

SPORAZUMEVANJE Z BOLNIKOM, KO MU JE NAJTEŽJE

Urška Lunder

Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Vegova 8, 1000 Ljubljana

Povzetek

Sporazumevanje z bolnikom je prisotno v vsakem trenutku zdravljenja in zdravstvene nege, zlasti je pomembno in obenem občutljivo pri bolniku z rakom. Ob postavitvi diagnoze, ob več ali manj agresivnih oblikah zdravljenja in njihovih stranskih motečih simptomih, ob napredovanju bolezni, oziroma ob slabih novicah se bolniki pogosto srečujejo z največjimi stiskami svojega življenja. Sporazumevanje za bolnike torej ni omejeno le na praktične izmenjave za delovanje medicinske oskrbe in zdravstvene nege, temveč je občutljivo v vseh življenjskih vidikih, ko je bolnik hudo bolan.

V deželah z daljšo tradicijo poučevanja komuniciranja (Anglija, Kanada) so se pri večini programov poučevanja komunikacijskih veščin v preteklosti osredotočali zlasti na veščine komuniciranja, ki omogočajo boljšo oskrbo. Manj so se ukvarjali s povečanjem sposobnosti zdravstvenih delavcev za podporo v bolnikovih problemih in skrbeh, ki so življenjskega pomena zlasti ob neozdravljivi bolezni.

Komunikacijskih veščin za boljšo oceno bolnikovih potreb se lahko naučimo. Raziskave kažejo, da so najbolj učinkovite metode, ki učijo na osnovah osebnih izkušenj, kot na primer igranje vlog, opazovanje pogovora, ocena avdio ali video posnetkov pogovorov, sodelovanje bolnikov-igralcev, ali pravih bolnikov ter pozitivni "feed-back" v procesu učenja.

Namen mojega članka je predstavitev širokega spektra veščin sporazumevanja, ki bolniku ali pomagajo razrešiti njegove skrbi in strahove, ali pa ga pri tem hromijo. Navedene so učinkovite učne metode za učenje veščin sporazumevanja in kratek pregled literature na tem področju.

Uvod

Dobro sporazumevanje je eden od najpomembnejših vidikov oskrbe bolnika, saj je osnova za izgradnjo odnosov z bolnikom vse od postopkov diagnosticiranja, ocene stanja, zdravljenja in blaženja simptomov do smrti. Žal pa raziskave kažejo, da osebe v zdravstvu večinoma ne obvlada primernih veščin komuniciranja (1).

Študije sporazumevanja med medicinskimi sestrami in bolniki lahko razdelimo v dve kategoriji: tiste, ki skušajo opisati interakcije z bolniki in na tiste, ki želijo te interakcije spreminjati. Kar nekaj je že znanstveno dokazanih ugotovitev o vrstah in metodah poučevanja učinkovitih veščin za boljše zadovoljstvo bolnikov (in zdravstvenih delavcev). V prispevku predstavljam veščine sporazumevanja in nekaj učinkovitih načinov poučevanja, ter pregled raziskav s tega področja.

Veščine komuniciranja

Dobre veščine sporazumevanja so potrebne predvsem ob (2): sporočanju slabe novice, ob bolnikovem ali svojčevem zanikanju stanja bolezni, ob težavnih neposrednih vprašanih in ob močnih čustvenih reakcijah. Vsi vemo, da komuniciranje opredeljujemo na besedno in nebesedno, vendar ju v življenju ni mogoče ločiti: kar govorimo spontano, se tudi odraža v nebesedni govorici. Kar povemo s težavo ali pa ni v skladu z našo naravnostjo, ponavadi izda drugačna nebesedna govorica, ki je celo bolj prepričljiva od besed.

Nekateri raziskovalci, ki se ukvarjajo z oceno učinkovitosti poučevanja komuniciranja, so ugotovili, da se veščine sporazumevanja lahko razvrstijo na tiste, ki bolnika podpirajo (spodbujajo njegov izraz skrbi in strahov, ter omogočajo optimalno oceno bolnikovih potreb,...) in na tiste, ki bolnika blokirajo, oziroma ustavijo v njegovem izrazu, (kot način naše obrambe pred bolnikovimi težavami) (3, 4, 5, 6).

