

Specifičnost komunikacije u palijativnoj skrbi

Rastić, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:187008>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-03**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 867/SS/2017

Specifičnost komunikacije u palijativnoj skrbi

Kristina Rastić, 3972/601

Varaždin, rujan 2017. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 867/SS/2017

Specifičnost komunikacije u palijativnoj skrbi

Student

Kristina Rastić, 3972/601

Mentor

Marijana Neuberg, mag. med. techn

Varaždin, rujan 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

| | | | |
|-----------------------------|--|--------------|-------------------------------|
| ODJEL | Odjel za biomedicinske znanosti | | |
| PRISTUPNIK | Kristina Rastić | MATIČNI BROJ | 3972/601 |
| DATUM | 04.04.2017 | KOLEGIJ | Palijativna zdravstvena njega |
| NASLOV RADA | Specifičnost komunikacije u palijativnoj skrbi | | |
| NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU | Specifics communication in palliative care | | |
| MENTOR | Neuberg Marijana mag. med. techn. | ZVANJE | viši predavač |
| ČLANOVI POVJERENSTVA | 1. Ivana Živoder, dipl.med.techn., predsjednik | | |
| | 2. Neuberg Marijana mag. med. techn., mentor | | |
| | 3. Damir Poljak, dipl.med.techn., član | | |
| | 4. Melita Sajko, dipl.med.techn., zamjenski član | | |
| | 5. | | |

Zadatak završnog rada

| | |
|------|---|
| BROJ | 867/SS/2017 |
| OPIS | <p>Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja, te besprijekorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih.</p> <p>Primjerene komunikacijske vještine čine neozabilazan dio svakodnevnog rada medicinske sestre. U radu je potrebno opisati i prikazati što je to palijativna skrb, objasniti njene ciljeve, principe i razine palijativne skrbi i zdravstvene njege. Potrebno je opisati što je to komunikacija, kako je koristiti i koje su njene specifičnosti u palijativnoj skrbi. Prikazati će se kompetencije medicinske sestre u komunikaciji i kompetencije medicinske sestre kod pružanja podrške obitelji. Objasniti će se što je terminalna faza bolesnika i prikazati komunikacija s umirućim bolesnicima, te što treba pitati, kako se pripremiti? U radu će se osvrnuti i na prikaz same uloge duhovnosti u palijativnoj skrbi.</p> |

ZADATAK URUČEN

14.6.2017.



[Handwritten signature]

Predgovor

Zahvaljujem svima koji su mi bili podrška tijekom školovanja - mojemu suprugu i kćeri, prijateljima, kolegama s posla te roditeljima.

Zahvaljujem svima na ljubavi, strpljenju, povjerenju, podršci i žrtvi koja mi je bila poticaj da ustrajem. Također zahvaljujem mentorici Marijani Neuberg na pomoći i korisnim savjetima u pisanju završnog rada.

Sažetak

Komunikacija u medicini smatra se fundamentalnom kliničkom vještinom na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s bolesnikom. Istraživanja jasno pokazuju da su komunikacija i odnos medicinskog osoblja i bolesnika izrazito važni i imaju brojne utjecaje na ishode liječenja, kao i na zadovoljstvo liječenjem, suradljivost, klinički ishod i kvalitetu života, sigurnost bolesnika, timski rad, kulturalnu osjetljivost i smanjen broj pritužbi na medicinsko osoblje. Jedno od najosjetljivijih područja medicine u smislu važnosti kvalitetne komunikacije jest pristup oboljelim osobama od neizlječivih bolesti i članovima njihovih obitelji. Posebni izazovi u komunikaciji palijativne medicine su priopćavanje loših vijesti, prepoznavanje emocionalnih reakcija bolesnika, uključivanje obitelji u komunikaciju, rasprave o prognozi i rizicima, prelazak na palijativnu skrb i komunikacija na kraju života. Svi članovi profesionalnoga palijativnog tima trebaju kvalitetnu edukaciju posvećenu komunikacijskim vještinama. Prikazan je proces duhovne pratnje u palijativnoj skrbi umirućih bolesnika, polazna je točka vlastita duhovnost te iskustvo misterija ljudske osobe. U duhovnoj pratnji umirućega nužno je slijediti njegov ritam te mu pomoći da iskoristi svoje duhovne potencijale. Razvoj tehnologije suočava nas s pitanjem bespomoćnosti osobe koja se nalazi u fazi smrtnog ishoda bolesti. Proces umiranja u svojoj jedinstvenosti i univerzalnosti nadilazi dimenziju čovjekove svijesti i podsvijesti te zahtijeva multidisciplinarni pristup članova tima koji skrbe o pacijentu i surađuje s članovima njegove obitelji. Temelj palijativnog pristupa je odnos utemeljen na razumijevanju, osjetljivosti, empatiji, fleksibilnosti, otvorenoj dvosmjernoj komunikaciji liječnik-bolesnik i raznovrsnoj komunikaciji u socijalnoj mreži. Komunikacija u palijativnoj skrbi zahtijeva znanje, kompetencije i vještine u specifičnosti obavljanja svakodnevnog posla, koji je težak proces. Jedna od najvažnijih vještina potrebnih u komunikaciji u palijativnoj skrbi je znati čuti i slušati. To je vrsta slušanja u kojem se pacijentu pokazuje da se doista sluša ono što on govori, pita i osjeća. Palijativna skrb je sveobuhvatna (zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna) skrb s ciljem pružanja potrebne njege bolesnicima s neizlječivom bolešću, odnosno ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja bez obzira gdje se za njega skrbi bilo kod kuće, bilo u bolnici ili nekoj drugoj ustanovi. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje, evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima.

Ključne riječi: komunikacija, priopćavanje loših vijesti, emocionalne reakcije, komunikacija s ožalošćenim osobama, komunikacija s obitelji, duhovnost u palijativnoj skrbi

Summary

Communications in medicine is considered a fundamental clinical skill in the path to successful diagnosis and treatment and establishing a relationship with a patient. Research shows clearly that communication and the relationship between medical staff and patients are extremely important and have a number of influences on treatment outcomes as well as satisfaction with treatment, compatibility, clinical outcome and quality of life, patient safety, teamwork, cultural sensitivity and reduced complaints to medical staff. One of the most sensitive areas of medicine in terms of the importance of quality communication is access to obesity from the incurable diseases and to their family members. Special challenges in communicating in palliative medicine are the communication of bad news, recognition of emotional patient reactions, family involvement in communication, discussion of prognoses and risks, transition to palliative care and end-of-life communication. All members of the professional palliative team need quality education devoted to communicative skills, showing the process of spiritual accompaniment in palliative care of dying patients. In spiritual accompaniment to the dying, it is necessary to follow his rhythm and to help him utilize his spiritual potentials. The development of technology confronts us with the question of the helplessness of the person who is at the stage of the death of the disease. Communication in palliative care requires knowledge, skills and skills in the specificity of doing everyday work, which is a tough process. One of the most important skills in communicating in palliative care is to know how to hear and listen. It is a kind of listening in which the patient shows that he really is listening to what he is saying, asks and feels. Palliative care is a comprehensive (health, psychological, social and spiritual) care with the aim of providing the necessary care to patients with unbearable disease, or total care for a patient whose illness does not respond to treatment procedures, no matter where they are concerned-whether at home or in Hospital. The nursing nurse in palliative care is a multiple active participant who directly cares for health care, coordinates and manages the entire care process. He is responsible for planning, conducting and evaluating health care with continuous assessment, evaluation, patient and family education, and co-operation with other members of the interdisciplinary team.

