstavljajo napako.

Tudi zunanje motnje med vodenjem posveta moramo preprečiti v največji možni meri, npr. vmesne telefonske klice, prihode medicinske sestre ali kolega, ker motijo razvijanje odnosa med zdravnikom in bolnikom in slabijo bolnikov občutek, da je obravnavan z vso resnostjo in pomembnostjo.

Značilnosti posveta v medicini

Leta 1984 je McWhinney predstavil komunikacijski model obravnave bolezni, iz katerega so potem izpeljali številne modele posveta. McWhinneyev model širi polje pridobivanja informacij na dve poti:

Klinična pot: v okviru klinične slike zdravnik pridobiva informacije o simptomih, znakih bolezni, dosedanjih preiskavah in na podlagi tega postavi diferencialno diagnozo.

Bolnikova perspektiva: vzporedno teče intervju za pridobivanje podatkov o bolnikovih pogledih in stališčih o zdravju, bolezni, zdravljenju, o pričakovanjih, o njegovih izkušnjah, o njegovem dosedanjem ukrepanju itd.

Le ob upoštevanju obeh poti se lahko obravnava prilagodi bolniku: obe poti integrirani vodita v strokovno obravnavo, ki je prilagojena značilnostim bolnika, njegovim pričakovanjem, prioritetam in zmožnostim. Gre torej za upoštevanje konteksta, ki znotraj strokovnih priporočil in medicinskega znanja omogoča individualnost obravnave glede na bolnikove enkratne značilnosti. V vsakodnevni praksi se večkrat dogaja, da je en vidik komunikacije boljši na račun drugega. Dobra vzpostavitev odnosa in bolnikova perspektiva lahko zelo zadovoljita bolnikova pričakovanja, vendar posvet v smislu postavitve diagnoze in načrta zdravljenja ni zadovoljiv. In obratno, posvet je lahko tehnično v smislu medicinskih podatkov in diagnostike zelo dober, a ne vzpostavi sodelovanja zdravnika in bolnika.

Struktura posveta

Najbolj znan in uporabljan model posveta je model Calgary-Cambridge, kjer so sestavine posveta naslednje:

- Uvod
- Zbiranje informacij (razkrivanje problemov)
- Telesni pregled
- Razlaga in načrtovanje
- Zaključek obravnave
- V poteku posveta ob obravnavi bolnika
- vzpostavljamo strukturo posveta in
- Vzpostavljamo medsebojni odnos z bolnikom

Uvod

V uvodnem delu posveta bolnika sprejmemo, pozdravimo, sledi predstavitev obeh, če se še ne poznata. Zdravnik naj pove tudi, v kateri vlogi je v odnosu do bolnika (izbrani zdravnik, nadomestni zdravnik, specializant, klinični specialist, dežurni...). Že na začetku in v celotnem posvetu moramo pokazati zanimanje za bolnika in spoštovanje do njega. Poskrbeti moramo za bolnikovo udobje, ki ga omogoča primerno mikro-okolje: temperatura, osvetlitev, sedež... V teh prvih trenutkih so nebesedna sporočila posebej pomembna: bolnika pogledamo v oči, lahko se rokujemo.

V uvodnem delu poizvemo, kakšni so razlogi bolnikovega obiska. Če je vsebina obiska nadaljevanje obravnave, je dobro, da se nanj pripravimo tako, da že prej osvežimo vse

podatke v zvezi s predhodnimi obiski. Bolniku dovolimo, da pove vse razloge obiska in ga ne prekinjamo. Na koncu povzamemo povedano, preverimo, če smo pravilno razumeli bolnika in ga vprašamo, če bi želel predstaviti še kak problem. S tem pridobimo nabor/seznam težav oziroma vzrokov prihoda. Nato oblikujemo strukturo posveta. V enem posvetu lahko obravnavamo vse bolnikove težave, lahko pa v soglasju z njim izberemo tiste, ki so v danem trenutku najpomembnejše, ostale pa predvidimo za obravnavo naslednjič. Namen vzpostavljanja strukture je tudi v tem, da ostane posvet izvedljiv v danih časovnih okvirih. Včasih se bolnikove prioritete glede obravnavanih težav razlikujejo od zdravnikovih. Bolnik bi npr. rad posvet v zvezi s svojo kronično kostno-mišično bolečino, nam pa se zdi bolj pomembno obravnavati novonastalo bolečino v prsni ali bolečino v trebuhu. V takem primeru moramo bolniku ustrezno razložiti razlog za prioriteto v posvetu in predvidimo kasnejšo obravnavo za ostale probleme.

Zbiranje informacij

Bolnikove probleme obravnavamo po obeh prej omenjenih vzporednih poteh: klinični poti in bolnikovi perspektivi. Zbiranje informacij začnemo z odprtimi vprašanji, kjer bolniku pustimo, da pove vse, kar želi. Šele nato z zaprtimi vprašanji dopolnimo naša klinična predvidevanja oziroma hipoteze. To so pojasnjevalna vprašanja, ki lahko sledijo vsakemu predstavljenemu problemu posebej. Tako kot so odprta vprašanja pomembna za kontekst, so zaprta vprašanja pomembna za pridobitev podatkov, potrebnih za postavitve diagnoze. Bolnik v enem posvetu pri svojem izbranem zdravniku običajno predstavi več problemov. Če po bolnikovi predstavitvi prvega problema nadaljujemo s pojasnjevalnimi vprašanji, se moramo ob bolnikovi predstavitvi naslednjega problema vrniti k odprtemu tipu vprašanj, ki mu spet sledijo zaprta, pojasnjevalna vprašanja. V prvih dveh delih – uvodu in zbiranju informacij - intervju »vodi« bolnik. Ena najpogostejših napak je, da bolnika hitro prekinemo, ker »že vemo, kaj mu je«, in posvet takoj usmerimo v določeno smer s postavljanjem zaprtih vprašanj. Samo če bolniku pustimo do besede, bomo lahko ugotovili kontekst njegovih težav. K temu bo pripomogel tudi nebesedni del bolnikovega sporočanja. Zaznati moramo tudi besedne namige bolnika in jih poskusiti razčistiti. Zdravnikova spretnost sporazumevanja je v tem delu zelo pomembna. Zdravnik mora bolnikovo pripoved spretno, a ne pretesno usmerjati in jo vzpodbujati, če je potrebno.

Ta del posveta je »bolnikov«. Bolnik je vodilni govorec, zdravnik pa na koncu tega dela povzame sporočilo in preveri, če je bolnikove težave, potrebe ter pričakovanja od posveta pravilno razumel. Če zdravnik v tem delu bolnikovo pripoved prehitro prekine, se lahko zgodi, da kakšne občutljive teme bolnik sploh ne načne ali pa se opogumi šele na koncu posveta. Če ne ugotovimo bolnikove perspektive, lahko zgrešimo bolnikove potrebe in pričakovanja. V tem delu tudi še ni nastopil čas, da bi bolniku razložili, kaj mu je. Če je naša razlaga prehitra in takoj vse vemo, za bolnika nismo prepričljivi in lahko dvomi v to, da resno in temeljito obravnavamo njegove težave.

Z dobrim sporazumevanjem se vzpostavlja tudi odnos med zdravnikom in bolnikom, ki se nadaljuje in izpopolnjuje v celotnem posvetu.

Razlaga

Sledi kliničnemu pregledu bolnika. V tem delu posveta običajno prevladuje oziroma več govori zdravnik. Če mora biti v prvem delu spreten poslušalec in usmerjevalec, mora sedaj z dobrimi sposobnostmi besednega sporazumevanja bolniku razložiti njegove težave. Bolniki imajo različne sposobnosti razumevanja in pomnjenja povedanega. Ker so zaradi različnih

vzrokov, morda strahu za zdravje, ambulantnega okolja ipd. v stresu, je lahko pomnjenje slabše kot sicer. Zato velja, da mora biti razlaga didaktično spretna: jasen, enostaven jezik, kratki, nezapleteni stavki. Razlago lahko ponazorimo in dopolnimo s slikami, skicami ali drugim pisnim oziroma slikovnim materialom. Če gre za kompleksnejšo razlago, je pri govorjenju potrebno označevanje, neke vrste »kazalo«: najprej vam razložim to..., Sedaj se pogovoriva o tem... Zelo dobro je poudariti tisto, kar je najpomembnejše. Zdravnik bo dobro razložil, če sam razume, o čem govori in če se potrudi za jasnost sporočila. Ob tem naj opazuje bolnika. Bolniki relativno redko rečejo, da ne razumejo. Večkrat to sporočijo z nebesednimi znaki sporazumevanja: nelagodnim presedanjem, izrazom na obrazu ipd. Sproti preverjamo, če bolnik razume razlago in ga povabimo, naj še vpraša, kar ga zanima. To je potrebno narediti večkrat, posebej, če je bila potrebna daljša razlaga. Ko izčrpamo razlagalni del, vstopimo v naslednjo fazo posveta. Izhodišče za naslednjo fazo je skupno razumevanje bolnikovih težav.

Razlaga ni zdravnikov samogovor. Biti mora prilagojena bolnikovim značilnostim, potrebam, željam. Nevarno je, če vnaprej predvidevamo, da je bolnik zaradi nekih svojih značilnosti, npr. izobrazbe, bolj ali manj sposoben razumeti sofisticirano razlago o značilnostih bolezni ali zdravljenja. Upoštevati je potrebno bolnikovo »zdravstveno pismenost« oziroma predhodno znanje o zdravju, bolezni, telesu, zdravilih... in ne nazadnje tudi njegov čustven odnos in stališča v zvezi z obravnavanim problemom.

Načrtovanje

V načrtovanje zdravljenja morata biti vključena zdravnik in bolnik. Zdravnik naj bolniku predstavi vse možnosti nadaljnje oskrbe, zdravljenja in ukrepov. Skupaj z bolnikom pretehtata možnosti in izbereta za bolnika najustreznejšo, tako s strokovnega stališča kot s stališča bolnikovih prioritet, želja, zmožnosti. V tej fazi posveta se večkrat pogajamo z bolnikom, da dosežemo njegovo soglasje. Včasih moramo odstopiti od idealnih ciljev in se sprijazniti z nižjimi cilji, ki pa jih bolnik zmore doseči in se z njimi strinja. S tem, ko bolnik soglaša z nadaljnjimi ukrepi, bo tudi njegova zavzetost za zdravljenje bistveno večja in bo aktiven partner v obravnavi svojih težav. Hkrati pa bo tudi prevzel svoj del odgovornosti za izvedbo in izid oskrbe, s katero se je strinjal. Jasno, da ob načrtovanju večkrat preverjamo, če oba-zdravnik in bolnik- dogovor enako razumeta in omogočimo bolniku, da vpraša, kar se mu zdi potrebno.

Najpogostejša napaka v tem delu posveta je, če bolnika ne vključimo v načrtovanje. Še tako lep načrt se ne more uresničiti, če se zanj ne zavzame tudi bolnik. Izogibati se moramo tudi prezapletenim načrtom.

Zaključek posveta

V zaključni fazi predvidimo nadaljnjo obravnavo: predvidimo datum naslednje kontrole oziroma naredimo časovni načrt nadaljnje obravnave. Vzpostavimo varnostno mrežo: bolniku razložimo, kakšen potek pričakujemo, kaj bi lahko šlo narobe in kaj naj naredi v tem primeru. Na koncu še enkrat naredimo povzetek posveta in načrta nadaljnje obravnave. Vprašamo, če je še kaj nejasno. Pri dobrem vodenju posveta je s tem posvet zaključen.

Zaključek in povzetek ključnih sporočil

Pri pomenu sporazumevanja se moramo zavedati nekaj stvari: sporazumevanje je orodje, ki nam pomaga pri vodenju posveta. Ima več ciljev: medicinsko opredelitev problema in postavitev pravilne medicinske diagnoze, vzpostavitev sodelovanja z bolnikom ter prepoznavanje njegovih stališč, pogledov in individualnosti njegove situacije. Bolnik, ki je

vključen v obravnavo, ki poteka klinično ustrezno ob upoštevanju njegove individualnosti in aktivno sodeluje pri reševanju svojih problemov, bo tudi bolj zadovoljen s posvetom in rezultati obravnave.