Načini podpiranja bolnika

Opisani so številni pristopi v sporazumevanju, ki bolnika podpirajo. Najpomembnejši so predvsem štiri pristopi oziroma besedne in nebesedne veščine, ki spodbujajo bolnika, da sprašuje, izrazi svoje občutke in skrbi ter sodeluje pri odločitvah (7, 8, 9, 10):

- aktivno poslušanje;
- sledenje bolnikovim namigom (angleško: picking up the cues);
- postavljanje odprtih vprašanj namesto »da/ne« zaprtih vprašanj;
- izražanje empatije oziroma sočutja.

Aktivno poslušanje je veščina, kateri se v družbi, ki je usmerjena v aktivnost, hitrost in učinkovitost, zelo težko prilagodimo. Pogosto odgovarjamo bolniku, še predno je zaključil svojo misel, oziroma ne sledimo njegovemu miselnemu toku, da obdržimo svojega in imamo dogajanje pod nadzorom. Pogosto mislimo, da bomo s prekinitvami posvet skrajšali. Večinoma oblikujemo odgovore že med bolnikovim govorjenjem in preslišimo njegove prave skrbi. Mnoge zapletene in težke probleme nam bolnik praviloma sporoči šele proti koncu pogovora, ko ugotovi, da ga poslušamo, da ga jemljemo resno in da nam lahko zaupa. Poleg tega smo pogosto bolj srečni, ko govorimo mi, kot pa da poslušamo bolnika, ker v tem primeru ostaja položaj pod našim nadzorom. Veči-

noma si s tem želimo izogniti težavnim vprašanjem in močnim čustvenim reakcijam (11).

Kadar bolnik izrazi **namige** o svojih skrbah, je to največkrat izraz želje, da bi se o tem z nami rad pogovoril. Bistvo aktivnega poslušanja je prav v pozornem poslušanju bolnika in odkrivanju namigov, ki dejansko služijo kot iztočnice za razvijanje pogovora v bolnikovo smer. Ko bolnika vprašamo po določenem namigu, je najbolje, da to storimo na način, ki mu omogoča nadaljevanje z izražanjem skrbi ali pa ne, če tega ne želi – torej z uporabo odprtega vprašanja (“Kaj ste mislili s tem, ko ste rekli...”).

Odperta vprašanja bolniku puščajo veliko možnosti in odločitve o tem, kaj nam želi povedati. Z uporabo odprtih vprašanj mu omogočamo, da izbere globino svojega odgovora, kolikor je zanj v tistem trenutku najbolj primerno. Z vprašanji zaprtega tipa »da/ne« vprašanj bolnika namreč prisilimo v zožitev njegove pripovedi, kar nas lahko prikrajša za koristne podatke o njem.

Predvsem pa je v sporazumevanju učinkovita večšina, ki je najbolj celostna, ter razkriva ne le naše znanje veččin, temveč tudi širino stališč do soljudi in sebe, to je vživljanje v sogovornika, oziroma izražanje **sočutja – empatije**. Sočutje so opisovali na mnoge načine in številne definicije težko opišejo, kaj nam sočutje predstavlja. Nekateri menijo, da je sočutje tista sposobnost, ki nam omogoča, da se med posvetom vživimo v bolnikove občutke, poskušamo razumeti bolnikovo doživljanje in mu tako pomagamo prebroditi nastale probleme (12). Vživljanje v občutke drugega nima namena, da bi v celoti delili občutkov z bolnikom, temveč da bi nam razumevanje njegovih občutkov v času posveta pomagalo pri reševanju njegovih težav. Resnični izziv ob nekom, ki trpi, je ohraniti svojo prisotnost in bivati ob njem z odprtostjo za porajajoče potrebe trpečega (13).

Taktike blokiranja bolnika

Uporaba taktike blokiranja je obrambni način zdravstvenega osebja, da bolnik ne izrazi nezaželenih težkih vprašanj in močnih čustev. Najpogosteje se bolnikovim težavam izognemo z dvema pristopoma (5, 6):

- prvi pristop: **informator** bolniku ne omogoči, da bi izrazil svoja vprašanja in skrbi, sledi lastnemu načrtu sporočanja in ne glede na bolnikove potrebe razlaga o potrebnih postopkih in pričakovanem poteku nege. Najpogosteje informator tudi hiti s **prehitrimi nasveti**, ne da bi predhodno ugotovil ali so bolniku sploh potrebni in ali si jih želi in jih je sposoben sprejeti.
- Drugi pristop: informator **ignorira** namige, s katerimi bolnik želi izraziti svoje skrbi, in nadaljuje z lastnimi vprašanji in sporočili.