Key words: communication, bad news, emotional reactions, end of life communication, family meeting, spirituality in palliative care

Popis korištenih kratica

EAPC Evropsko udruženje za palijativnu skrb

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

SPIKES protokol priopćavanja loših vijesti

S (setting) okruženje

P (perception of condition/seriousness) - procjenjiva

I (invitation from the patient to give information) - dobivanje pacijentovog pristanka na informaciju

K (knowledge giving medical facts) - prezentiranje informacija bolesnik

E (Explore emotions and sympathize) - pokazati empatiju istražiti

bolesnikove emocije

S (Strategy and summary) - strategija i sažetak

EKG elektrokardiogram

CVK centralni venski kateter

Sadržaj

| | |
|---|----|
| 1. Uvod | 1 |
| 2. Komunikacija u palijativnoj skrbi | 3 |
| 2.1. Palijativna skrb..... | 4 |
| 2.2. Aktivnosti medicinske sestre u komunikaciji | 6 |
| 2.3. Značenje komunikacije | 7 |
| 2.4. Oblici komunikacije s bolesnicima | 9 |
| 2.4.1. Verbalna komunikacija..... | 9 |
| 2.4.2. Sestrinska dokumentacija..... | 9 |
| 2.4.3. Neverbalna komunikacija..... | 9 |
| 2.4.4. Šutnja | 10 |
| 3. Komunikacijske vještine i sposobnosti..... | 11 |
| 3.1. Aktivno slušanje..... | 11 |
| 3.1.1. Tehnike aktivnog slušanja | 12 |
| 3.1.2. Neverbalni znakovi aktivnog slušanja..... | 13 |
| 3.2. Empatija | 14 |
| 3.3. Asertivnost | 17 |
| 3.4. Ja-poruke..... | 18 |
| 4. Specifičnost komunikacije s teškim bolesnim osobama..... | 20 |
| 4.1. Komunikacija s bolesnom djecom i mladima..... | 21 |
| 4.1.1. Koraci u razgovoru s djetetom ili adolescentom | 23 |
| 4.2. Komunikacija s ožalošćenim osobama | 25 |
| 4.3. Komunikacijske vještine s neizlječivim i umirućim bolesnicima..... | 27 |
| 5. Proces priopćavanja loše vijesti..... | 29 |
| 5.1. Spikes protokol | 30 |
| 6. Emocionalne reakcije komunikacije u palijativnoj skrbi | 34 |
| 6.1. Uključivanje obitelji u komunikaciju..... | 36 |
| 7. Duhovnost i ljudsko dostojanstvo u palijativnoj skrbi | 40 |
| 8. Zaključak | 42 |
| 9. Literatura | 44 |

1. Uvod

Palijativna skrb omogućava bolesniku da svoj život vidi kao vrijedan življenja. Kad su bolesnici u jedinicama intenzivne skrbi, postavlja se pitanje (s točke gledišta intenzivne skrbi) jesu li svi tretmani koje možemo izvesti ujedno i etički opravdani? Nevjerojatan medicinski napredak posljednjih desetljeća omogućio je da se u medicini može skoro sve izvesti. No, sve te tehničke mogućnosti dovode liječnike u stanje konflikta.

Konflikt između medicinsko-tehničkih mogućnosti i etičke opravdanosti. Terapijski postupci i odluke u jedinicama intenzivne skrbi se moraju temeljiti na dvjema značajkama podjednake vrijednosti jasna medicinska indikacija za postupak i želja bolesnika kojoj se mora dati prioritet. Postavlja se pitanje do koje granice bolesnici moraju biti u jedinicama intenzivne skrbi? Kakvu ulogu u toj odluci igra kvaliteta života? Bolesnik mora biti u fokusu, u centru pažnje. Mora se odlučiti kada prestaje invazivna intenzivna terapija, a kada nastupa palijativna skrb, a liječnici se moraju pomiriti sa životnim vijekom bolesnika. Kada primarni cilj terapije i liječenja nije više dovoljan, tada moramo prijeći iz invazivnog liječenja u palijativno. Etičke odluke i palijativna filozofija moraju doći u središte pažnje pružatelja medicinske skrbi, prihvatiti da završava aktivno agresivno liječenje te da palijativna skrb predstavlja najviši i najuzvišeniji čin.

Smisao terapije i tretmana je definiran stupnjem koristi za bolesnika. Intenzivno liječenje prestaje onda kada više ne daje korist niti doprinosi dobrobiti bolesnika, a tada mijenjamo cilj liječenja i prelazimo na palijativu ili rečeno medicinskim žargonom prelazimo na tzv. "udobnu njegu" (podržavajući život, podržavajući smrt u zadnjim fazama života). "*Udobna njega*" podrazumijeva poduzimanje svih mjera skrbi s ciljem uklanjanja boli, uporabe lijekova za spavanje (palijativne sedukcije) bez stresa, bez boli. Svaki je čovjek biološko, psihološko, sociološko i duhovno biće. Osnovne aktivnosti za kojima ima potrebu jesu održavanje zdravlja, ozdravljenje ili mirna smrt. Promatrajući ga kao cjelovito biće, ne bi nam trebala biti važna konkretna dijagnoza ili konkretni razlog traženja pomoći. Ono što je čovjeku važno, a nama predstavlja primarni cilj, je očuvanje integriteta ljudskog bića sve do trenutka smrti.

Drugim riječima, nije nam centar djelovanja bolesti već bolesnik i njegova obitelj. Prevencijom i liječenjem bolesti bave se preventivna i kurativna medicina. Što kada bolest postane neizlječiva, kada medicinski postupci liječenja ne daju rezultate ili su mogućnosti iscrpljene? Za takve bolesnike odavno postoji, a u posljednje vrijeme intenzivno se razvija, grana medicine koju nazivamo palijativna medicina. Kada je čovjekovo zdravlje narušeno, povećana je sociološka potreba, odnosno potreba za društvom. Komunicirajući sa drugim ljudima, čovjek izražava svoje osjećaje, potrebe, strahove, mišljenje.

Osim uloge medicinske sestre da pomogne pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Poziv medicinske sestre/tehničara često puta imaju ulogu tješitelja. U tom slučaju, osim znanja i vještina, sestra mora biti sposobna iskazati empatiju. Zbog dobrog odnosa, sestra–pacijent, važno je posjedovati dobre komunikacijske vještine.

Holistički i individualni pristup prema pacijentu, stvara čvrsti odnos povjerenja. Potrebno je tako pristupiti pacijentu zbog lakšeg razumijevanja bolesnikovih potreba i pružanja pomoći. Uz verbalnu komunikaciju dolazi i neverbalna koja pomaže u shvaćanju upućene poruke. Često puta umirućoj osobi je potreban kontakt očima, geste koje prate riječi ili samo dodir kao znak pažnje. Izraz *palijativni pacijent* predstavlja potencijalni problem. Naime, pacijenti nisu palijativni, već oni imaju potrebe za palijativnom skrbi. Označavanje pacijenata kao palijativnih nosi jasne opasnosti u smislu kako će na njih gledati obitelji i osoblje. Stoga preporučamo da se ne govori o palijativnom pacijentu niti terminalnom pacijentu, već o pacijentu s potrebama za palijativnom skrbi, odnosno o pacijentu s potrebama za skrbi na kraju života koja je usmjerena na ublažavanje patnje te očuvanje najbolje moguće kvalitete života. Sve do smrti ta skrb ne obuhvaća samo tu osobu, već i one koji je vole. Palijativna skrb smrt smatra normalnim procesom, ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Palijativna skrb se pruža gdje god se osoba nalazi, bila ona u svom domu, bolnici ili hospiciju.