Osnove motivacijskega pogovora

Marko Kolšek

Pojmi:

spreminjanje vedenja
motivacija
nasvet
svetovanje

Uvod

Za kakršno koli aktivnost človeka je potrebna želja, pripravljenost, zavzetost, odločitev – motivacija. Motivacija nima samo dveh polov: ali si motiviran ali pa ne, temveč je motivacija pojem na daljici od »0 do 1«. To pomeni, da je človek bolj ali manj pripravljen, voljan, motiviran.

Za motivacijo je potreben nek dražljaj. Dražljaj spodbudi vedenje, aktivnost, ki vodi k nekemu cilju, lahko bi tudi rekli »nagradi« v takšni ali drugačni obliki. Motivacija je proces, ki omogoči, da dražljaj lahko sproži aktivnost za pridobitev »nagrade«. »Nagrada« je cilj neke aktivnosti in spodbuja motivacijo. Nagrada daje človeku občutek ugodja ali pa zmanjšanje oziroma prekinitve neugodja.

Dražljaji so lahko:

- notranji (n.pr. lakota, bolečina, želja po bližini, sprejetosti, želja po uspehu, ljubezni, vrednote ipd.)
- zunanji (n.pr. mraz, hrup, smrad ipd.) ali
- pogojeni z družbenim okoljem (n.pr. zakoni, družbene norme, mediji ipd.).

Pogovor zdravnika z bolnikom

Zdravnik se pri svojem delu sreča z bolniki, ki imajo zelo različne težave. Bolniki od zdravnika pričakujejo pozornost, spoštovanje, razumevanje, pričakujejo, da jim prisluhne, pa tudi, da jim pomaga reševati težave. Pri reševanju nekaterih težav mora biti bolj aktiven zdravnik, pri nekaterih pa bolnik in lahko zdravnik bolnika samo usmerja, mu daje navodila, mu svetuje ali pa mu pomaga najti moč in način za zmanjševanje ali reševanje težav.

V primeru težav, pri katerih mora biti bolj aktiven bolnik, se pogosto srečamo s premajhno zavzetostjo, motiviranostjo bolnika za aktivnost (n.pr. kronične bolečine v križu, kronični kašelj pri kadilcu, redno jemanje zdravil, ipd.). Premajhno motiviranost bolnika neredko srečamo tudi v primerih vedenja, ki lahko neugodno vpliva na zdravje (n.pr. debelost, pitje alkohola, neuporaba čelade na motorju, ipd.). Za bolj uspešno reševanje tovrstnih težav lahko zdravnik uporabi ustrezen motivacijski pogovor.

Zdravnik mora v pogovoru najprej ugotoviti bolnikov pogled na njegove težave ali z zdravjem povezano vedenje, njegova stališča glede tega, morebitne bojazni, pričakovanja. V pogovoru z bolnikom zdravnik ugotovi, kaj je pravi problem in kakšen je njun skupni cilj. Pred ukrepanjem je dobro spoznati, koliko in kaj bolnik že ve o posamezni težavi ali z zdravjem povezanim vedenjem.

Nasvet

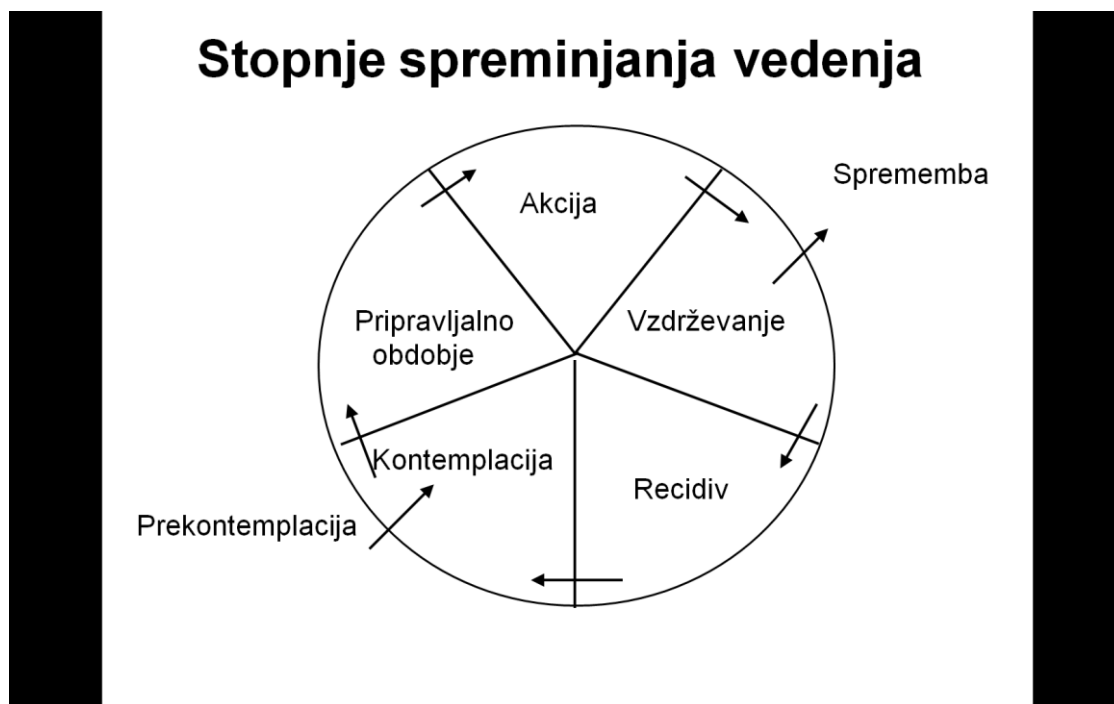
V primeru, da je bolnik slabo seznanjen s problemom, zdravnik bolniku ponudi ustrezne informacije – z razlago ali/in mu ponudi zloženko z ustreznimi informacijami. V teh primerih bolnik ponavadi nima določenega stališča in je včasih dovolj, če zdravnik da bolniku preprost nasvet, kakšno bi bilo smiselno ravnanje bolnika. N.pr. če bolnik dobi mavec zaradi zloma podlakti, je primeren preprost nasvet, naj z roko počiva na prsih in naj večkrat giblje s prsti, da zmanjša možnost za otekanje prstov (če tega bolnik še ne ve), lahko mu dodatno da tudi list s temi navodili za domov.

Svetovanje

V večini primerov ne bo tako preprosto, še posebej če gre za neko ustaljeno vedenje, ki je povezano z zdravjem oziroma težavo, ki za rešitev zahteva spremembo vedenja. Če gre za težave, ki so bolj dolgotrajne, je o njih bolnik zagotovo že razmišljal ali celo prebiral zapise o tem v knjigah, revijah, internetu, se pogovarjal doma, s prijatelji. Bolj ali manj je seznanjen z dejstvi (čeprav neredko le delno ali celo z nekaj napačnimi informacijami), oblikovano ima določeno stališče, prepričanja. V takšnem primeru ponavadi s preprostimi nasveti ne moremo doseči spremembe tveganega ali škodljivega vedenja, ki bi lahko zmanjšalo težave oziroma preprečilo morebitno škodo na zdravju. Človek redko kar tako čez noč spremeni neko navado, ustaljeno vedenje ali sistematično začne z neko novo aktivnostjo po kratkem nasvetu, pa čeprav tak nasvet daje strokovnjak; spreminjanje vedenja je praviloma bolj ali manj dolgotrajen proces. V takšnih primerih je smiselno uporabiti tehnike motivacijskega pogovora.

Motivacijski krog

Prochaska in DiClemente sta v zgodnjih 80. letih prejšnjega stoletja razvila model, ki omogoča boljše razumevanje, kaj se dogaja v mislih človeka z nekim vedenjem, ki bi ga bilo smiselno spremeniti, da bi si s tem zmanjšal tveganje za morebitne posledice tega škodljivega vedenja. Ta proces sta opisala s krogom:



Pri tem pomeni:

prekontemplacija – obdobje, ko človek ne razmišlja o spremembi ali se sploh ne zaveda, da bi bila neka sprememba potrebna;

kontemplacija – obdobje, ko človek razmišlja, da bi bilo dobro enkrat spremeniti neko vedenje, a je glede tega ambivalenten - razdvojen, negotov;

pripravljalno obdobje – človek razmišlja, kako bi to spremembo izvedel, a še ni odločen zanjo, še vedno je ambivalenten, negotov;

akcija – človek se odloči za spremembo in spremeni neko vedenje, ki lahko neugodno vpliva nanj;

vzdrževanje – obdobje, ko človek vztraja v novem, spremenjenem vedenju; če ga vzdržuje dovolj dolgo, nekako izstopi iz tega kroga, ponotranji to spremenjeno vedenje in to preide v njegovo »običajno« vedenje;

recidiv ali relaps – je povrnitev v prejšnje vedenje, ker novo, spremenjeno vedenje ni bilo dovolj utrjeno ali so prevladali drugi motivi, ki niso spodbujali novega vedenja.

Veliko ljudi v življenju prehaja v tem motivacijskem krogu iz ene stopnje v drugo in nazaj, na kar lahko vpliva cela vrsta dejavnikov – notranjih (npr. želja po boljšem zdravju) in zunanjih (npr. nasvet zdravnika).

Nekaj primerov dejavnikov, ki lahko vplivajo na prehajanje med stopnjami motivacijskega kroga:

notranji dejavniki:

Naš sogovornik ima glavobol po pivskih večerih (spodbuda za spremembo).

Naš sogovornik se je ob zmanjšanju pitja slabše počutil, bil je nervozen, težje je zbrano razmišljal (spodbuda za opustitev akcije in povratek na prejšnje vedenje).

zunANJI dejavniki:

Ženo našega sogovornika moti njegovo smrad zaradi kajenja.. (spodbuda za spremembo).

Prijatelji našega sogovornika, s katerimi se redno dobiva na partiji taroka, tudi kadijo. (spodbuda proti spremembi)

Zdravnik Strokovnjak prepričuje našega sogovornika v spremembo in ga ne pusti do besede – ne posluša njegovih pomislekov (spodbuda proti spremembi).

Motivacijski pogovor

Motivacijski pogovor oz. svetovanje za spremembo vedenja, povezanega z zdravjem temelji na elementih kognitivno-vedenjskih pristopov, motivacijskega intervjuja ter modela Prochaska & DiClemente. Za vsakdanjo rabo sta ga razvila Rollnick in Miller s sodelavci v poznih 80. letih prejšnjega stoletja, kasneje pa so to metodo dopolnjevali tudi drugi. Svetovanje je lahko izvedeno v enem pogovoru, pogosteje pa poteka v več pogovorih. Pri svetovanju mora biti aktiven tudi klient, zdravnik pa je empatičen, aktivno posluša, uporablja nebesedne in besedne veščine sporazumevanja, ponavadi je predvideno spremljanje posameznika skozi daljši čas. Pogovor mora prilagoditi posameznemu človeku in stopnji na opisanem modelu motivacije za spremembo. Zdravnik lahko z ustreznim sporazumevanjem pomaga človeku, da hitreje preide iz obdobja prekontemplacije ali kontemplacije do akcije, pa tudi obratno: z neustreznim sporazumevanjem lahko pri njem krepí odpor proti zmanjšanju pitja. Pomembno je, da z metodo aktivnega poslušanja:

uporablja k človeku usmerjen pristop,

zna usmerjati pogovor in mu dati ustrezno strukturo,

se ustrezno pogaja s posameznikom in

ustvari takšno vzdušje v pogovoru, da človek nima občutka, da ga nekdo sili v nekaj, za kar se

sam še ni resno odločil.