Bolniku onemogočajo izražanje občutkov in skrbi tudi **prazni tolažilni stavki**: »Saj bo še vse dobro«, »Ni vam treba skrbeti, saj so metode zdravljenja danes že zelo uspešne«. Takšne trditve bolniku ne dovoljujejo, da bi nas kaj vprašal in izrazil svoj strah, saj mi trdimo, da mu to ni potrebno. Kadar ne sledimo bolnikovim potrebam pri vodenju pogovora, ne bomo izvedeli, kaj bolni-

ka zanima in katere so njegove skrbi. To pa je edino, kar v njegovem svetu res šteje.

Učenje veščin sporazumevanja

Učenje sporazumevanja z osebno izkušnjo je bilo v izobraževanju v zdravstvu dolgo zanemarjeno. Številne raziskave so pokazale, da za spremembo veščin sporazumevanja samo učenje iz knjig in predavanj ne zadošča. S teoretičnim znanjem lahko razumno značilnosti učinkovitega sporazumevanja, a v praksi jih težko izvajamo le preko **kognitivnega učenja**.

Spretnosti sporazumevanja lažje osvojimo z **izkustvenimi metodami** učenja. Večina avtorjev dokazuje (z oceno opravljenega intervjuja z bolnikom-igralcem pred programom učenja in po njem), da se udeleženci programov sporazumevanja največ naučijo z medsebojno igro vlog, opazovanjem posnetkov (avdio ali video) in prejemanjem ocene skupine, oziroma učitelja. Možni so številni načini učenja sporazumevanja (14):

1. Lahko gre za ogled didaktične predstavitve, za ogled video posnetka sporazumevanja ali pa študent opazuje učitelja pri sporazumevanju z bolnikom.
2. Igranje vlog (eden od udeležencev igra bolnika, drugi zdravstvenega delavca) poteka z različnimi metodami neposrednega opazovanja in evaluacije ali z uporabo snemanja in analize posnetka (avdio ali video). Metoda ima svojo prednost v tem, da se zdravstveni delavec opazuje ne le v svoji običajni vlogi zdravstvenega delavca, temveč spozna tudi vlogo bolnika kot igralca ali opazovalec.
3. Vključevanje igralcev: učitelj vodi posvet z bolnikom – igralcem, takoimenovanim simuliranim bolnikom, ki pozna svojo vlogo bolnika in reagira v skladu s prizadevanji zdravstvenega delavca. Igralci imajo prav to prednost, da svojo vlogo odigrajo praviloma vedno enako, oziroma odvisno le od trenutnega pristopa v pogovoru. Po končanem posvetu lahko sodelujejo pri oceni pogovora.
4. Pogovor s pravim bolnikom: učitelj vodi posvet s pravim bolnikom v kabinetu ali v dejanskem okolju bolnišnice, ob tem ga mentor opazuje neposredno ali pa na podlagi posnetka.

Glede na to, da se vsi ne moremo udeležiti dodatnih programov poučevanja sporazumevanja, je dobrodošla možnost, da se sami snemamo med pogovorom z bolnikom (z njegovim pristankom) ali s kolegom-igralcem. S poslušanjem ali ogledom avdio ali video posnetka svojega pogovora se na najbolj preprost način poučimo o lastnih značilnostih pri sporazumevanju z bolnikom. Tako lahko vsaj deloma spremenimo svoj način pogovora z bolnikom, da bi ga čim bolj opogumili k sporazumevanju. (14, 15). Vsak zdravstveni delavec bi si moral najprej skrbno prizadevati, da bi dobro spoznal samega sebe (16). Boljše sporazumevanje z bolnikom nam nudi več zadovoljstva pri delu in nam omogoča poleg učenja še **širjenje stališč in spoznavanje svojega odno-**

sa do bolezni, smrti in življenja, kar je lahko podprto s srečanji v skupinah (Balintove skupine, supervizije...) ali v osebnem življenju ob doživljanju lastnih izgub v krogu bližnjih.