Palijativna skrb je pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima poboljšava kvaliteta života. Ona započinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja ili kada su znaci širenja maligne bolesti dosegli takav stupanj da ih bolesnik teško podnosi. Obuhvaća tri područja - smirivanje simptoma, psihosocijalnu podršku štićenicima i njihovim negovateljima te etičke probleme vezane uz kraj života. Cilj palijativne skrbi jest postići najbolju moguću kvalitetu života kroz olakšanje patnje, kontrolu simptoma i povrat životnih funkcija uz poštovanje osobnih, kulturnih, religijskih i etičkih vrijednosti. Palijativna medicina predstavlja jednu od novijih specijalističkih grana moderne medicine, a rezultat je razvoja ne samo medicinskih znanosti već napretka humanističke i civilizacijske misli modernog društva. Glavno središte interesa palijativne medicine je skrb za terminalno oboljele bolesnike. Dakle, za bolesnike u završnom stadiju bolesti gdje klasična i kurativna medicina svojim dijagnostičko-terapeutskim i znanstveno-tehnološkim pristupom više ne mogu vratiti bolesnika u stanje zdravlja, odnosno odsustva bolesti.

2. Komunikacija u palijativnoj skrbi

Komunikacija u medicini je izrazito široko područje koje obuhvaća odnos zdravstvenog djelatnika, bolesnika i njegove obitelji ali i komunikaciju među članovima medicinskog tima, zdravstvenog djelatnika, volontera, organizaciji civilnog društva. Komunikacija je najčešća vještina kojom se zdravstveni djelatnici koriste u svakodnevnom radu.

Komunikacija je sastavni dio svakog odnosa s bolesnikom i njegovom obitelji, a i ključ je uspjeha medicinskog tima. Jedno od neosjetljivih područja medicine u smislu važnosti kvalitete komunikacije jest pristup oboljelima od neizlječive bolesti i članovima njihovih obitelji. Bolesnici s neizlječivom bolešću trebaju kontinuiranu podršku i dobro educiran tim, a upravo je komunikacija okosnica te podrške. Komunikacija u palijativnoj medicini izrazito je težak i zahtjevan proces, a bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne medicine. Doslovno značenje riječi komunikacija znači učiniti nešto zajedničko. Komunikacija je prenošenje i razumijevanje značenja poruka, a komuniciramo da bi prikupili, prenijeli ili razmijenili informacije. Prema načinu komuniciranja, komunikacija može biti usmena, pismena, verbalna i neverbalna. Zbog ovih načina jednostavno je nemoguće ne komunicirati.

Prema broju sudionika komunikacija u palijativnoj skrbi najčešće je interpersonalna te grupna. U palijativnoj skrbi komunikacija je usmjerena u više pravaca, ali svi vode ka istom cilju te je teško izdvojiti nekoga kao posrednika. Najčešće je medicinska sestra jedini posrednik između pacijenta i ostalih članova palijativnog tima, a nerijetko i između samog pacijenta i njegove obitelji. Jedan od preduvjeta za odvijanje palijativne medicine na kvalitetnom nivou je i poznavanje komunikacijskih vještina sa specifičnostima karakterističnima za palijativnu skrb. To je vjerojatno jedan od čestih razloga zašto su djelatnici, kada treba komunicirati s bolesnikom ili njegovom obitelji često prezaposleni, nemaju vremena za duži razgovor. Zbog takvih nedostataka, medicinske sestre imaju deficit vremena za boravak i razgovor s pacijentom, komunicira se u žurbi na bolničkom hodniku, ponekada zbog umora ili straha zbog razmišljanja i nesigurnosti je li način komuniciranja dobar.

Komunikacija zahtijeva znanje, kompetenciju i tehničke vještine pružene sa entuzijazmom i odgovornošću, ali uz svjesnost zdravstvenih profesionalaca da i oni nose svoju anksioznost, strahove, depresiju, bespomoćnost i niz drugih ograničenja. Komunikacija kao i svaka druga vještina zahtijeva edukaciju i vježbanje. U specifičnosti komunikacije u palijativnoj skrbi pripada i priopćavanje loših vijesti. Da bi vijest bila prenesena na pravi način, osnova je poznavanje komunikacijskih vještina, a sve u svrhu rješavanja problema, bijega od drugih problema te primanja i davanja obavijesti. Medicinski djelatnici su izloženi najrazličitijim vrstama komunikacije u kratkom vremenskom razdoblju. U današnje vrijeme smo svjedoci

manjka djelatnika u odnosu na broj bolesnika i gomilu administrativnih podataka. Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću kroz prevenciju olakšavanje patnje putem ranog prepoznavanja te procjene, suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih [2]. Bolesniku pristupamo holistički, u središtu pozornosti nije samo bolest, nego cijela osoba sa svim svojim psihološkim, društvenim i duhovnim problemima. Cilj je dizanje kvalitete života i smanjenje patnje umirućih i njihovih obitelji. Bolesnik je u središtu događanja te u svakom trenutku osoba koju treba poštovati i koja o svemu odlučuje. Cilj nam je da ova patnja ne bude proživljena u samoći i napuštenosti nego da bude okružena humanošću. Smanjivanje “totalne boli” (psihološke, fizičke, socijalne i duhovne) tj. ona se zalaže za dostojanstvo i maksimalnu kvalitetu života oboljelog i članove njegove obitelji. Palijativna skrb obuhvaća više od medicinske struke (aktivnost religijskih organizacija, humanitarne projekte, itd...) te je najpotrebnija teško oboljelima na kraju života. Komunikacija u medicini smatra se fundamentalnom kliničkom vještinom na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s bolesnikom. Komunikacija u medicini izrazito je široko područje koje obuhvaća odnos zdravstvenih profesionalca, bolesnika i njegove obitelji, ali i komunikaciju među članovima medicinskoga tima te između zdravstvenih profesionalaca, volontera, organizacija civilnoga društva, vladinih i međuvladinih institucija, profitnog sektora i javnosti u cjelini. Ne smijemo zaboraviti da nisu samo bolesnici i članovi obitelji ti koji će patiti na razne načine ako je komunikacija u palijativnoj skrbi bila loša. Često će zdravstveni djelatnici koji se sami osjećaju nedovoljno kompetentnima u komunikaciji pokazivati simptome izgorijevanja na poslu i imati manje zadovoljstvo poslom koji rade. Jedna od najvažnijih poruka koju bolesniku treba prenijeti jest činjenica da smo spremni i voljni dijeliti neke od njegovih briga i nemira. Rad s umirućim bolesnikom zahtijeva izvjesnu zrelost koja dolazi s iskustvom. Moramo se dobro zagledati u naše vlastito stajalište prema smrti i umiranju prije negoli pokušamo tiho i bez tjeskobe sjesti pokraj smrtno bolesnoga čovjeka. Intervju koji otvara vrata u palijativnoj skrbi jest susret dvoje ljudi koji mogu komunicirati bez straha i tjeskobe [2].

2.1. Palijativna skrb

Palijativna skrb je holistički i multidisciplinarni pristup pacijentu što podrazumijeva skrb koju oboljelome pruža skupina liječnika, medicinskih sestara, fizikalnih terapeuta, socijalnih radnika, duhovnika i volontera. Palijativna skrb s aspekta socijalnog rada obuhvaća rad svih sudionika u timskom pristupu skrbi za bolesnika u kojih bolest više ne reagira na liječenje, a

sukladno potrebama i željama bolesnika. Unaprjeđenje kvalitete života takvih bolesnika i njihovih obitelji osnovni je cilj djelovanja socijalnih radnika. Palijativna skrb usredotočena je prema smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) na sveobuhvatan pristup bolesti i bolesniku, dobru komunikaciju, emocionalnu potporu, postupak etičkog donošenja odluka te procjenu potreba bolesnika i njegove obitelji. Karakteristike specijalističke palijativne medicine obuhvaćaju pristup bolesti i bolesniku uz pomoć interdisciplinarnog tima, optimalne intervencije i kontrolu simptoma, dobru komunikaciju i emocionalnu podršku. Palijativna skrb je aktivna, skrb za pacijente čija bolest ne reagira na postupke liječenja a najvažnije joj je suzbijanje boli, drugih simptoma, te socijalnih, psiholoških i duhovnih potreba.

Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt se smatra normalnim procesom, ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti unatoč kulturnim razlikama s obzirom na pristup palijativnoj skrbi diljem Europe.

EAPC definicija palijativne skrbi nastoji ujednačiti utjecaj na pokrete i organizacije za palijativnu skrb u mnogim europskim zemljama. Palijativna skrb ne odnosi se samo na starije bolesnike, već na oboljele od neizlječivih bolesti svih životnih dobi (od najmanje djece do najstarijih, odnosi se samo na bolesnike s rakom oko 50%) kao i na oboljele od brojnih drugih neizlječivih bolesti (osobito neuroloških bolesti). Ne uključuje samo osnivanje posebnih ustanova to je specijalistička grana medicine potrebna na svim razinama, ne postoji palijativna skrb bez multidisciplinarnog, posebnog educiranog tima [1].

Prema svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) definicija palijativne skrbi je: *“Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja, te besprijeorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovni“* [1]. Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC) ima jednu širu, sveobuhvatniju definiciju:

“Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma, te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema“. „Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite, zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti“ [1].

2.2. Aktivnosti medicinske sestre u komunikaciji

Bolesnici s terminalnom bolešću svjesni su utjecaja njihove bolesti na najbližu okolinu, razvijajući ujedno i strah od nemoći, samoće, ovisnosti. Zbog toga veliku važnost ima prvi kontakt sestre s bolesnikom pri prijemu te uspostava dobre komunikacije, što je ključno za nastavak liječenja. Pri prijemu se ispunjava detaljna sestrinska anamneza, planiraju se planovi prilagođeni bolesnikovim željama i potrebama te se provodi razgovor s obitelji.

Zdravstvena njega kod palijativnog bolesnika prvenstveno se svodi na adekvatnu higijenu, odgovarajuću prehranu (visokokaloričnu s dovoljno nutrijenata), prevenciju kontraktura, dekubitusa te edukaciju obitelji o korištenju specijalnih pomagala. Povjerenje je jedna od najvažnijih stavki u našem radu! Vjerovati bolesniku te ga saslušati. Važno je znati što bolesnik očekuje od nas i njemu dajemo potrebne informacije usmeno i pismeno. Poštivanje bolesnikovih prava i autonomije, ispunjavanje bolesnikovih želja ukoliko su realne i ostvarive, otvorenost, empatija, senzitivnost u svakoj komunikaciji s bolesnikom i njegovom obitelji.

Holistički pristup prema pacijentu omogućava da mu pristupimo kao cjelovitom biću. Važno je da sestra posjeduje izvrsne komunikacijske vještine. Kako bismo olakšali boravak u bolnici i stekli bolesnikovo povjerenje potrebno je da se komunikacija održava, odnosno da komunikacija bude dvosmjerna. Sestra mora znati prepoznati fazu u kojoj se bolesnik nalazi. Događa se da su sestre zauzete zdravljem bolesnika ili pak otklanjanjem simptoma bolesti i boli, a ne vide ono što je očito kod bolesnika, potrebu da komunicira, da se potuži, da ga se sasluša. Ponekad su riječi suviše ili ih nema, tada je vidljiva neverbalna komunikacija. Dakle, nemoguće je ne komunicirati. Teško je pronaći temu o kojoj bi razgovarali sa umirućem. Stoga se susrećemo sa sestrama koje izbjegavaju takve pacijente [3]. Najčešće se događaju *neugodne tišine* kada sestre obavljaju zdravstvenu njegu bolesnika. U takvim trenucima se najčešće razgovara o rutinskim postupcima (bilo to dijagnostički ili terapijski). Najbolje bi bilo započeti komunikaciju u vidu općih stvari. Primjerice, pozdraviti ulaskom u sobu i započeti neobavezan razgovor i na taj način pokušati saznati kako se pacijent osjeća i koje su njegove potrebe i želje. Potrebno je dati odgovor na postavljeno pitanje, sestra mora biti sposobna prepoznati razumije li pacijent informaciju koju je dobio.

Također je važno kada se komunikacija uspostavi, da se pacijenta sasluša, sjedne pored njega, gleda u oči i uspostavi dodirni kontakt. Nikako se ne bi trebala mijenjati tema razgovora ili raditi nešto usporedno. Dok pacijent govori, ne treba ga se prekidati već se usredotočiti na ono što on govori. Sestra je ta koja ima najviše prilike razgovarati sa pacijentom i mora mu pružiti podršku. S pacijentom ne možemo odrediti kada je, a kada nije pravi trenutak za razgovor. Komunicirati treba onda kada bolesnik to izrazi ili sestra prepozna da bolesnik ima potrebu

razgovarati, ali nije siguran na koji način da započne. Razgovor ne treba forsirati, a treba se odvijati u ugodnoj prostoriji u kojoj su šumovi svedeni na minimum. Zbog toga je vrlo važno da se pacijent osjeća ugodno, prihvaćeno, dobro došao [2,3].

Nema pravila tko treba razgovarati više, a tko manje sa pacijentom. Iako je činjenica da su medicinske sestre te koje provode većinu dana sa pacijentima pa samim time imaju više prilike razgovarati s njima i pružiti im više suosjećanja. Ovisno o potrebama i željama bolesnika, treba razlučiti što se treba reći bolesniku i na koji način. Sestra treba biti realna i objektivna, jasna i informativna. U komunikaciji s umirućom osobom bitno je da sestra ne daje lažne nade u ozdravljenje ili s druge strane, da gasi svaku nadu u mogućem izlječenju. Sestra treba čuti onu skrivenu poruku koju bolesnik šalje, čuti neizrečeno, poštujući prava umirućeg. Jedan od načina unapređenja komunikacije s umirućim bolesnikom je dodatna edukacija zdravstvenih djelatnika o komunikacijskim vještinama.

Zašto je komunikacija sa palijativnim pacijentom različita od komunikacije sa drugim pacijentima? Različita je zbog toga što sestra treba biti psihički stabilna jer ipak je i ona ljudsko biće sa osjećajima i mišljenjem. Treba imati više razumijevanja i suosjećanja, ali ne previše da se ne bi zanemarilo ono zbog čega je ona doista tu. Smrt i umiranje za čovjeka su nešto što je teško prihvatiti. Dobre komunikacijske vještine su bitan preduvjet za kvalitetnu palijativnu skrb.

Komunikacija se odnosi na interakciju između pacijenta i zdravstvenih radnika, ali i na interakcije između pacijenata i njihovih obitelji, kao i interakcije između različitih zdravstvenih radnika i službi koje su uključene u skrb. Nezadovoljstvo i pritužbe na skrb češće se mogu pripisati nedjelotvornoj komunikaciji kao i neodgovarajuće pruženim uslugama, dok se pokazalo da djelotvorna komunikacija poboljšava skrb za pacijenta.

Komunikacija u palijativnoj skrbi je mnogo više od same razmjene informacija. U obzir treba uzeti teške i ponekad bolne brige, što zahtijeva puno vremena, predanost i iskrenost. Za osoblje u palijativnoj skrbi to može biti zahtjevan zadatak. S jedne strane prenijeti poštenu i potpunu informaciju, a s druge strane kod pacijenata i njihovih obitelji poštovati nadu u preživljavanje unatoč približavanju smrti.