Temelj pogovora je aktivno poslušanje, pri čemer moramo med drugim biti izredno pozorni, da se trudimo, razumeti, kaj nam sogovornik pove. Pogosto se dogaja, da zdravnik ne razume besed (in vedenja) sogovornika enako, kot so bile mišljene. Izogibati se je treba predpostavke: »Saj vem, kaj misli, kaj je želel povedati«. Zato je treba veliko radovedno spraševati. Eno od nepisanih pravil motivacijskega pogovora je, da naj bolnik govori več kot zdravnik.

Tak pristop vključuje razumevanje bolnikovega doživljanja težav, bolezní ali tveganega vedenja, njegova stališča in prepričanja, njegove občutke, skrbi, bojazni, pomisleke, dvome, pričakovanja in vpliv bolezní ali vedenja na njegovo življenje – različne vidike njegovega življenja: somatske, čustveno-doživljajske, življenjske pogoje, način življenja, zmožnosti za vsakdanja življenjska in delovna opravila ter vpliv na njegovo družino, delovno okolje, prijatelje in okolico. Zdravnik daje pogovoru strukturo, bolnik pa večji del vsebine.

Zdravnik mora spoštovati bolnikova stališča, kar ne pomeni, da se z vsemi strinja, mora jih pa upoštevati. V takšnem pogovoru ne gre za to, kdo bo zmagal, ampak kako dober dogovor bosta sprejela, kakšen je njun skupni cilj in razjasnitev, kakšno vlogo ima vsak od njiju pri tem dogovoru. Ob tem je izrednega pomena vzdušje v pogovoru, ki bolnika ne sme siliti v neke odločitve, za katere se ne odloči sam. Poudarek je treba dati procesu, ne le vsebini pogovora. Ni pomembno samo, KAJ oz. o čem se pogovarjamo, ampak je enako pomembno, KAKO se pogovarjamo. V takšnem vzdušju se človek lahko svobodno pogovarja in razmišlja o morebitni spremembi vedenja brez prisile ali prepričevanja ter brez vsiljenih ali prezgodnjih odločitev.

Zaključek

Spreminjanje vedenja, navad in razvad, ki so povezane z zdravjem je zapleten proces, ki sega globoko v človekovo duševnost. Dober, zaupen, strpen, empatičen odnos med zdravnikom in bolnikom olajša pogovor obema. Človek nima stalnega občutka, da ga zdravnik prisiljuje v neke spremembe, ampak ga razume v njegovi negotovosti, mu je v oporo pri premagovanju notranjih in zunanjih odporov ter mu pomaga pri prevzemanju odgovornosti za svoje zdravje.

Sporazumevanje s posameznimi skupinami bolnikov

Sporazumevanje ob akutnih primerih

Martina Tomori

Pojmi:

stres
pogovor
duševno stanje bolnika
sodelovanje
svojci bolnika

Uvod

O akutnem primeru pri delu zdravnika govorimo, kadar se neka zdravstvena motnja pojavi na hitro, večinoma nepričakovano, in terja takojšnjo zdravstveno obravnavo. Akutno lahko potekajo tudi nenadna poslabšanja ali zapleti že dalj časa trajajoče ali kronične zdravstvene motnje.

Zdravnik mora tako stanje svojega bolnika prepoznati čim hitreje in se z ustreznimi zdravstvenimi posegi tudi odzvati nanj. Pri tem izhaja iz svojih strokovnih znanj, delovnih izkušenj in svoje poklicne usposobljenosti. Nenadnost okoliščin in možnost resne zdravstvene ali celo življenjske ogroženosti človeka, ki je povsem odvisen od zdravstvene pomoči (*natančne prepoznave zdravstvene motnje in izbire ter izvedbe ustreznega terapevtskega ukrepa*), zahtevata od zdravnika vso njegovo strokovno pozornost. Kljub temu pa ne sme spregledati tistega pomena in narave akutnega dogajanja, ki ga imajo celotne okoliščine v doživljanju bolnika. Prav to pa pogosto zelo odločilno vpliva na bolnikovo odzivanje in vedenje, s tem pa tudi na njegovo sodelovanje in izid zdravstvene intervencije.

Kot se pogosto pokaže, je zdravnik ob akutnih primerih mnogo bolj pripravljen (*in tudi pozoren*) na strokovni del svojega ravnanja, zato je mogoče, da se premalo posveti pomenu sporazumevanja z bolnikom.

Bolnikova pričakovanja

Ne le za bolnika, tudi za potek celotnega zdravnikovega ravnanja v primeru reševanja neke akutne zdravstvene motnje, so izjemno pomembna pričakovanja, ki jih ima bolnik v akutnem stanju bolezni. Osnovno pričakovanje bolnika je usmerjeno v čimprejšnjo in kar najbolj ustrezno razrešitev njegove zdravstvene težave. Bolnik od zdravnika pričakuje takojšnjo prepoznavo njegovega zdravstvenega problema, jasno obrazložitev, učinkovito zmanjšanje njegove zdravstvene ogroženosti ter uspešno terapevtsko ukrepanje. Počuti se povsem odvisnega od svojega zdravnika in mu želi popolnoma zaupati.

Pogovor

Stik med bolnikom in zdravnikom se mora začeti tako, da se zdravnik bolniku predstavi (*če*

ga ta ne pozna že od prej). Nato mora v pogovoru in s potrebnimi pregledi (*katerih namen in potek mora bolniku v kratkem opisati*) zbrati vse podatke, ki so mu v pomoč pri diagnosticiranju in nadaljnem ukrepanju. Ob vseh drugih postopkih, ki so odvisni od vrste akutne zdravstvene motnje, je pomembno prav besedno sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. V akutnih razmerah mora biti pogovor zelo konkreten, jasen in neposreden, preprost in prilagojen trenutnim in splošnim bolnikovim sposobnostim za razumevanje. Biti mora pomirjujoč, spodbuden, nikakor pa ne zastrašujoč. Čeprav morajo biti ob akutnih zdravstvenih intervencijah besedna sporočila zdravnika dokaj direktivna (*kritičnost zdravstvenega stanja bolnika ne dopušča odlašanja*), pa morajo vendarle biti izrečena na način, ki bolnika ne postavlja v nekakšen podrejen ali pasiven položaj v katerem bi se počutil še bolj nemočnega. Vsebina in usmeritev tega pogovora sta seveda naravnana na sam konkreten zdravstveni problem in prilagojena njegovim značilnostim. Hkrati pa morata izpolniti tudi pomembno nalogo pomiritve bolnika, njegovega motiviranja in usposobitve za čim boljše sodelovanje. S pogovorom in s svojim celotnim vedenjem mora zdravnik svojemu bolniku pokazati, da se je pripravljen povsem zavzeti za rešitev njegove zdravstvene težave.

Bistveni del sporazumevanja pri akutnih (*in seveda tudi pri vseh drugih zdravstvenih primerih*) je pozorno poslušanje bolnikov besednih in nebesednih sporočil. To je pogoj za to, da zdravnik res zbere vse nujno potrebne in pogosto odločilne podatke o zdravstvenem stanju bolnika, hkrati pa bolniku pokaže, da se mu je povsem posvetil in da njegovo zdravstveno motnjo jemlje resno, zato se pri obravnavi bolnika ne sme ukvarjati z drugimi stvarmi (*npr. s telefonskimi klici, pogovori z drugimi zdravstvenimi delavci, ki se ne nanašajo na bolnika*). Spodbuden in empatičen odnos, ki bolniku pokaže zdravnikovo zavzetost zanj, bolnika pomiri in vzbudi njegovo zaupanje v zdravnika.

Pomen bolnikovega čustvenega stanja

Ob akutni zdravstveni intervenciji mora zdravnik še posebno pozorno upoštevati dejstvo, da o bolnikovem ustreznem sodelovanju pomembno odloča tudi njegovo aktualno čustveno stanje, njegovo pojmovanje in doživljanje svoje zdravstvene težave. Strah, prekomerna zaskrbljenost, zbeganost, predstava o resnosti bolezni, velika vznemirjenost, morebitne neugodne pretekle izkušnje z zdravjem ali zdravstvenimi posegi – vse to bolnika močno čustveno bremeni, lahko pa je tudi razlog za njegovo neustrezno sodelovanje.

Zdravnik mora občutljivo zaznati in razumeti tudi bolnikova nebesedna sporočila. Ta pogosto sporočajo še veliko več, kot pa je mogoče izluščiti iz pogovora z njim. Šele ko zdravnik oceni bolnikovo vedenje v stresu in njegove preostale prilagoditvene sposobnosti, mu lahko pomaga te potenciale aktivirati in razviti ustrezne strategije vedenja.

Vedenje zdravnika

Ker je večina ljudi v stanju akutne zdravstvene motnje negotovih, prestrašenih in zaskrbljenih, je še toliko bolj pomembno, da jih zdravnik pomiri in spodbudi tudi s svojim vedenjem. Njegovo ravnanje mora bolniku pokazati in dokazati, da ves čas ve kaj počne, da ga vodijo jasne strokovne usmeritve, ki jih narekuje sama vrsta zdravstvenega problema in da se je njemu in njegovim zdravstvenim potrebam resnično posvetil.

Delo s svojci bolnika

Ob reševanju akutnih zdravstvenih težav svojega bolnika pa zdravnik ne sme izključiti njegovih svojcev. Tudi ti so v akutni zdravstveni ogroženosti svojega bližnjega - otroka, starša, partnerja - v hudi osebni stiski. Njihova zaskrbljenost in vznemirjenost lahko močno vplivata tudi na bolnika in povečujeta njegovo zbežanost, s tem pa tudi otežita njegovo sodelovanje pri poteku zdravstvene obravnave.

Če zdravnik zaradi nujnosti takojšnjega in neposrednega ukrepanja, ki ga terja sam zdravstveni problem ne more posvečati svoje pozornosti bolnikovim svojcem, je prav, da v teh okoliščinah to prevzamejo drugi zdravstveni delavci, na primer medicinska sestra. Stanje in vedenje bolnikovih bližnjih je ob akutni intervenciji pomembno iz več razlogov. Včasih lahko le oni zdravniku posredujejo potrebne zdravstvene podatke o bolniku, za to pa morajo biti primerno zbrani in pripravljeni sodelovati. Razen tega pa bolnik, sam prestrašen in vznemirjen zaradi svoje akutne zdravstvene težave, podzavestno ocenjuje resnost svojega stanja tudi po vedenju svojcev. Pomiri in razbremeni ga že njihov stabilen in umirjen pristop. Če bolnikovi svojci v svoji skrbi in strahu, ki stopnjujeta njihovo občutljivost in slabšata njihove sposobnosti obvladovanja lastnih čustev ravnajo neustrezno, če so do zdravnika prekomerno kritični, zahtevni, očitajoči in nepripravljeni za sodelovanje z njim, mora zdravnik to razumeti v luči njihove velike stiske. Če tako vedenje svojcev vzame preveč osebno, je nevarno, da bo njegov lasten čustveni odziv oviral njegovo strokovno ravnanje, ki ga zahteva akutna zdravstvena motnja njegovega bolnika. Prav je, da se takrat, ko je narejeno vse kar je bilo treba storiti, z bolnikovimi svojci pogovori in jim pokaže, da je razumel razloge za njihovo vznemirjenje in prizadetost.

Zaključek s povzetki ključnih sporočil

Akutna zdravstvena motnja in potreba po takojšnji strokovni pomoči vedno močno čustveno vznemiri bolnika in njegove svojce. Poleg jasno usmerjenega in učinkovitega strokovnega ravnanja mora zdravnik v tem primeru pozorno upoštevati tudi emocionalno stanje vseh vključenih in se odzvati tako, da jim ublaži tudi sam stres akutne bolezni.