Kratek pregled raziskav

Največ raziskav o komuniciranju je bilo opravljenih v Angliji in Kanadi, kjer imajo tudi največ izkušenj s poučevanjem in tudi najdaljšo tradicijo predmeta komuniciranje v izobraževanju zdravstvenih delavcev (17). Raziskave, ki vključujejo avdio snemanje interakcij z bolniki, nakazujejo enostavno delitev večšin na tiste, ki bolnika spodbujajo v njegovem izrazu skrbi in na tiste, ki bolnika pri tem zavirajo (18). Enotno spoznanje raziskav komuniciranja med zdravstvenimi delavci in bolniki, katero povzema psihologinja Cathy Heaven (1), je, da se zdravstveni delavci najpogosteje zatekajo k strategijam za izogibanje bolnikovim težavam (18, 19). Wilkinson tako opisuje, da medicinske sestre pri sporazumevanju z bolniki uporabijo več kot 50% večšin zaviranja bolnikovih težav in skrbi. Niso opazili razlik pri sporazumevanju z na novo diagnosticiranimi bolniki ali z neozdravljivo bolnimi, pri katerih se je bolezen ponovila ali poslabšala. Poučevanje medicinskih sester o umiranju in smrti poveča njihovo odprtost za pogovor z vsemi bolniki. Komunikacija je dokazano boljša po večdnevnem treningu v majhnih skupinah, z izkustvenim učenjem ob igranju vlog in opazovanju posnetkov (20).

V nedavni švedski raziskavi (21) bolnikovega sprejemanja slabe novice so onkološki bolniki zdravnike, ki sporočajo slabe novice, razvrstili v šest skupin (po vrstnem redu glede pogostnosti ocen):

1. neizkušeni sporočevalci,
2. čustveno prizadeti,
3. visoko strokovni, a grobi,
4. prijazni, a brez takta,
5. »distancirani« zdravniki,
6. sočutni strokovnjaki.

Bolniki so odnose ob sprejemanju slabe novice o bolezni opisali kot izredno pomembne. Po njihovem mnenju oboje, značaj zdravnika in njegova sposobnost za vzpostavljjanje osebnega odnosa z bolnikom, močno vpliva na njihovo prilagajanje v novi specifični situaciji ob težavni bolezni.

V literaturi lahko opazimo različna stališča glede oblike izobraževanja: ali naj poteka le pri medicinskih sestrah – v eni poklicni skupini, ali pa mešano, kot je sestavljena tudi delovna skupina, ki oskrbuje bolnika. Prav tako si nasprotujejo mnenja glede vključevanja osebja vsake institucije posebej ali naj vključuje posameznike iz različnih institucij. Vse različne izbire imajo argumente za in proti (19, 16).

Študije, ki opisujejo načine učenja, kažejo, da je največ učinkovitih sprememb v pridobivanju novih veščin pri večdnevnih programih, po možnosti s kratkimi ponovitvami čez več mesecev in delo v majhnih skupinah z metodami izkuš-

nje: igranje vlog, ocenjevanje posnetkov, povratna informacija učitelja in udeležencev, demonstracija rešitev na isti scenarij in tako dalje. Igranje vlog in uporaba video snemanja je dokazano najbolj učinkovita metoda učenja veščin sporazumevanja (22, 23).

Izbor metode učenje veščin sporazumevanja v najbolj težavnih situacijah v zdravstvu, je v veliki meri občutljivo vprašanje predvsem zato, ker so veščine in stališča o načinih sporazumevanja močno odvisni od naših in bolnikovih čustev, o katerih se ni mogoče učiti (24, 25). Težavnost učenja na tem področju se je pokazala tudi v nedavni raziskavi pri slovenskih zdravnikih ob opazovanju pogovorov pred in po končani dvodnevni delavnici (26). Pri učenju sporočanja slabe novice (27, 28) je bilo učenje veščin podpiranja bolnika uspešnejše od opuščanja veščin, ki bolnika blokirajo.

Zaključek

Veščine sporazumevanja z bolniki z rakom so opredeljene na tiste, ki bolnika podpirajo in na tiste, ki ga v njegovem izrazu skrbi in občutkov zavirajo. Raziskave kažejo pomanjkljivo obvladovanje veščin sporazumevanja med zdravstvenimi delavci pri veščinah, ki bolnika blokirajo. Poleg nezadovoljstva in številnih slabosti v odnosih pri medicinski obravnavi in pri zdravstveni negi vodi takšno komuniciranje tudi k utrujanju osebja in nepovezanosti v delovno timov.