Potrebno je osigurati prikladne preduvjete za djelotvornu komunikaciju, uključujući uvježbavanje i poduku, odgovarajući prostor i smještaj, vrijeme za interakciju s pacijentima i njihovim obiteljima, te sa svojim timom, kao i pristup suvremenoj informacijskoj tehnologiji [3].

2.3. Značenje komunikacije

Komunikacija je proces razmjene misli, osjećaja i poruka koji se nužno odvija kad god postoji interakcija (međudnos, međudjelovanje). Kad osobe nisu u fizičkoj blizini, ne moraju

nužno, ali mogu, ostvariti interakciju i komunikaciju, npr. putem telefona ili kompjutera. No, čim se dvije osobe nađu u relativnoj blizini, interakcija se odvija bez obzira na to imaju li te osobe ili nemaju namjeru ostvarivanja kontakata i razmjene poruka. Kad su osobe u relativnoj blizini već se nalaze u određenom odnosu i u situaciji da mogu razmjenjivati poruke. Ljudi u interakciji razgovaraju, ali istovremeno čine niz tjelesnih pokreta, pogleda, izraza lica, položaj tijela i gesta. Govoreći mi zastajemo, zamuckujemo, ponavljamo, uzdišemo, smijemo se i mrštimo. Čim postoji interakcija nije moguće izbjeći komunikaciju. Interakcija i komunikacija odvijaju se čak i kada se čini da osobe nisu zainteresirane ili izbjegavaju interakciju.

Odbijanje ili izbjegavanje interakcije predstavlja poruku: “Ne želim s tobom kontaktirati, komunicirati, razgovarati, imati posla“. Dakle komunikacija se ostvaruje i kad mislimo da uopće ne komuniciramo i kad mislimo da nema komunikacije. Kad se kaže da između nekih osoba “nema komunikacije“ to najčešće znači da njihova komunikacija nije dobra, odgovarajuća, uspješna, a ne da uopće ne postoji.

U nekoj interakciji između dvije osobe svaka od njih je istovremeno i pošiljalatelj i primatelj poruke, odnosno naizmjenice preuzima svaku ulogu. Kad pošiljalatelj govori, istovremeno prima poruke od osobe koja sluša. Slušatelj ne samo da prima poruku već istovremeno šalje poruku. ***Komunikacija ima različite svrhe ili uloge to su:***

- primanje i davanje obavijesti
- rješavanje problema
- donošenje odluka
- zadovoljavanje potreba (za pripadanjem, za užitkom, za bijegom od drugih aktivnosti, za odmorom, za kontrolom nad drugim ljudima). Ljudi komuniciranjem priopćavaju svoje stavove i namjere drugima. U međusobnom komuniciranju služe se verbalnim i neverbalnim sredstvima da bi ih primatelj informacija kvalitetnije mogao razumjeti. Znati djelotvorno komunicirati u svakodnevnim i poslovnim situacijama predstavlja vještinu.

Proces komunikacije započinje pošiljalčevim oblikovanjem ideje koja nekim medijem ide k primatelju, a koji istu tu poruku razumijeva (dekodira) i daje joj značenje. Primateljeva je povratna informacija važna da bi pošiljalatelj poruke znao u kojoj je mjeri njegova poruka ispravno shvaćena.

Internet, kao suvremena tehnologija, široko se koristi u akademskoj ali i u privatnoj zdravstvenoj praksi pa je postao jedan od praktički neizbježnih alata kojima se liječnici i ostalo medicinsko osoblje služe u svom radu. Međutim, iz neupitne prednosti interneta kao medija za prijenos informacija, nužno je biti svjestan i opasnosti koje taj oblik komunikacije donosi [2].

2.4. Oblici komunikacije s bolesnicima

2.4.1. Verbalna komunikacija

Obično podrazumijeva govor. Medij verbalne komunikacije je jezik, pustite bolesnika da govori! Do prave ćemo informacije doći tek kad zadobijemo punu pozornost i povjerenje bolesnika. Da bi nam bolesnik dao kompletnu informaciju trebamo pokazati naš interes i pokazati da nam je stalo do ishoda komunikacije. Moramo biti svjesni, prisutni i reagirati iz iskrenih osjećaja, što automatski znači i (samo) poštovanje. Razgovarajmo o njegovom pogledu na problem. Ne samo da ćemo na ovaj način dobiti potpuniju informaciju već ćemo dobiti cjelovitu sliku o samom bolesniku i njegovu stanju. Govorna (oralna) i pisana komunikacija mogu se smatrati verbalnom komunikacijom jer uključuju riječi. Zdravstveni djelatnici koriste se pisanom riječju da bi komunicirali (poput pisanja planova zdravstvene skrbi, odnosno sestrinske dokumentacije).

2.4.2. Sestrinska dokumentacija

Služi kao komunikacijska metoda kojom međusobno komuniciraju svi oni koji su uključeni u zdravstveni sustav i skrb oko bolesnika, zdravstveno osoblje, zdravstveni suradnici, bolesnik, obitelj i institucije zdravstvenog osiguranja. S obzirom na to da se veliki dio informacija u post modernom društvu razmjenjuje u pisanom obliku, visoka razina pismenosti uvjet je ravnopravnog sudjelovanja u procesu komunikacije. Međutim, ono što govorimo riječima ili pišemo samo je dio cjelokupnog spektra komunikacije. Izgovorene riječi čine samo oko 30% ljudske komunikacije, a neverbalna komunikacija je najrasprostranjeniji i najmoćniji oblik komunikacije.

2.4.3. Neverbalna komunikacija

Ton glasa, izraz lica, geste, dodiri i držanje tijela govore o naravi odnosa među sudionicima, bolesnicima koji su primili lošu vijest (npr. dijagnozu), depresivnim i potištenim bolesnicima. Medicinska sestra dodiranjem ruke može vrlo snažno komunicirati i dati im do znanja da je uz njih, nudeći im podršku koja im je u tom trenutku potrebna. Ako između verbalnih i neverbalnih elemenata poruke slučajno i postoji neki nesklad, pažljivi promatrač će ga otkriti.

Svaki nesklad unosi zabunu i nesporazum u komunikaciji. Neverbalna komunikacija može poslužiti kao upozorenje na predstojeće postupke. Primjerice, ako promatramo nekog tko hoda po sobi sa stisnutim šakama i ljutim izrazom lica, možemo naslutiti da će osoba postati

verbalno ili fizički agresivna. Pomoću toga možemo se pripremiti za intervenciju kako bi, ako je moguće, spriječili da se ne dogodi nepoželjno ponašanje.

2.4.4. Šutnja

Ona može biti znak umora, razmišljanja, nezadovoljstva, ali i oblik društvene kontrole. Malo je područja komunikacije koja mogu prouzročiti toliko nesporazuma kao šutnja. Mnogi ljudi se boje šutnje jer im je neugodna i nastoje je po svaku cijenu izbjeći. Kratka šutnja je dio razgovora koji također ima svoje značenje i može biti vrlo korisna. Šutnja može donijeti smirenje, pomaže nam da osvijestimo vlastite misli i osjećaje, uočimo neverbalne reakcije sugovornika, ali i da uspostavimo kontrolu nad osjećajima [3].

3. Komunikacijske vještine i sposobnosti

Komunikacijske vještine spadaju u skupinu temeljnih interpersonalnih vještina. Za razliku od osobnih kvaliteta koje su u velikom stupnju urođene, vještine su prije naučene nego urođene, a vježbom se mogu i razvijati. Posebnost komunikacijskih vještina sastoji se u tome da one uvijek uključuju povezanost između dvoje ili više ljudi ili grupa kao i njihovu međusobnu uključenost. Iako se može očekivati da je svatko tko se bavi zdravstvenom strukom vjerojatno već razvio komunikacijske vještine te da je prema tome i interpersonalno kompetentan ta se pretpostavka ne može uzeti zdravo za gotovo.