Sporazumevanje s kroničnim bolnikom

Davorina Petek

Pojmi:

kronične bolezni
vključevanje bolnika v zdravljenje
samooskrba
sodelovanje pri zdravljenju (adherenca)
odnos z bolnikom

Uvod

Kronične bolezni so tiste, za katere ne obstaja možnost ozdravitve. Zdravstvene intervencije so omejene na obvladovanje simptomov, preprečevanje napredovanja in zapletov bolezni ter na poučevanje in vzpodbujanje bolnika k samooskrbi. Prav komunikacija je tista, ki pomembno doprinese k bolnikovi sposobnosti obvladovanja bolezni, vključitvi potrebnih sprememb in prilagoditev v njegov vsakdan in s tem k čim boljši kakovosti bolnikovega življenja.

Vključevanje bolnika v zdravljenje

Ob postavitvi diagnoze kronične bolezni je pred bolnikom dolga pot, kjer bo moral spoznati značilnosti svoje bolezni in se naučiti, kako z njo živeti. S svojimi posledicami za funkcioniranje bolnika in zahtevami v zvezi z zdravljenjem lahko kronična bolezen prinaša določene omejitve v življenju in potrebo po nekaterih spremembah v bolnikovem vsakdanu. To ga lahko navda s tesnobo in občutkom negotovosti, kar lahko pomembno ovira potek zdravljenja, zato tak bolnik potrebuje čustveno in psihološko podporo svojega zdravnika.

Razen tega se mora bolnik tudi sam aktivirati, da bo njegovo življenje potekalo čim bolj nemoteno kljub zdravstvenim težavam. Že davno so minili časi, ko so bolniki prejeli navodila, kako ravnati glede bolezni, ne da bi sami k svojemu zdravju aktivno doprinesli. Danes bolnika v čim večji meri vključimo v zdravljenje njegove bolezni. Skupaj z njim moramo najti cilj zdravljenja, ki je prilagojen bolnikovim željam, zmožnostim in življenjski situaciji, hkrati pa ustreza medicinski doktrini. Le z vključenostjo bolnika je mogoče reševati probleme v zavezništvu z njim in poiskati najboljšo možno rešitev. Tak način predstavlja partnerstvo med bolnikom in zdravnikom s soodločanjem bolnika v procesu zdravljenja. Partnerstvo z bolnikom ni možno, kadar zdravnik deluje s profesionalno distanco, ga ne zanimajo bolnikovi pogledi ali celo preprečuje bolniku dostop do informacij in odločitev.

S komunikacijskega pogleda se aktiven bolnik vključuje v pogovor, postavlja vprašanja, izraža zaskrbljenost, natančno razloži svoje težave in simptome ter predstavi svoja pričakovanja od posveta in zdravljenja na splošno. Je bolj asertiven, pove svoje mnenje in želje. Aktivnim bolnikom zdravniki pogosto ponudijo več informacij in podpore in se prilagajajo njihovim potrebam in pričakovanjem. To vodi do izdelave načrta zdravljenja, ki je strukturiran okrog bolnikovega življenjskega sloga in prepričan. Aktivni bolniki so običajno bolj zadovoljni z zdravljenjem in pri njem bolj sodelujejo kot pasivni bolniki. S tem je uspešen izid zdravljenja bolj verjeten.

Odnos med zdravnikom in kroničnim bolnikom

Pri kroničnih bolnikih je značilno, da se s svojim zdravnikom in celotnim timom srečujejo skozi daljše obdobje. Zato se gradi odnos med njimi, ki je ob ponovnih srečanjih vse bolj oseben. Dober odnos se razvije takrat, kadar je zdravnik zmožen sprejeti bolnika in njegove poglede, stališča, ne glede na to, ali se z njimi strinja ali ne. Odnos zdravnika mora biti neobsojajoč in empatičen. Posebej je pomembna zdravnikova podpora. Kronični bolniki se srečujejo z mnogimi izzivi: naučiti se morajo določenih veščin, npr. kontrole krvnega sladkorja, ali krvnega tlaka in spremeniti določene navade, za kar potrebujejo motiviranost in samozaupanje. Premagovanje preprek je za bolnika napor in si zasluži naše spoštovanje za ves trud, ki ga vloži v samozdravljenje. Dober komunikacijski slog zdravnika vsebuje ustrezno obnašanje, ko npr. vprašamo bolnika o njegovih čustvih, na njih ustrezno reagiramo in odgovorimo. Ustrezna čustvena, humanistična, empatična interakcija zdravnika z bolnikom pomembno vpliva na zadovoljstvo bolnika s posvetom.

Informiranje bolnika

Pri kroničnem bolniku je potrebno ustrezno informiranje o značilnostih bolezni, zdravljenja in samooskrbe. Podajanje informacij mora biti prilagojeno bolnikovemu interesu in zanimanju, predznanju, zmožnostim razumevanja, vključevati moramo bolnikove poglede in mnenje. Informacije morajo biti podane na razumljiv način in vključevati bolnika s tem, da mu damo možnost vprašanj in prilagodimo razlago njegovim željam. Informacije o bolezni se dopolnjujejo in obnavljajo v naslednjih posvetih.

Samooskrba

Samooskrba predstavlja vrsto aktivnosti, ki jih izvaja bolnik s kronično boleznijo in vključujejo preventivo poslabšanj, razvoja zapletov in sočasnih kroničnih bolezni, ter vsakodnevne zadolžitve, ki jih posameznik izvaja v sklopu samovovodenja kroničnih bolezni za zmanjševanje simptomov, postopke zdravljenja, posledice in spremembe življenjskega sloga. Vsebuje nadzor nad drugimi dejavniki tveganja, ki bi lahko poslabšali njegovo zdravstveno stanje, odkrivanje kroničnih zapletov ali znakov akutnega poslabšanja in ustrezno ravnanje, ki predstavlja bodisi prilagoditev terapije ali pa iskanje ustrezne zdravstvene pomoči. Bolniki s kronično boleznijo se soočijo s tremi področji zahtev do njih samih: medicinskim delom obravnave (jemanje zdravil, samokontrola glukoze v krvi...), vzpostavitvijo nove življenjske vloge v službi, družini, med prijatelji ter obvladovanjem jeze, frustracij, žalosti, ker imajo kronično bolezen. Samooskrba predstavlja bolnikovo globalno sposobnost reševanja problemov. Bolnik sam postavi cilj v življenju s svojo boleznijo, identificira problem in naredi realistični načrt reševanja. Zdravnik ga k temu vzpodbuja.

Sodelovanje pri zdravljenju (adherenca)

Rezultati našega zdravljenja kroničnih bolnikov se lahko merijo na različne načine. Lahko gledamo različne parametre urejenosti te kronične bolezni (npr. višino povprečja glukoze v krvi pri bolniku s sladkorno boleznijo), kronične zaplete, pogostost poslabšanj merjeno preko hospitalizacij itd. Vsi ti rezultati pa niso odvisni le od nas zdravnikov in zdravstvenega tima ampak tudi od bolnikov samih, oziroma od tega, kako sodelujejo pri svojem zdravljenju.

Znani so številni dejavniki, ki naj bi vplivali na bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju, npr:

izobrazba, osebnostne značilnosti, spol, zaupanje v zdravnika... Bolnikovo sodelovanje je odvisno tudi komunikacijskega sloga zdravnika. Boljše sodelovanje pri zdravljenju je takrat, kadar zdravnik deluje v odnosu z bolnikom partnersko (npr. ga vpraša za mnenje, postavlja odprta vprašanja) in komunicira podporno (ga vzpodbuja, zagotavlja pomoč). Direktivni in kontrolirajoči komunikacijski slog, ki ne upošteva bolnika, zmanjša njegovo aktivno sodelovanje pri zdravljenju.

S strani bolnika je za sodelovanje pomembno njegovo znanje o bolezni, stališča in prepričanja o bolezni in zdravljenju, izkušnje v zvezi z zdravljenjem. Bolje kot bolnik razume svojo bolezen, vzroke, potek in način zdravljenja, bolje bo razumel pomen sodelovanja in svojega doprinosu k temu. Zato je dolžnost zdravnika ne le, da bolnika razume, da zna z njim komunicirati empatično in daje ustrezne odgovore na čustveno reakcijo bolnika, ampak da zna bolnika opremiti z razumevanjem njegovega stanja, kar je potrebno, da bo ustrezno ravnal s svojim zdravjem in boleznijo. V tem smislu je pomemben razgovor z naslednjimi vsebinami: kakšni so vzroki zdravstvenega problema, kakšni so znaki izboljšanja ali pa poslabšanja stanja, pomoč pri načrtovanju zdravljenja, kako vključiti zahteve zdravljenja v vsakodnevno življenje, kakšni so znaki bolezni, ki zahtevajo takojšnje ukrepanje, kakšno je najverjetnejše trajanje problema in zdravljenja glede na časovno perspektivo. Bolnik, ki je opremljen s takšnim znanjem, bo lahko pravilno ocenil, če gre za poslabšanje. Npr. bolniki z astmo bodo s pomočjo merjenja maksimalnega pretoka zraka ali pa s subjektivno oceno zmožnosti hoje po stopnicah sami ocenili, kakšna je njihova pljučna funkcija in tudi vedeli, kaj naj storijo v primeru poslabšanja. Hkrati bo razumel, kako pomembno je, da pri zdravljenju sodeluje in bo za to tudi sam motiviran.

Zadovoljstvo bolnika z zdravljenjem

Eno od meril kakovostne zdravstvene oskrbe predstavlja ocena zdravljenja s strani bolnika. Bolnik ocenjuje klinično oskrbo svoje bolezni, organizacijo te oskrbe, komunikacijo z zdravnikom ter svojo vključenost v zdravljenje. Obstajajo validirani vprašalniki, s katerimi bolniki ocenjujejo svojo oskrbo, kot npr. Europep, posebej za kronične bolnike pa npr. vprašalnik PACIC (Patient assessment of chronic care)

Na zadovoljstvo bolnika pomembno vpliva čustvena podpora zdravnika, empatija, sprejemanje, skratka tisti del komunikacije, ki krepi njun odnos. Vendar ni jasno, v koliki meri zadovoljstvo vpliva na sam izid zdravljenja bolezni, merjen s kazalci urejenosti bolezni. V nekaterih pogledih je za sam izid bolj pomembno informiranje bolnika in vplivanje na njegovo ravnanje v zvezi z boleznijo, torej njegova zmožnost samooskrbe, ki jo zdravnik izboljša s poučevanjem in individualnim pristopom k bolniku, ker le to pomembno vpliva na sodelovanje oziroma adherenco bolnika.

Reševanje problemov

Končno pot sodelovanja predstavlja bolnikova zmožnost reševanja problemov. Za to mora biti primerno poučen in osveščen, kateri postopki in kdaj so potrebni in mora imeti psihološki občutek, da je sposoben obvladovati svojo bolezen. Reševanje problemov je cilj samooskrbe bolnika.

Zaključek s povzetki ključnih sporočil

Bolnik s kronično boleznijo se pogosto srečuje s svojim zdravnikom. Za dobro urejenost njegove bolezni in kakovostno življenje bolnika je pomembno, da pri svojem zdravljenju aktivno sodeluje in da se nauči samovodenja svoje bolezni. V komunikaciji je pomembno, da je bolnik aktiven partner v pogovoru in vključen v obravnavo, da ga zdravnik usposobi za samovodenje z ustreznim informiranjem in vodenjem pri reševanju problemov. Ob tem je za zadovoljstvo bolnika pomembno tudi podporno komuniciranje.

Sporazumevanje z otrokom

Martina Tomori

Pojmi:

razvojno obdobje

govorno sporazumevanje

strah

pomoč svojcem

Uvod

Otrokove sposobnosti za sporazumevanje in značilnosti njegove komunikativnosti z okoljem so odvisne od njegovega razvojnega obdobja. Z razvojem se oblikujejo in zorijo sposobnosti za zaznavanje okolja in razumevanje dogajanja v katerega je vključen, zmožnosti za razumevanje vedno bolj zapletenih in celostnih vsebin, govornega izražanja in razumevanja govora, značilnosti njegovega izražanja čustev in splošne socialne spretnosti. Na vse te otrokove značilnosti vplivata njegova narava in temperament (*biološko, tudi dedno pogojene lastnosti, kot so: energijski naboj, usmerjenost navzven ali navznoter, prilagodljivost, senzibilnost*), ob tem pa tudi njegova družina in socialno okolje iz katerega izhaja, njegove pretekle izkušnje in trenutno zdravstveno stanje in počutje. Na posebnosti sporazumevanja z otrokom vplivajo tudi konkretne okoliščine, v katerih se z njim srečamo (*na primer ob nujnem, urgentnem pregledu, v okoliščinah, ki so otroku že dobro poznane*).