Veščine sporazumevanja v težavnih situacijah se lahko naučimo. Poleg kognitivnih so primerne predvsem izkustvene tehnike učenja, kot so: igranje vlog, opazovanje in analiza posnetkov, sodelovanje bolnikov-igralcev, ali pa pravih bolnikov.

Pouk sporazumevanja se mora uveljaviti v procesu izobraževanja vseh zaposlenih v onkologiji. Potreben bo razvoj obstoječih modelov in uvajanje novih raziskav glede učinkovitosti pri usposabljanju za boljše delo z bolnimi. Poleg učenja veščin pa je naše sporazumevanje odvisno tudi od našega odnosa do bolezni, lastne minljivosti in smrti, katerega oblikujemo skozi svoje izkušnje izgub in razvijanja odnosov s svojimi bližnjimi in okolico.

Literatura

1. Heaven C, Maguire P. Training hospice staff to elicit patient concerns. *J Adv Nurs* 1996; 23: 280-6.
2. Faulkner A. ABC of palliative care: communication with patients, families, and other professionals. *BMJ* 1998; 316: 130-2.
3. Argent J, Faulkner A, Jones A, O'Keeffe C. Communication skills in palliative care: development and modification of a rating scale. *Med Educ* 1994; 28: 559-65.
4. Maguire P, Pitceathy C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697-700.

5. Booth K, Maguire P, Butterworth T, Hillier V. Perceived professional support and use of blocking behaviours by hospice nurses. *J Adv Nurs* 1996; 24: 522-7.
6. Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *BMJ* 1985; 291: 1711-3.
7. Faulkner A. *Effective interaction with patients*. New York: Churchill Livingstone, 1998.
8. Maguire P, Faulkner A. Improve the counselling skills of doctors and nurses in cancer care. *BMJ* 1988; 297: 847-9.
9. Feighny KM, Monaco M, Arnold L. Empathy training to improve physician-patient communication skills. *Acad Med* 1995; 70: 435-6.
10. The AM, Hak T, Koëter G, Van Der Wal G. Collision in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* 2000; 321: 1376-81.
11. Lunder U. Medicinsko-etične napake pri sporočanju slabe novice. In: Kersnik J, ed. *Zdravstvene napake*. 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002; 79-86.
12. Hope-Stone LD, Mills BJ. Developing empathy to improve patient care: a pilot study of cancer nurses. *Intern J Palliat Nurs* 2001; 7: 146-50.
13. Longaker C. *Facing death and finding hope*. Bantam Doubleday Dell Publ., New York: Bantam Doubleday Publ. 1997.
14. Novack DH, Volk G, Drossman DA, Lipkin M Jr. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools; progress, problems, and promise. *JAMA* 1993; 269: 2101-5.
15. Wilkinson SM, Roberts A, Aldridge J. Nurse- patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliat Med* 1998; 12: 13-22.
16. Faulkner A. *Teaching effective interaction in health care*. London: Chapman Hall, 1993.
17. Maguire P, Pitceathy C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697-700.
18. Webster M. Communication with dying patients. *Nursing Times* 1991; 77:999-1002.
19. Wilkinson S. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *J Adv Nurs* 1991; 16: 677-88.
20. Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM, Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. a review of evaluation studies. *Med Educ* 1999; 33: 655-68.
21. Friedrichsen M, Strang P, Carlsson M. Breaking bad news in the transition from curative to palliative cancer – patient's view of the doctor giving the information. *Support Care Cancer* 2000; 8: 437-8.
22. Wilkinson S, Bailey K, Roberts A, Aldridge J. A longitudinal evaluation of a communication skills programme. *Palliat Med* 1999; 13: 341-48.
23. Van Dalen J, Zuidweg J, Collet J. The curriculum of communication skills teaching at Maastricht Medical School. *Med Educ* 1989; 23: 55-61.
24. Buckman R. Communications and emotions. *BMJ* 2002; 325: 672-3.
25. Lunder U, Furst CJ, Sauter S. Evidence based palliative care: beliefs and evidence for changing practice. *Palliat Med* 2004; 18: 265-6.

26. Lunder U. Effects of communication skills training on a group of GPs' change in delivering bad news. *Psycho-Oncology* 2003;12: S239.
27. Lunder U. Kersnik J. Sporočanje slabe novice. *Med Razgl* 2003; 42: 73-9.
28. Lunder U. SPIKES – Šeststopenjski protokol za sporočanje slabe novice. *Zdrav Var* 2002; 41: 178-81.