Vještine za koje bismo instinktivno mogli reći da su komunikacijske jesu slušanje i govorenje drugima. Poruka koja se prenosi, upućuje drugima, treba biti direktna, otvorena, pravodobna, jasna. Treba izbjegavati dvostruke poruke, usmjeriti se na jednu stvar u određenom trenutku, činiti jasnu razliku između činjenica koje se uviđaju i naših osobnih stavova, biti jasan u željama i emocijama.

Izgovorena poruka treba biti istinita i podržavana. Potrebne vještine slušanja jesu: aktivno slušanje, slušanje s empatijom, otvoreno, svjesno slušanje. Komunikacija je temelj učinkovite prakse zdravstvene njege jer je zdravstvena njega interpersonalna aktivnost pa su rijetke uloge koje ne uključuju bar još jednu osobu [2].

3.1. Aktivno slušanje

Većina ljudi smatra da je slušanje nešto što se samo po sebi podrazumijeva i vjerojatno bi ih pitanje znaju li slušati prilično iznenadilo. To je zato što sposobnost komuniciranja obično vežu uz sposobnost govorenja, iako je za dobru komunikaciju podjednako važno znati i dobro slušati i dobro govoriti. Približno se polovica komunikacijskih aktivnosti sastoji od primanja poruka tj. slušanja. Uzrok može biti u činjenici da je ritam govora sporiji od ritma slušanja pa slušaču ostaje vremena za vlastite misli. Drugi je mogući uzorak u procjeni slušača da nema koristi od slušanja, tj. u procjeni dobiti od slušanja.

Pravo slušanje nastoji obuhvatiti sve što govornik želi reći, ono je osjetljivo, dobronamjerno i ne obrambeno. Osnovni je cilj shvatiti sugovornika i razjasniti primljene poruke, pomoći da se izrazi, a nikako ga pratiti tek toliko da bi se od njega uzela riječ ili dobila prilika za odgovor.

U okviru takvog slušanja, slušač može i aktivno reagirati, zbog čega se takvo slušanje najčešće zove *aktivnim slušanjem*.

Aktivno slušanje je slušanje sa svrhom, ta svrha može biti:

- prikupljanje informacija,
- dobivanje uputa,
- razumijevanje drugih,
- rješavanje problema,
- pokazivanje interesa i podrške.

Aktivni slušač pokušava u potpunosti razumjeti što druga osoba govori. U zdravstvu to je proces tijekom kojeg zdravstveni djelatnik ne sluša činjenice koje sugovornik iznosi već pokušava shvatiti i pridodane im vrijednosti, stavove i osjećaje.

- Aktivno slušanje je dinamičan i aktivan proces tijekom kojeg zdravstveni djelatnik:
- sluša bolesnikove poruke,
- dekodira njihovo značenje,
- daje povratnu informaciju o onom što je od poruke razumio.

Zdravstveni djelatnik treba imati osjetljivost ne samo za ono što se govori, nego i za to kako se govori kao i za ono što nije rečeno. Aktivnim slušanjem započinje terapijska komunikacija. Ono je preduvjet za iskazivanje empatije i asertivnosti. Nužno je za konstruktivno rješavanje sukoba [1,2].

3.1.1. Tehnike aktivnog slušanja

1. Postavljanje podpitanja

Pitanjima iskazujemo interes, pokazujemo sugovorniku da želimo sudjelovati u razgovoru i da ga pratimo. Podpitanjima možemo usmjeravati razgovor, razjasniti sugovornike tvrdnje, pomoći mu da se izrazi.

2. Olakšavanje ili facilitacija

Sugovorniku možemo olakšati razgovor, potaknuti ga da nastavi pričati, pokazati mu da smo prisutni i uvažavamo ga koristeći razne verbalne i neverbalne znakove.

Npr. naginjanje prema osobi, gledanje u oči, klimanje glavom, osmijeh lagano podizanje obrva ili izraze odobravanja „da, aha“; ili fraze: „I onda“?; Slobodno recite“ .

3. Pojašnjavanje nejasnih ili preopćenitih tvrdnji

Ponekad je potrebno tražiti od sugovornika da objasni ili pojasni nešto što je rekao, a što nam se čini nejasno ili preopćenito kako bismo bili sigurni da smo ga dobro razumjeli, da bismo dobili više važnih informacija ili da bismo potaknuli govornika da više priča.

Na primjer, možemo pitati: “Kako to mislite da nitko ne želi razgovarati s vama“? ili “Možete li mi pojasniti na koga mislite kad kažete....“

4. Prepoznavanje neizrečenih misli ili emocija

Aktivno slušati znači da moramo obratiti pažnju ne samo na eksplicitne poruke koje sugovornik šalje već i na tzv. meta poruke.

Na primjer, ako bolesnik zabrinutim glasom kaže: *"Znate, moj brat je umro u ovoj bolnici"*; njegova neizrečena misao može biti: *"Hoće li se to dogoditi i meni?"*

5. Reflektiranje

Reflektiranje je tehnika kojom sugovorniku pomažemo da sam sebe čuje, da bolje razumije što osjeća i kako se ponaša. Reflektirati možemo tako da ponavljamo ključnu riječ ili ono što je sugovornik posljednje izgovorio npr. :*"Dakle, niste se mogli odlučiti da se sami brinite o suprugi ili je smjestite u dom"*.

To sugovorniku pomaže da dalje razvija misao i nastavi pričati. Reflektirati možemo i nečije emocionalno stanje na način da pred sugovornikom imenujemo njegove emocije ili da opišemo kako nam izgleda, npr. :*"Vidim da vas to ljuti"* ili *"Sada izgledate vrlo potišteno"*.

6. Parafraziranje

Parafraziranje je na neki način proširena refleksija. Ponavlja se sugovornikova ključna misao ili poruka, ali sažetije i drugim riječima.

Na primjer, ako sugovornik kaže: *"Supruga mi se sad razboljela, nedavno su mi umrli roditelji, ja sam ostao bez posla i ne znam ni sam kako ću dalje..."*, to se može parafrazirati kao: *"Znači doživjeli ste puno nevolja u kratkom vremenu i teško vam je donijeti odluke?"*

7. Sažimanje

U razgovoru je dobro s vremenom na vrijeme sažeti ono što ste čuli od sugovornika i ponoviti mu. Najčešće se sažima pred sam kraj razgovora i pritom se nastoje obuhvatiti ključni podaci zaključci, dogovori, ciljevi i preporuke. Sve nam to omogućuje provjeru onog što smo čuli od sugovornika, a sugovorniku mogućnost da ispravi krivo primijenjene poruke ili da kaže još nešto što je zaboravio reći. Na taj način pokazujemo sugovorniku da smo sve vrijeme pratili razgovor i da smo zapamtili ono što je važno [1,2].

3.1.2. Neverbalni znakovi aktivnog slušanja

Da bi zdravstveni djelatnik uspio aktivno slušati, mora znati prepoznati neverbalnu komunikaciju bolesnika, ali jednako tako mora i osvijestiti vlastitu neverbalnu komunikaciju.