Za učinkovito sporazumevanje z otrokom je potrebno upoštevati vse omenjene dejavnike, ki so različni od otroka do otroka, ob tem pa poznati značilnosti in zmogljivosti, ki jih določa njegovo razvojno obdobje.

Sodelovanje staršev pri sporazumevanju zdravnika z otrokom

Čim manjši je otrok, toliko bolj je potrebno, da pri zdravstvenih intervencijah, že tudi pri samem pregledu otroka, sodelujejo njegovi najbližji odrasli.

V prvih letih življenja je otrokovo občutje varnosti in gotovosti povezano z neposredno bližino vsaj enega od odraslih, na katerega je navajen v svojem vsakdanjem življenju. To je največkrat eden od njegovih staršev. Otroku so dotik, naročje, spodbudni ton prigovarjanja, pomiritve ali spodbude bližnje odrasle osebe, domači. Zato že sama telesna bližina starša zmanjšuje otrokov stres, ki ga doživlja v tuji, neznani in nepredvidljivi situaciji. Odrasli, posebno tisti, ki otroka dobro poznajo, lahko posredujejo zdravniku pomembne informacije o otroku in spremembah, ki jih je pri njem povzročila bolezen.

Kolikor starejši je otrok in kolikor več izkušenj ima iz medosebnih odnosov in dejavnih stikov z izvendružinskimi osebami (*iz sosedstva, vrtca, šole*), toliko bolj tvorno in samostojno lahko sodeluje tudi pri sporazumevanju z zdravnikom. Na to vplivajo tudi njegove večje govorne sposobnosti (*tako govorno izražanje kot razumevanje govora druge osebe*), boljša sposobnost opazovanja in opisovanja lastnega počutja in ustrežnejše razumevanje vzroka in pomena zdravstvene intervencije.

Ker so mladostniki še posebno občutljivi za svojo zasebnost, je mnogim od njih lažje, če so z

zdravnikom pri pregledu sami. Tudi s stališča njihovega doživljanja svoje individualnosti in osebne avtonomije, jim je samostojno sporazumevanje z zdravnikom lahko pomembna vrednostna potrditev. Če sami izrazijo željo po prisotnosti staršev, pa je to seveda potrebno upoštevati.

Če zdravniku pogovor z mladostnikom ne da dovolj potrebnih zdravstvenih podatkov, lahko pogovor s starši opravi po pogovoru z mladostnikom, seveda, če se mladostnik s tem strinja. (Če opravi zdravnik razgovor z mlajšim otrokom brez prisotnosti njegovih staršev, se z njimi pogovori prej in jim tudi okvirno navede teme pogovora z otrokom.)

Celoten pregled oziroma potek srečanja zdravnika z otrokom mora biti prilagojen ravni otrokovega razvoja, njegovim lastnostim, izkušnjam in sposobnostim sodelovanja, kot tudi zahtevam, ki jih določa sama narava obravnavane otrokove zdravstvene motnje. Optimalno je, če pregled poteka v prostoru ki je prijazen, domač, in dopušča sproščeno srečanje otroka z zdravnikom.

Besedno in nebesedno sporazumevanje

Jezik, ki ga uporablja zdravnik pri sporazumevanju z otrokom, mora biti temu razumljiv in domač. Z malčkom je še posebej pomembno nebesedno sporazumevanje (*ton govora, pogled, dotik*), predšolski otrok razume sporočila, izrečena v kratkih stavkih in preprostih besedah, šolarju so že razumljivi opisi bolj celostnih, a še vedno čisto konkretnih in znanih mu vsebin, mladostnik pa pričakuje, da odrasli razume njegov značilni sleng (*čeprav ga običajno odbije, če ta sleng uporablja tudi odrasla oseba*). Ne glede na starost otroka pa je pomembno, da so zdravnikova besedna in nebesedna sporočila med seboj usklajena in zato prepričljiva.

Posredni viri sporazumevanja z otrokom so lahko zelo različni in toliko bolj povedni, kolikor bolje so prilagojeni vsakemu otroku. Preko prvin igre se je mogoče dobro sporazumevati z majhnim otrokom, malo večji otrok ceni in se sprosti ob zdravnikovem humornem ali šaljivem pristopu. Vsebino pogovora, ki otroka na začetku srečanja z zdravnikom sprosti, zdravniku pa omogoči boljše spoznavanje otroka, je potrebno prilagoditi vsakemu otroku posebej, ne le njegovemu razvojnemu obdobju in stopnji zrelosti, ampak tudi njegovim interesom in motivom. Predšolski otrok veliko pove o sebi s pripovedjo o svojih najljubših igračah in igrah, ali celo ob vključevanju le - teh v sporazumevanje. Drugi se rad pogovarja o hišnem ljubljenu ali prijateljih iz vrtca. Šolarja sprosti pogovor o njegovih posebnih zanimanjih, mladostnika pa spodbudi pogovor o glasbi, ki jo ima rad. Vključevanje takih vsebin v sporazumevanje otroka pomiri, mu zmanjša strah, ublaži tesnobo in mu vzbudi zaupanje v zdravnika. Zato uvod s tako vsebino lahko močno olajša nadaljnje sporazumevanje med otrokom in zdravnikom in omogoči postopno usmeritev v teme, povezane z zdravjem in počutjem.

Tudi trajanje pregleda je potrebno prilagoditi otrokovim sposobnostim za zbrano sodelovanje. Pozornost majhnega otroka je potrebno večkrat obuditi in ponovno usmeriti, med bolj zahtevnimi deli sporazumevanja z njim so dobrodošle krajše sprostitev z zanj manj obremenjujočo vsebino. Če narava in zapletenost zdravstvene intervencije terjata več časa otrokovega sodelovanja, je kratka vmesna sprostitev dobrodošla tudi večjemu otroku.

Povezanost med telesnim in duševnim stanjem otroka

Pri sporazumevanju z otrokom je potrebno upoštevati tesno povezanost njegovega telesnega

počutja in sposobnosti za sodelovanje pri zdravniškem posegu. Telesna neugodja kot so bolečina, vročina ali slabost, izrazito zmanjšajo otrokove psihosocialne sposobnosti. Izkaže pa se tudi nasprotno: *strah, tesnoba in zaskrbljenost* zaradi bolezenskih sprememb običajno še povečajo neugodja telesnih zdravstvenih težav otroka. Tudi zato je pomembno, da sporazumevanje z otrokom poteka v čim bolj pomirjujočem in sproščenem ozračju.

Kaj otroku otežuje sporazumevanje z zdravnikom

Vsak zdravstveni postopek in vsako srečanje otroka z zdravnikom, sproži pri otroku bojazen in tesnobo. To je razumljivo in pričakovano že po osnovnih zakonitostih otroške psihologije. Zdravstvena intervencija največkrat poteka v okolju, ki je otroku tuje, v zanj neznanih prostorih, ob strašočih instrumentih, posebnemu vonju in v belo in druge barve oblečenih neznanih oseb. Pogovori tečejo o njemu ne povsem razumljivih temah. Otrok ne ve, kaj ga čaka, dogajanje je zanj nepredvidljivo in zato vzbuja v njem dodatna občutja ogroženosti, ki jih je sprožila že sama zdravstvena motnja. Mnogi otroci imajo že predhodne neugodne izkušnje, morda s cepljenj ali drugih zdravstvenih posegov. Ob tem se otrok počuti slabo že zaradi same bolezni in je zato še bolj občutljiv, svoj strah pa še težje premaguje.

Zaradi vsega tega je še posebej pomembno, da zdravnik že v začetku srečanja z otrokom poskrbi za čim bolj sproščeno ozračje. Če okoliščine zdravstvenega postopka dopuščajo, naj otroku omogoči, da se znajde v prostoru, si ga ogleda, se seznaní z zanj zanimivimi deli opreme (*majhnega otroka navduši že možnost, da vzame v roke zobozdravnikovo ogledalce, ali svoji igrački namesti obvezo*). Tudi nevsiljiv pogovor o nezdravstvenih temah z otrokom (*o junaku iz risanke, domačemu psičku*) otroka pred zdravstvenim posegom sprosti in mu olajša sodelovanje.

Pomen sporazumevanja z otrokovimi svojci

V okoliščinah, ki so povezane z zdravstvenimi posegi, so zaskrbljeni, napeti in tesnobni tudi otrokovi starši. Otrok njihovo skrb in tesnobo jasno zaznava, tudi če mu tega ne izražajo z besedami. Zato je za uspešnejše in bolj tekoče sporazumevanje z otrokom še posebno pomembno, da zdravnik razvije pozoren odnos tudi z otrokovimi starši. Njihovo zaupanje in občutje, da so oni in otrok sprejeti z razumevanjem in da zdravnik upošteva tudi njihovo čustveno stisko ob zdravstvenem posegu, lahko odločilno povečata učinkovitost zdravnikovega sporazumevanja ne le z njimi, temveč tudi z bolnim otrokom.

Zaključek s povzetki ključnih sporočil

Pri sporazumevanju z otrokom mora zdravnik upoštevati značilnosti otrokovega razvojnega obdobja. Na ustrezen način naj vključi tudi otrokove najbližje odrasle in sporazumevanje spróti prilagaja otrokovemu duševnemu stanju in njegovemu pojmovanju narave in resnosti zdravstvenih težav.

Sporazumevanje s starostnikom

Marija Petek Šter

Pojmi:

starostnik
telesne težave
psihične težave
funkcionalno stanje
ovire v sporazumevanju

Uvod

Bolniki, starejši od 64 let, v Sloveniji predstavljajo že skoraj 17% celotne populacije, delež starejših pa ob daljšanju življenjske dobe in zmanjševanju rodnosti še narašča. Večina starostnikov živi v domačem okolju, približno 5% vseh starostnikov pa je zaradi zdravstvenih (*slabega telesnega ali duševnega zdravja*) ali socialnih razlogov (*osamljenosti, nezmožnosti okolja, da poskrbi zanje*) nastanjenih v domovih starejših občanov (DSO), ki jih je v Sloveniji skoraj sto.

Cilj obravnave starostnika ni le zdravljenje bolezni in lajšanje starostnih tegob, ampak izboljševanje funkcionalnega stanja in vzdrževanje starostnikove neodvisnosti z namenom doseči kar najboljšo kakovost življenja zanj in njegovo družino.

Za uspešno sporazumevanje s starostnikom moramo poznati osnovne značilnosti starostnikov, ki lahko predstavljajo omejitve v sporazumevanju - *težave s sluhom, upad miselnih in čustvenih sposobnosti, težave s spominom* po drugi strani pa se moramo zavedati, da so starostniki osebe z veliko življenjskimi izkušnjami, ki lahko mlademu človeku pomagajo odgovoriti na številne dileme, s katerimi se srečujejo ali se bodo srečali v življenju.

Predstavitev starostnika

Starostniki predstavljajo heterogeno skupino z velikimi razlikami v zdravstvenem stanju in vitalnosti, funkcionalnih zmognosti in osebnostnih lastnosti. Za obdobje starosti je značilno zmanjševanje psihičnih in telesnih sposobnosti, h katerim prištevamo pričakovan fiziološki upad in številne kronične bolezni ter stanja. Upad fizioloških funkcij je del normalnega staranja, ki ga težko ločimo od vpliva kroničnih bolezni. Število kroničnih degenerativnih bolezni in intenziteta le - teh s starostjo narašča, pojavljajo pa se tudi težave, kot so: (*inkontinenca urina in blata, kronično zaprtje, demenca, okvare vida in sluha, težave z ravnotežjem in padci, osteoporoza, slabša prehranjenost, preležanine in drugo, t.i. gerontološki sindromi*) in psihosocialne motnje. Telesne, psihične in socialne težave vsekakor zmanjšujejo funkcionalno sposobnost starostnika in vplivajo na kakovost njegovega življenja.

Telesne težave starostnika

Starostniki imajo pogosto težave z vidom. Mnogi starostniki uporabljajo očala, kljub temu pa so določene motnje vida takšne narave, da jih s pomočjo optičnih pomagala ni mogoče omiliti in so zato nekateri starostniki slabovidni ali skoraj slepi.

Pešanje oz. izguba sluha spremlja večino starostnikov, pri nekaterih pa je prisotna to te mere,

da se starostniki brez slušnega aparata ne morejo več normalno sporazumevati. Slušnega aparata nekateri starejši ne nosijo posebno radi, zato se moramo pri komuniciranju z njimi posluževati nekoliko glasnejšega govora.

Nekateri starostniki, posebno tisti, ki so nastanjeni v domovih, imajo težave pri gibanju, zato potrebujejo različne tehnične pripomočke kot so bergle, hodulje ali invalidske vozičke, mnogi pa so nepokretni. Pogosto navajajo tudi občutek nestabilnosti in vrtoglavice, zato se sami ne upajo podati na daljšo hojo, saj jih je strah padca in posledičnega zloma roke ali noge. Tožijo tudi o kronični bolečini, ki je spremljevalec njihovega življenja, zato si pomagajo z različnimi zdravili in metodami fizikalnega zdravljenja in nič nenavadnega ni, da so protibolečinske tablete med tistimi, ki jih največ predpisujejo starostnikom. Mnogi, zlasti tisti v visoki starosti in s pridruženimi kroničnimi boleznimi pogosto niso sposobni zadržati vode, včasih tudi ne blata, zato potrebujejo plenice.

Psihične težave

Psihične težave so v starosti pogoste, kar je povezano s prisotnostjo kroničnih bolezni, ki vodijo v telesno ali razumsko usihajo, pogosto pa je sopotnik težav tudi kronična bolečina. Osamljenost je nedvomno dejavnik, ki vodi v razvoj čustvenih težav in depresivnih motenj. Starejši ljudje tudi pogosto tožijo zaradi nespečnosti, ki je posledica fizioloških sprememb, lahko pa tudi odraz telesnih bolezni (*npr. bolezn srca ali prostate, ki zahteva nočno vstajanje zaradi odvajanja vode*), duševnih motenj (*depresije*) ali pa so težave s spanjem ponoči posledica zmanjšane potrebe po spanju ob zmanjšani aktivnosti preko dneva ter potrebi po dnevnem počitku.

Zdravila

Zaradi pogosto prisotnih telesnih bolezni in psihičnih težav starostniki prejemajo številna zdravila, ki jim jih predpiše zdravnik, včasih pa še dodatna zdravila brez recepta. Starostniki z opešanim spominom težko sledijo navodilom za uživanje zdravil in so v nevarnosti, da zdravila jemljejo neustrezno kar lahko vodi v dodatne zaplete. V takih primerih je potrebno pritegniti svojce, oz. osebe v domovih starejših občanov in starostniku obzirno razložiti, da potrebuje pomoč kadar gre za jemanje zdravil.

Funkcionalno stanje starostnikov

Glede na stopnjo samostojnosti (*funkcionalno stanje*), starostnike delimo v štiri skupine:

- 1. Nesposobnost za opravljanje osnovnih življenjskih aktivnosti** (*umivanje, oblačenje, uporaba toaleta - Stranišča / inkontinenca, hranjenje, gibanje*) deloma ali v celoti je tak starostnik odvisen od pomoči drugih, ali pa zaradi psihičnega stanja potrebuje stalen nadzor. Potrebuje delno ali popolno nego oz. nadzor druge osebe, če je ni mogoče zagotoviti v domačem okolju, pa potrebuje namestitev v dom starejših občanov.
- 2. Sposobnost za opravljanje osnovnih dnevnih aktivnosti** . Starostnik v tej skupini praviloma ni sposoben za povsem samostojno življenje. Lahko biva v domačem okolju, če so ob njem svojci, ki poskrbijo za nujna življenjska opravila (*npr. priprava hrane, nakupovanje, ravnanje z denarjem*)
- 3. Sposobnost za samostojno življenje** (*nakupovanje, vožnja avtomobila, oz. uporaba javnega prevoza, uporaba telefona, opravljanje hišnih opravil, ravnanje z denarjem*).

4. Izpolnjevanje vloge v družbi, skupnosti in družini (sposobnost za ustvarjalno delo, rekreacija, skrb za družino).

Česa se starostniki bojijo?

Starejši ljudje se zavedajo, da se njihovo življenje počasi bliža koncu in večine od njih bližajoče se smrti ni strah. Pogosto jih je bolj strah smrti ljubljene osebe in lastne osamljenosti. Mnogi starostniki se bojijo, da bodo zboleli za sindromom demence (*kognitiven upad povezan z organskimi spremembami v možganih, katerega glavni dejavnik tveganja je visoka starost*), strah jih je kronične bolečine in telesne oslabelosti, ki bi jih vodila v odvisnost od tuje pomoči in pomenila izgubo samostojnosti in dostojanstva..

Osnovna načela sporazumevanja s starostnikom

Pri sporazumevanju s starostniki je potrebno upoštevati osnovna načela sporazumevanja:

- Jasno opredeljen cilj
- Jasno in razumljivo sporočilo
- Razumevanje osebe, ki ji je sporočilo namenjeno
- Razumevanje lastnega ravnanja med sporazumevanjem

Predpogoj za uspešno sporazumevanje je oblikovanje ustreznega odnosa s starostnikom, v katerem se starostnik počuti kar najbolj domače.

Vzpostavitev odnosa

Preden začnemo pogovor s starostnikom, je potrebno vzpostaviti ustrezen, empatičen odnos s starostnikom v okolju, v katerem se počuti domače. Ko naslavljamo starostnika, je primerno uporabljati nazive, ki so starostniku domači, npr. gospod Novak. Ljudje naslavljanje zgolj po imenu lahko razumejo kot ponižujoče.

Pomembno je spoštovanje načela avtonomije (*samostojnosti*) tudi v primeru, ko gre za starostnika, ki zaradi okrnjenih kognitivnih funkcij ni sposoben v celoti slediti pogovoru. Smiselno je, da k pogovoru pritegnemo spremljevalca. Če je le mogoče, poskušamo vse, kar nas zanima, izvedeti v pogovoru s starostnikom. Če pa to ni mogoče ali so pridobljene informacije skope ali nezanesljive, jih dopolnimo oz. preverimo s pomočjo spremljevalca.

Pred prvim pogovorom s starostnikom je primerno orientacijsko oceniti njegove kognitivne sposobnosti (*npr. naj ponovi tri besede, ki jih je izrekel*) ter ostale ovire za uspešno sporazumevanje (*npr. okrnjen sluh*).

Besedno sporazumevanje

V besednem delu sporazumevanja se moramo zavedati okrnjenih mentalnih sposobnosti starostnika, kot so težave s pozornostjo in spominom ter telesnih težav, ki omejujejo sporazumevanje (*npr. motorična prizadetost govora po možganski kapi, slab sluh*). Besedna sporočila morajo biti jasna, kratka, razumljiva in osebna ter vsebinsko bogata in prilagojena posameznikovi sposobnosti razumevanja sporočila. Za pogovor si moramo vzeti več časa kot pa za pogovor z mlajšo osebo.

Nebesedno sporazumevanje

Nebesedno sporazumevanje (*nasmeh, stisk roke, očesni stik, mimika, dotik, kretnje telesa*) je pri starostnikih zaradi starostnih in bolezenskih sprememb pogosto bolj pomembno od besednega sporazumevanja. Nebesedno sporazumevanje naj sledi besednemu in ga dopolnjuje.

Praktična priporočila za sporazumevanje s starostnikom:

- Za pogovor vzamemo dovolj časa
- Pristop naj bo umirjen in prijazen
- Ogibati se moramo motečih dejavnikov (npr.: *vklučen TV sprejemnik, radio, hrup iz okolice*). Nikoli ne nagovarjamo sogovornika iz drugega prostora.
- Če nas oseba še ne pozna, se predstavimo
- Osebo pokličemo po priimku, npr. gospod Novak
- Tempo pogovora prilagodimo sogovorniku
- Govorimo počasi, v enostavnih, kratkih in jedrnatih stavkih, tako da nas sogovornik lahko sliši in vidi
- Govorica telesa in obraza naj bosta usklajeni z besedno govorico
- Uporabljamo enostavne, razumljive in običajne besede
- V stavku naj bo le eno sporočilo ali navodilo
- Kadar navodila po potrebi ponavljamo, jih ponovimo natanko tako kot prvič.
- Govoriti moramo z mirnim glasom, vendar ne smemo šepetati. Glasnost govora prilagajamo glede na morebitno okvaro sluha.
- Uporabimo lahko obziren, nežen dotik, če se zdi primeren
- Molk je prav tako element sporazumevanja, zato ga moramo dopustiti
- Potrebno je spoštovati avtonomijo starostnika, zato ne smemo biti pokroviteljski. S sogovornikom se ne prepiramo ali se norčujemo.
- Če sogovornik odklanja neko dejanje ali ga zavrača, pustimo, da tako ostane in pozneje znova poskusimo doseči soglasje

Pogovor začnimo z odprtim vprašanjem, ki da sogovorniku možnost, da predstavi svoja pričakovanja ter prepričanja, nato postavljamo vprašanja zaprtega tipa za natančnejšo razjasnitev. Pustimo mu dovolj časa, da starostnik odgovori; prekinitev lahko negativno vpliva na nadaljnje sporazumevanje (*npr. starostnik ima občutek, da ga ne želimo več poslušati in njegovi odgovori postajajo skopi, nezainteresirani*). Če starostnik v pogovoru sam ne najde primerne besede, počakamo, da jo nadomesti z drugo. Spodbujamo ga h govorjenju in ga ne popravljamo ves čas. Ob koncu pogovora se sogovorniku zahvalimo za pogovor in izkušnje, ki nam jih je posredoval.

Ovire pri sporazumevanju s starostnikom

• *Upad miselnih in čustvenih sposobnosti*

Pri komunikaciji z dementnimi osebami (*starostnikih nasploh*), se moramo ves čas zavedati kako pomembno je, da se znamo mi prilagajati njim in da ne pričakujemo, da bi se oni prilagajali našemu načinu komunikacije.

Hkrati nam mora biti jasno, da vedno vsega ne bomo mogli razumeti in da bomo te meje prav tako morali sprejeti. Predvsem pa se moramo zavedati, da ljudje z demenco potrebujejo čas. Čas, da prepoznajo osebe in stvari. Zato pri pogovoru z njimi ne smemo biti nestrpni.

Pomembno je, da poskušamo vzpostaviti pristen stik: *očesni kontakt - ujemanje pogleda, rahel dotik (oddaljenost na dolžino roke)*, počasno razločno govorjenje v kratkih stavkih, ki jih, če je potrebno ponovimo, podpora govoru z jasnimi kretnjami.

- ***Upad spomina in pozornosti***

Spomin je kognitivna funkcija, ki je v delu, ki se veže na svež spomin (*na dogodke, ki so se zgodili v bližnji preteklosti*) okrnjen pri večini starejših ljudi, medtem ko je spomin za dogodke v davni preteklosti dobro ohranjen. Težave s svežim spominom in upad pozornosti s koncentracijo moramo v pogovoru upoštevati tako, da starostniku ne silimo v priklic velike množice svežih informacij ter pogovor zaključimo takrat, ko vidimo, da starostnik ne zmore več slediti pogovoru.