Kontakt očima je najvažniji neverbalni znak aktivnog slušanja. Aktivni slušač treba izbjegavati nervozne kretnje i tzv. manirizme. Previše kretnji i gestikulacije može smetati sugovornika. Manirizmi, kao što su škljocanje olovkom, zveckanje ključevima, lupkanje prstima, češkanje,

igranje kosom i slično, odvrću pažnju. Neverbalno, aktivni slušač mora slati poruku o prisutnosti. Prisutnost je vanjsko pokazivanje spremnosti za saslušanje. Poruka o prisutnosti šalje se neverbalnim znakovima, a smisao je *"Pričajte, imate moju pozornost, ja sam ovdje s vama i radi vas!"*

3.2. Empatija

Empatija je opisana kao sposobnost što točnijeg razumijevanja osjećaja, želja, ideja i ponašanja druge osobe te sposobnost da se to razumijevanje i pokaže. Empatija je jedan od ključnih preduvjeta za izgradnju odnosa s klijentima u svim zanimanjima. U literaturi se često naglašava kako je za empatično komuniciranje nužno pokušati na danu situaciju gledati sa sugovornikova gledišta.

Bez takvog kognitivnog procesa nema razumijevanja. Zdravstveni djelatnici s puno znanja i iskustva bez toga da pokušaju sagledati situaciju na bolesnikov način, teško će razumjeti zašto netko osjeća jaki strah prije rutinskih postupaka rendgenskog snimanja pluća ili uklanjanja konaca nakon operacije. To što razumijemo da je nekoga strah, da je ljut ili sretan zbog nečega, ne znači da i mi moramo proživljavati te emocije da bi bili empatični.

Naš prvi cilj je prepoznati i razumjeti vrstu i jačini sugovornikovih osjećaja, razumjeti njegov način gledanja na stvari, ali ne i potpuno se identificirati sa sugovornikom. Razgovor s teško bolesnim ljudima je veliko emocionalno opterećenje za zdravstvene djelatnike pa oni radije izbjegavaju neugodu koju izaziva razgovor o bolesti i mogućim ishodima i komunikaciju koja se svodi na ono najnužnije.

Još uvijek zdravstveni djelatnici nemaju dovoljno znanja o važnosti komunikacije s bolesnikom niti vještine za vođenje takve komunikacije. Zdravstveni djelatnici izbjegavanjem komunikacije izbjegavaju sukob uloga u kojem se mogu naći, sukob između afektivne neutralnosti nužne da bi bili objektivni i racionalni u liječenju i potrebe za suosjećanjem s bolesnikom – empatijom što je osnova odnosa povjerenja koje potiče učinkovitost liječenja.

To što razumijemo da je nekog strah da je ljut ili sretan zbog nečega, ne znači da i mi moramo proživljavati te emocije da bismo bili empatični. Potpuno poistovjećivanje značilo bi gubitak objektivnosti, a to bi nas spriječilo u obavljanju posla i pružanja pomoći bolesniku. Pri prepoznavanju sugovornikova gledišta izuzetno je važno bezuvjetno prihvaćanje osobe bez osude i procjenjivanja. Kad osuđujemo i prosuđujemo zapravo pretpostavljamo kako bi naše ili neke druge ideje, ponašanja i osjećaja bili primjereniji sugovornikovim okolnostima. Pri tome zanemarujemo složenost ljudskoga funkcioniranja zbog koje ne možemo uvijek znati sve

osobine i okolišne čimbenike koji navode sugovornika da misli i osjeća na određeni način. Sugovornici koji doživljavaju osudu zbog svojih emocija imaju potrebu braniti se ili povući iz odnosa, a u takvoj situaciji nema uvjeta za uspostavu terapijskog odnosa. Nakon što smo prepoznali i razumjeli tuđe viđenje situacije, sljedeći i konačni cilj empatije je pokazati sugovorniku da ga razumijemo na način da sugovornik to zamijeti. I na verbalnom i na neverbalnom planu to zahtjeva usvajanje određenih tehnika opisanih u poglavlju o aktivnom slušanju koje je osnovni preduvjet za empatiju.

Sposobnost razumijevanja drugih ljudi u određenoj je mjeri urođena svim ljudima i naziva se prirodna empatija [4]. Razvoj prirodne empatije u pojedinaca teče usporedno s njegovim kognitivnim razvojem od ranijeg djetinjstva. Do koje će se mjere u odrasloj osobi razviti ove urođene predispozicije ovisi o iskustvima u socijalnoj okolini. Empatiju koristimo kada su ljudi s kojima smo u interakciji zbunjeni, u nevolji, tjeskobni, ožalošćeni, nesigurni, ali i kad su iznenađeni, sretni i zadovoljni. Drugim riječima, empatija je poželjna svaki put kad netko govori o vlastitim mislima i osjećajima. Empatija pokazuje da razumijemo sugovornika. Bolesnici često kvalitetu zdravstvene skrbi mjere kvalitetom komunikacije sa zdravstvenim djelatnicima. Empatija pridonosi osjećaju samopoštovanja kod sugovornika. To što smo odvojili vrijeme kako bismo čuli što bolesnici imaju reći, razmislili o tome, pokazali im razumijevanje, pridonosi njihovu osjećaju važnosti i vrijednosti. Empatija povećava osjećaj povezanosti s drugim ljudima. Osjećaj pripadanja smanjuje negativne posljedice usamljenosti i izolacije koja je česti problem nekih bolesnika, primjerice osoba starije životne dobi. Bezuvjetno prihvaćanje i razumijevanje sugovornika bez osuđivanja pridonosi njegovu osjećaju, olakšanja i slobode. Možda osoba želi promijeniti svoje osjećaje i ponašanje npr. ovisnost o alkoholu pa joj spoznaja da ju je netko prihvatio i razumio u tome može pomoći.

Naše prihvaćanje pomaže sugovornicima da i sami što prije prihvate sebe. Ovakav učinak empatije može biti izuzetno značajan u bolesnika koji se moraju prilagoditi gubitku tjelesnih funkcija ili dijela tijela. Kad se bolesnici osjećaju prihvaćenima, imaju povjerenja i skloniji su pružiti informacije potrebne za pristup njihovom problemu. Na primjer, informacije potrebne za točnu procjenu njihove situacije, postavljanje dijagnoze i određivanje tretmana. Empatija povećava vjerojatnost da će bolesnik slijediti savjete i upute. Ovaj učinak osobito značajan jer o tome često ovisi uspjeh cjelokupnog tretmana bolesnika.

Empatija ima sve spomenute pozitivne učinke u komunikaciji sa suradnicima što pridonosi boljim međuljudskim odnosima i grupnoj koheziji. Osim toga, zbog pozitivnog djelovanja na sliku o sebi u djelatnika, povećava vjerojatnost da i oni ostvare kvalitetniji odnos s bolesnicima. Može se dogoditi da neki sugovornici pokušaju iskoristiti našu sposobnost suosjećanja i razumijevanja.

Za zaštitu naših osobnih i profesionalnih prava u takvim je situacijama važno poznavati tehnike odbijanja nerazumnih zahtjeva te otvorenog i jasnog izražavanja misli i emocija. Kad sugovornik pokaže potrebu za izražavanjem emocija, cilj nam je koristeći tehnike aktivnoga slušanja, što točnije odgovoriti na pitanja: Kako se sugovornik osjeća, što misli, što želi reći? Koji je sugovornikov osnovni problem? Odgovore na ta pitanja pokušavamo dobiti ne samo na osnovi verbalne komunikacije već i na osnovi neverbalnih poruka koje sugovornik šalje. Verbalizirati empatiju znači reflektirati sugovorniku naše razumijevanje njegovih osjećaja i uzoraka njegovih emocionalnih stanja riječima što točnije izreći što nam sugovornik misli i osjeća.