- ***Odklanjanje nasvetov ob ustaljenih miselnih vzorcih***

Starejši ljudje imajo pogosto svoj prav in se niso zmožni prilagajati in težko sprejemajo poglede, ki so drugačni od njihovih ustaljenih prepričanj. V pogovoru s starostnikom, ki ima drugačen pogled kot ga imamo sami in za katerega menimo da je ustrezen, prepričevanje ni smiselno. Po drugi strani pa starostniki radi delijo nasvete. Bolje je torej prisluhnuti njihovim življenjskih izkušnjam, oceniti njihov nasvet in se zanj zahvaliti. .

Težave s sluhom imajo praviloma vsi starostniki. Nekateri nosijo slušne aparate, ki pa so praviloma neprijetni in se zato zelo naglušni starostniki raje sporazumevajo brez slušnega aparata. Če slab sluh predstavlja problem, ga lahko rešimo dokaj pragmatično: z večjo bližino med govorcema in položajem v prostoru, ki omogoča starostniku, da si lahko na podlagi obrazne mimike pomaga, ko mora razbrati povedane besede. Po prostoru se med pogovorom ne premikamo in pozorni moramo biti, da si ne zastiramo ust, iz katerih starostnik lahko razbere, kaj smo povedali. Govor mora biti glasnejši, razločen in bolj počasen, kar pa ne pomeni, da moramo vpiti. Večkrat preverjamo razumevanje povedanega, uporabljamo pisne informacije (*ključne besede napišemo na list papirja*).

Zaključek in povzetek ključnih sporočil

Staranje je povezano s telesnimi in psihološkimi ter psihičnimi spremembami, ki jih moramo upoštevati pri sporazumevanju s starejšim človekom. Za uspešno sporazumevanje je potrebno vzpostaviti primeren odnos, ki temelji na spoštovanju sogovornika in njegove pravice do avtonomije, prilagojeno mora biti telesnemu in psihičnemu stanju starostnika, cilji pogovora pa morajo biti jasno zastavljeni, sporočila morajo biti jasna in razumljiva, nebesedni del sporazumevanja pa naj sledi z besedami izrečenim sporočilom.

Sporazumevanje v dentalni medicini

Davorina Petek

Pojmi:

terapevtski odnos
soodločanje bolnika
informiranje bolnika

Uvod

Dober zdravnik dentalne medicine mora imeti ne le odlično teoretsko znanje svoje stroke in ročne spretnosti, ampak mora biti sposoben vzpostaviti terapevtski odnos z bolnikom. Osnovne komunikacijske veščine so enake za celotno področje medicine, vendar so pri komunikaciji v dentalni medicini nekatere posebnosti.

Vsak obisk pacienta pri njegovem zobozdravniku predstavlja interakcijo med njima, v kateri vpliva na bolnika vse, kar povedo ali naredijo zobozdravnik in drugi člani tima. In obratno, bolnikove besede in dejanja vplivajo na zobozdravnika (in člane tima). Dobra komunikacija med zobozdravnikom in bolnikom je osrednjega pomena in daje občutek dobrega odnosa. Vloga, ki jo ima pacient v tem odnosu, pa se je v zadnjih letih spremenila. To v največji meri pripisujemo splošnim družbenim spremembam: vse bolj poudarjena je želja in pravica ljudi do izbire, ki predstavlja eno od osrednjih vrednot sodobnega človeka in jo pojmujejo kot odraz svobode. Dodatno so se razvili etični principi, kot so pravica do obveščenosti, zaupnosti, avtonomije. Na voljo so informacije na internetu in v številnih drugih virih, mnenja in izkušnje se izmenjujejo na forumih. Srečujemo se s potrošništvom, ko bolnik z vidika potrošnika razmišlja, kaj mu medicina lahko ponudi, kaj mu je na voljo in med kakšnim naborom storitev lahko izbira.

Odnos med zobozdravnikom in bolnikom s strokovne plati ni enakopraven, saj je zobozdravnik ekspert, ki s pomočjo znanja in izkušenj presoja, kaj bo z zdravstvenega vidika za bolnika najboljše. Vendar je pomembno, kako bolniku sporoči svoje strokovno mnenje. Bolniki želijo, da so v pogovor vključeni, da so jim informacije sporočene na nedominantni način in da tudi oni sami dobijo priložnost, da informirajo zobozdravnika o svojem stanju in željah.

Posvet v dentalni medicini

V medicini so glavni deli posveta naslednji: pridobivanje informacij, telesni pregled, postavitve diagnoze, dajanje informacij, načrt zdravljenja in nadaljnje obravnave. V dentalni medicini se pridruži zelo pomemben del posveta in to je dejansko izvajanje dentalnega zdravljenja. Le to pomembno vpliva na komunikacijo med obema udeležencema: zobozdravnik je v stresu, saj mora izvesti učinkovito zdravljenje v sprejemljivem časovnem okviru, bolnik pa je v stresu, ker največkrat pričakuje nekaj neprijetnega.

Tudi okoliščine tega posveta so specifične. Bolnik med pogovorom največkrat sedi na zobozdravniškem stolu, na katerem bo kasneje potekalo zdravljenje. Okrog je vsa oprema, ki

v njem vzbuja nelagodje. Še več, zdravljenje poteka v ustih, ki niso le nujno potrebna za pogovor ampak so tudi zelo občutljiv del telesa. Komunikacija v tem času je omejena na pridobivanje nujnih informacij, ki vplivajo na potek dela. Vse to predstavlja oviro v komunikaciji. Po drugi strani pa dolgotrajne dentalne storitve predstavljajo veliko priložnosti za poglobitev odnosa med bolnikom in terapevtom. Komunikacija je nujna zaradi ugotavljanja pričakovanj bolnikov, doseganja soglasja, razlage in ne nazadnje zmanjševanja možnosti nerealnih pričakovanj.

Izmenjava informacij omogoča postavljanje diagnoze, načrt zdravljenja in motiviranje za zdrav način življenja. Bolnik ima svoje ideje in predstave o naravi problema in o tem, kakšno rešitev pričakuje. Želi si, da je slišan in razumljen.

Odnos med pacientom in zobozdravnikom

Zmožnost vzpostavitve dobrega odnosa med zobozdravnikom in pacientom v veliki meri temelji na zmožnosti in spretnosti dobre profesionalne komunikacije zobozdravnika. Le-ta predstavlja pomembno profesionalno veščino in prinaša številne dobre posledice v oskrbi, kot so npr. boljše sodelovanje bolnika, boljši uspehi zdravljenja in uspešnejša obravnava anksioznosti pri bolnikih oz. zmanjšanje strahu pri pacientih.

Empatija izvajalca

Posebej pomembna v razvoju dobrega profesionalnega odnosa je empatija izvajalca. Občutek empatičnega odnosa povečuje zadovoljstvo bolnika in njegovo sodelovanje pri zdravljenju. Empatija je sposobnost razumeti bolnikovo situacijo, perspektivo in občutke. Vsebuje sposobnost, da bolniku sporočimo/pokažemo to razumevanje. Za razvoj take integralne veščine sta potrebna samozavedanje in refleksija v klinični praksi. Pri zobozdravnikih je empatija posebej pomembna, saj je pri bolnikih velikokrat izražen strah ali poudarjena anksioznost med pregledom.

Pravica do obveščeniosti

Rekli smo, da je pacienta potrebno vključevati v odločanje. Da bolnik zmore soodločati, je potrebno, da je dobro obveščen o svojem stanju in različnih možnostih oskrbe. Ta pravica je zakonsko pogojena v Zakonu o pacientovih pravicah. Kljub temu še vedno velja, da nekateri bolniki ne želijo sprejemati odločitev v zvezi s svojim zdravljenjem in prepuščajo izbiro strokovnjaku, ki mu želijo zaupati, da bo za njih izbral najboljše. Zobozdravnik je torej dolžan podati informacije bolniku, četudi le-ta ne bo želel odločati. Najmanjšo željo po soodločanju imajo običajno bolniki z nujnimi dentalnimi stanji.

Kljub zavezujočim zakonskim predpisom je dajanje informacij pogosto pomanjkljivo in različne možnosti zdravljenja pogosto niso razložene.

Sestavni deli posveta v dentalni medicini

Dobra komunikacija med posvetom vsebuje izražanje skrbi za bolnika, dobro komuniciranje v timu in zmožnost vzpostavitve spoštljivega odnosa z bolnikom.

Posvet v dentalni ambulanti ima naslednje sestavne dele:

- Uvodna faza

- Pregled in zdravljenje
- Zaključna faza

Uvodna faza

predstavlja prihod bolnika in razgovor o težavah. Ob prihodu bolnika so zelo pomembni neverbalni del komunikacije in postavljanje ustreznega razmerja med odprtimi in zaprtimi vprašanji. Gre za sposobnost aktivnega poslušanja bolnika. V tem delu mora zobozdravnik pridobiti nekatere nujne informacije. Mnoge ambulante uporabljajo vprašalnike, s katerimi na strukturiran način pridobijo ustrezne podatke. V drugih ambulantah izvedejo osebni intervju, ki ima nekatere prednosti in pomanjkljivost v primerjavi z vprašalniki. V intervjuju lahko bolnika obravnavamo mnogo bolj individualno in pridobimo širši nabor informacij. Vendar je lahko za sodobno, obremenjeno prakso tak intervju časovno zelo potraten. Pogosto se podatki pridobijo s kombinacijo vprašalnika, ki ga izpolnijo pacienti ob prihodu in dodatnega pogovora z zobozdravnikom, kar je morda najbolj ustrezna kombinacija.

Namen uvodne faze posveta je naslednji: pridobiti usmerjene informacije in v obravnavo vključiti bolnika. Pomembne so bolnikove ideje, misli o težavah, zaradi katerih je prišel, zaskrbljenost in pričakovanja od posveta. Bolnik mora čutiti, da je sprejet in da je čas zobozdravnika namenjen le njemu, da je zobozdravnik zavzet in pozoren na njegove težave. V tej fazi se mora odkriti zelo anksiozne bolnike, ki potrebujejo posebno obravnavo. Posebej pridejo do izraza socialne veščine oziroma čustvena inteligenca izvajalca. Socialne veščine predstavljajo sposobnost izražanja (ekspresivnost) oz. komunikacija z drugim, senzitivnost ali občutljivost oz. zmožnost sprejeti in razumeti ideje drugega, ter zmožnost kontroliranja interakcij.

Pregled in zdravljenje

Del komunikacije, predvsem enosmerno sporočanje s strani zobozdravnika, poteka tudi med samim zdravljenjem. Hkrati je anksioznost bolnika največja med samim zdravljenjem in je takrat potrebna posebna pozornost.

Sporočanje strokovnih informacij

Ker je sama narava dela v dentalni medicini drugačna kot v medicini, tega dela ne moremo postaviti točno v določen del posveta. Poteka na začetku, a tudi med samim zdravljenjem in v zaključni fazi. Dajanje informacij mora potekati po andragoških načelih, saj vsebuje elemente edukacije in razlage ter dajanje navodil.

Sporočanje strokovnih informacij je tesno povezano s čustvenim delom oz. vzpostavljanjem odnosa. Glede na rezultate pogovora in pregleda predstavlja podajanje jasnih informacij in razlaga najpomembnejši del komunikacije. Dobra komunikacija v fazi podajanja informacij vsebuje naslednja načela: informacije morajo biti kratke in jasne. Uporabi zdravniškega žargona se je potrebno izogibati. Če je potrebno podati kompleksnejšo informacijo, mora biti razdeljena v posamezne smiselne enote, ki jih med seboj podajamo ločeno. Med samim informiranjem je potrebno preverjati, če nas bolnik razume. Ni dovolj opazanje, da kima, ker je to lahko zavajajoče, saj bolniki v stresu pogosto izražajo strinjanje kljub nerazumevanju vsebine povedanega. Na koncu pridobljenih informacij, običajno tudi pregleda, naredimo načrt obravnave. Lahko je enostaven, lahko pa predstavimo kompleksen pristop k reševanju

problema, odvisno od njegove narave. Pomembno pri tem je, da pridobimo bolnikovo soglasje oz. strinjanje z načrtom. Bolnik, ki je natančno in jasno obveščen o predvidenih posegih in se z njimi strinja, bo glede na raziskave bolj zadovoljen med posegom in po njem.

Kaj si želijo bolniki?

Gotovo si želijo kvalitetno obravnavo pri zobozdravniku s “tehničnega vidika”. Ni pa to edino. Želijo si še kaj več:

- Da bi bili deležni individualnega odnosa kot oseba z lastnimi skrbmi, pričakovanji in potrebami in ne kot “usta”, ki so prišla v ambulanto.
- Da bi se jim razložilo, kakšni bodo postopki in kako bodo sledili eden drugemu.
- Da bi jih zobozdravnik poslušal.
- Da bi jim zobozdravnik pomagal skrbeti za njihova “usta” brez pridig in pokroviteljskih predavanj.
- Da bi dobili odgovore na težka vprašanja.
- Da bi jim razložili dentalno stanje in potrebe po zdravljenju.
- Da bi jim lahko razložili finančne okoliščine in možnosti.
- Da bi z njimi ustrezno komunicirali tudi drugi člani tima.
- Da bi ustrezno razrešili nesporazume ali težavne okoliščine.
- Da bi opazili, če jim je nelagodno.

Zaključek s povzetki ključnih sporočil

Sodobni bolniki v ambulante dentalne medicine prihajajo, tako kot v druge ambulante, z vse višjimi zahtevami in pričakovanji. Za uspešno obravnavo je pomembna komunikacija z bolnikom, ki dokazano poveča zadovoljstvo in izid zdravljenja. Dober odnos z bolnikom se vzpostavlja skozi celotni posvet in v dolgotrajnem zdravljenju ob več posvetih. Odvisen je od tega, kako bolnik začuti empatičen odnos, dobronamernost in individualni odnos zobozdravnika. Sodobna priporočila dobre komunikacije, ki je podlaga dobrega odnosa, svetujejo zobozdravniku, da vzpodbuja bolnika k aktivni vlogi v tem odnosu. Hkrati si bolniki želijo strokovno jasna in prepričljiva priporočila o zdravljenju. Želijo razumeti in biti slišani, želijo kakovostno, a tudi človeško obravnavo.

Priporočena literatura:

1. Lloyd M, Bor R. Communication skills for medicine. London: Churchill Livingstone, Elsevier, 2009.
2. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 2nd edition. Radcliffe Publishing Ltd. 2005.
3. Selič P. Novi odročnik: nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares, 2007.
4. Botelho R. Motivate healthy habits/motivational practice. Dosegljivo na <http://www.MotivateHealthyHabits.com>.
5. McWhinney: The disease- illness model. Dosegljivo na: http://www.gp-training.net/training/communication_skills/consultation/disease-illness.htm
6. Communication skills. Dosegljivo na: <http://www.fammed.wisc.edu/aware-medicine/awareness/communication-skills>.

Uporabljeni viri:

1. Petek Šter M, Švab I, Tomori M, Zalar B. Sporazumevanje – nov predmet na medicinski fakulteti v Ljubljani. Zdrav Vestn 2011; 80 (11): 865-872.
2. Petek Šter M. Teaching Communication at Medical School in Ljubljana. Acta Med Acad 2012; 41 (1): 38-46.
3. Petek D. Profesionalna komunikacija z bolnikom. V: Klemenc Ketiš Z. (ur). Profesionalizem. Učno gradivo za 28. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Družinska medicina, 2011; 9 (suppl 4): 79-87.
4. Tušek Bunc K., Vasić V. Osnovna načela in elementi profesionalizma. Učno gradivo za 28. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Družinska medicina, 2011; 9 (suppl 4): 5-14.
5. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefit. BMC Med Educ 2007;7:3.
6. Cleland JA, Abe K, Rethans JJ. The use of Simulated Patients in Medical Education. AMEE guidelines in Medical Education. Dosegljivo na: www.amee.org.
7. Gross Davis B. Tools for Teaching. Role playing and case studies p. 159-65.
8. Aspergren K. Teaching and Learning Communication Skilll in Medicine: A Review with Quality Grading of Articles. BEME guide. AMEE: Dundee, 1999.
9. Al Odhayani A, Ratnapalan S. Teaching communication skills. Can Fam Physic 2011; 57: 1216-18.
10. Baerheim A, Hjortdahl P, Holen A, Anvik T, Bernet Fasmer O, Grimstad H et al. Curriculum factors influencing knowledge of communication skills among medical students. BMC Med Educ 2007; 7:35.
11. Bacham C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorzo RD, Haak R et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in the health care professionals. Patient Education and Counselling 2013; 93: 18-26.
12. Van Well-Baumgarten E, Bolhuis S, Rosenbaum M, Silverman J. Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by the students. Patient Education and Counselling 2013; 90: 177-83.

13. Kuusel M, Vainiomaki P, Kiviranta A, Rautava P. The missing evaluation at the end of GP's consultation. *International Journal of family medicine* 2013; 672857. Dosegljivo na: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/672857>.
14. Tomori M. Psihologija telesa. DZS, Ljubljana 1990.
15. Armstrong HE, Williams CD. Conceptual differentiation among body parts as a measure of body image. *Psychol Reports*, 1977; 40: 19-27.
16. Tomori M. Zdravnik v psihosocialnem sistemu bolnika. V: Brinšek B, V Stamos. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje, 1997: 15-24.
17. Tomori M. Družina kot bolnik. *Slovenska pediatrija*. 1995; 2: 88-90.
18. Tomori M. Knjiga o družini. EWO, Ljubljana, 1994.
19. Tomori M. Zakaj naj bi zdravnik poznal bolnikovo družino? V: Čebašek Travnik Z. (ur.) Delo z družino. Psihiatrična klinika, Ljubljana, 1996.
20. Sahin H, Akyol AD. Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. *J Clin Nurse* 2010; 19: 2271-9.
21. Jarema M. (ur.) Practical aspects of psychiatry. A manual for general practitioners and psychiatrists in training. Amepra, Praga: 2009.
22. Groleger U. »Problem solving« ali strategije reševanja problemov. V: Žmitek A. (ur.) Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo. Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje, 2009.
23. Pretnar SM. Komunikacija v medicini. V: Žmitek A. (ur.) Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo. Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje, 2010.
24. Tomori M. Posebnosti diagnostike duševnih motenj pri otroku. V: Tomori M, Ziherl S. (ur.) Psihijatrija. Litterapicta, Ljubljana 1999: 21-23.
25. Le Couteur A, F Gardner. Use of structural interview and observational methods in clinical settings. V: Rutter M et al. (ur.). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Publ 2010: 271-288.
26. Wolanczyk T, A Brynska. Child psychiatry. V: Jarema M. (ur.) Practical aspects of psychiatry. A manual for general practitioners and psychiatrists in training. Amepra, Praga, 2009: 313-368.
27. Lloyd M, Bor R. Communication skills for medicine. London: Churchill Livingstone, Elsevier, 2009.
28. Adelman AM, Daly MP, Weiss BD eds. 20 common problems in Geriatrics. New York: McGraw Hill 2001.
29. Yoshikawa TT, Cobbs EL, Brummel-Smith K. Practical Ambulatory Geriatrics. St Luise: Mosby 1998.
30. Lueckenotte AG. Gerontologic Assessment. St Luise: Mosby 1998.
31. Kodermac M. Sporazumevanje v starosti in med boleznijo. Diplomsko delo. Univerza v Mariboru, fakulteta za zdravstvene vede. Maribor, 2009.
32. Selič P. Novi odročnik: nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares, 2007.
33. Finset A, Mjaaland TA. The medical consultation viewed as a value chain: a neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns.* 2009;74(3):323-30.
34. McWhinney: The disease- illness model. Dosegljivo na: http://www.gp-training.net/training/communication_skills/consultation/disease-illness.htm. Angus D, Watson B, Smith A, Gallois C, Wiles J. Visualising Conversation Structure across Time: Insights into Effective Doctor-Patient Consultations. *PLoS ONE*. 2012;7(6): e38014.

35. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 2nd edition. Radcliffe Publishing Ltd. 2005.
36. Petek D. Vodenje posveta v ambulanti družinske medicine. V: Švab I, Rotar Pavlič D. Družinska medicina. Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 175-189.
37. Selič P. Načela sporazumevanja v družinski medicini. V: Švab I, Rotar Pavlič D. Družinska medicina. Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 157-174.
38. Kolšek M. Svetovanje. V: Švab I, Rotar Pavlič D. Družinska medicina. Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 191-197.
39. Boehm F. Teaching Bedside Manners to Medical Students. Acad Med 2008; 83 (6):543.
40. Wittkower ED, White KL. Bedside Manners. BMJ 1954; 1432-4.
41. Sreet RL, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: It is how they look, how they talk, or is it just the doctor? Soc Sci Med 2007; 65: 586-98.
42. Beach MC, Roter DL, Wang NY, Duggan PS, Cooper LA. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviours? Patient Educ Couns 2006; 347-54.
43. Tackett S, Tad-y D, Rios R, Kisuula F, Wright S. Appraising the Practice of Etiquette-Based Medicine in the Inpatient Setting. J Gen Intern Med 2013 (7):908-13.
44. Petek Šter M, Šter B, Petek D, Cedilnik Gorup E. Validation of Slovenian version of Jefferson scale of empathy for students (Validacija slovenske različice Jeffersonove lestvice empatije za študente). *Zdravstveno varstvo*, 2014;53: 89-100.
45. Gordon S, Hayes L, Scott R. Bedside Manners. Play and Workbook. Cornell University Press, 2013.
46. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N. (Eds) Treating Addictive Disorders: processes of change. New York: Plenum Press 1986, 3-27.
47. Hočevar T, Kolšek M, Zorko M. (Ur.) Priročnik za interdisciplinarno celostno obravnavo tveganega in škodljivega pitja alkohola pri odraslih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, (v tisku).
48. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
49. Botelho R. Motivate healthy habits/motivational practice. Dosegljivo na <http://www.MotivateHealthyHabits.com>.
50. Kolšek M. Sporazumevanje. V: Švab I, Rotar-Pavlič D. (Ur.). Družinska medicina: učbenik. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 191-7.
51. Sondell K, Söderfeldt B. Dentist-patient communication: a review of relevant models. Acta Odontol Scand. 1997;55(2):116-26.
52. Schouten BC, Eijkman MA, Hoogstraten J. Dentists' and patients' communicative behaviour and their satisfaction with the dental encounter. Community Dent Health. 2003;20(1):11-5.
53. Jones LM, Huggins TJ. Empathy in the dentist-patient relationship: review and application. N Z Dent J. 2014 Sep;110(3):98-104.
54. Zakon o pacientovih pravicah, Uradni list RS, št. 15/2008. Dosegljivo na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455>.
55. Schouten BC, Hoogstraten J, Eijkman MA. Patient participation during dental consultations: the influence of patients' characteristics

- and dentists' behaviour. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(5):368-77.
56. Newton JT, Brennenman DL. Communication in dental settings scales (CDSS): preliminary development of a measure to assess communication in dental settings. *Br J Health Psychol*, 1999; 4(3): 277–84.
 57. Wener ME, Schönwetter DJ, Mazurat N. Developing new dental communication skills assessment tools by including patients and other stakeholders. *J Dent Educ.* 2011;75(12):1527-41.
 58. Street RL, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care.* 2005;43(10):960-9.
 59. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288(19):2469-75.
 60. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behaviour in medical visits. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(S1), S28–S34.
 61. Phillips LA, Leventhal H, Leventhal EA. Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *Br J Health Psychol.* 2012;17(2):244-57.
 62. Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centeredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns.* 2003; 51(3):197-206.
 63. Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. *Patient Educ Couns.* 2004;54(3):299-306.