Reflektiranje verbalne komunikacije odnosi se na ponavljanje ključnih riječi. Reflektiranje neverbalne komunikacije odnosi se na slanje poruke o neverbalnim znakovima koje smo uočili kod sugovornika. Prvi nam je cilj što točnije procijeniti vrstu emocije koju opažamo kod sugovornika, a zatim i jačinu te emocije bez umanjivanja ili pretjerivanja. Idealno je kad sugovornik sam potvrdi kako smo točno pogodili što osjeća ili je želio reći. Kako bismo to postigli, važno je često provjeravati jesmo li ga dobro razumjeli.

Nije lako točno procijeniti sugovornikove emocije i to mu pokazati. Mnogi pri savladavanju tehnike reflektiranja kao najveću bojazan navode da će krivo procijeniti stanje sugovornika i reći nešto pogrešno. No, već pokazivanje zanimanja za sugovornika često djeluje terapijski, čak i ako smo isprva krivo procijenili o čemu se radi. Biti što točniji u reflektiranju sugovornikovih misli ne znači doslovno ponavljati ono što smo čuli. Doslovno ponavljanje ostavlja dojam da ono što smo čuli nismo stvarno razumjeli. Tehnikom parafraziranja, odnosno ponavljanja vlastitim riječima, jasnije ćemo iskazati da stvarno razumijemo sugovornika.

Empatija postaje posebno zahtjevna u situacijama komunikacije s bolesnicima kojima ne možemo ukloniti bol, patnju ili stres pa se čini da im zapravo i nemamo što reći. No čak i tada možemo parafrazirati ili reflektirati bolesnikovu komunikaciju i na taj način pokazati da ga pokušamo razumjeti. Primjer: "Znači, bili ste vrlo bliski, pretpostavljam da ste u šoku jer se sve ovo dogodilo tako iznenadno". Empatija se očekuje i ima blagotvorno djelovanje i kad se komuniciraju pozitivne emocije. Ignorirati olakšanje bolesnika pri izlasku iz bolnice, zadovoljstvo zbog dobrih nalaza, veliki je propust jer ostavlja dojam hladnoće i nezainteresiranosti za bolesnika kao osobu što nije u skladu s poželjnim osobinama uspješnih komunikatora. Neverbalna obilježja empatije jednako su važna kao i verbalna. Samo kad su empatične izjave praćene neverbalnim znakovima koji odaju zanimanje, toplinu i iskrenost, sugovornik će stvarno primiti poruku da ga razumijemo. Ako nam nije stvarno stalo do sugovornika, empatični odgovori bit će neprimjereni jer će neverbalni znakovi odati nedostatak stvarnoga zanimanja. U neverbalnom iskazivanju empatije korisna je tehnika zrcaljenja. Kako

bismo pokazali da razumijemo sugovornikove emocije, djelomično ponavljamo i njegovu neverbalnu komunikaciju. Na taj način pokazujemo kako smo stvarno osvijestili što sugovornik osjeća [4].

Zbog toga je nužno u školovanje zdravstvenih djelatnika uključiti poučavanje o dobrobitima empatije i vježbanje vještine iskazivanja empatije. Za prevenciju stresa i izgaranja potrebno je održavati stalne timske sastanke na kojima se zajednički preispituju slučajevi i dogovaraju strategije komunikacije s bolesnicima te superviziju u okviru koje zdravstveni djelatnici mogu iznijeti vlastite osjećaje u okružju grupne podrške. U organizaciji posla trebalo bi voditi računa o opterećenosti zdravstvenih djelatnika poslom i bolesnicima u skladu s preporukama za prevenciju stresa [2].

3.3. Asertivnost

Asertivnost je složena vještina ili ponašanje koje ima jednu od ključnih uloga u dugoročnom održanju kvalitetnih međuljudskih odnosa te u smanjivanju stresa. U novije vrijeme je prepoznato značenje asertivnosti i za profesionalnu komunikaciju u zdravstvu. U životu smo često suočeni sa situacijama u kojima se moramo izboriti za svoja prava. Suočeni s takvom situacijom, općenito možemo reagirati na tri načina:

- asertivno,
- agresivno,
- neasertivno.

Asertivno (lat. Essertu - potvrđen, dokazan) ponašanje za razliku od neasertivnog i agresivnog jedino dugoročno osigurava kvalitetne međuljudske odnose. Očituje se u borbi za vlastita prava, jasnom i iskrenom izražavanju mišljenja i emocija te odbijanju nerazumnih zahtjeva, bez osjećaja straha i krivnje na način kojim ne ugrožavamo prava drugih ljudi. Asertivno ponašanje uključuje sljedeće sposobnosti:

- reći "ne", odbiti nerazuman zahtjev,
- tražiti usluge i postavljati zahtjeve,
- izražavati pozitivne i negativne emocije,
- započinjati, održavati i završavati konverzaciju.

Povećava se vjerojatnost da u nekoj situaciji postignemo željeni cilj, a da to ne naiđe na odbijanje kod sugovornika. Drugi nas počinju više uvažavati, a to jača naše samopoštovanje, osjećaj neovisnosti i sposobnosti donošenja odluke. Osim toga, učimo izraziti negativne emocije na društveno prihvatljiv način, a to je vrlo važno pri konstruktivnom rješavanju sukoba. **Vrste asertivnih izjava:**

1. Temeljna asertivna izjava jednostavno, izravno iznošenje svojih mišljenja, ideja uvjerenja. Ovakve se izjave osobito preporučaju kada želimo reći "ne". Ako ste sigurni u odluku ne morate uvijek obrazložiti.

2. Zaoštravajuća asertivna izjava ako sugovornik ne reagira na našu temeljnu asertivnu izjavu možemo postupno zaoštriti svoju izjavu i navesti što planiramo učiniti ako se ništa ne promjeni.

3. Empatična asertivna izjava osim našeg zahtjeva i potreba, iskazuje razumijevanje za poziciju druge strane. Zdravstvene djelatnike često prati još jedno stereotipno očekivanje, a to je da uvijek budu na usluzi i stalno prilagođavaju svoje potrebe drugima. Asertivnost pomaže u uspostavljanju ravnoteže između zadovoljavanja vlastitih i udovoljavanja tuđim potrebama. Važno je razlikovati obaveze koje stvarno proizlaze iz prirode posla od pretjeranih i nerazumnih očekivanja.

Neasertivne medicinske sestre manje su samostalne u svom poslu. Neasertivnost dovodi i do negativnih psiholoških učinaka koji smanjuju kvalitetu skrbi koju sestra pruža. Što je položaj pojedinog zdravstvenog djelatnika niži to je asertivnost manje poželjna. Tako medicinske sestre češće koriste asertivnost u komunikaciji sa suradnicima istoga ranga nego u komunikaciji s članovima uprave.

Neasertivnost je pasivni način suočavanja sa situacijama. Osoba se ne bori za nešto na što ima pravo, ne izriče svoje mišljenje i osjećaje. Dopušta drugima da donose odluke za nju, a to dovodi do nesigurnosti, bespomoćnosti, usamljenosti i niskog samopoštovanja. Neasertivne, pasivne i zakočene osobe često imaju problem ne samo s izražavanjem negativnih već i pozitivnih misli i osjećaja (zadovoljstva, nade, ljubavi..) što bitno umanjuje kvalitetu njihova života [2].

3.4. Ja-poruke

Osnovano obilježje verbalnoga dijela komunikacije u kojoj asertivno iznosimo svoje mišljenja i emocije jesu ja-poruke. Zovu se tako jer sugovornicima dajemo jasnu informaciju o tome kako doživljavamo neku situaciju i opisujemo je s vlastitog stajališta. Time izbjegavamo osuđivanje, kritiziranje, okrivljavanje i napadanje sugovornika. Ja-porukama dajemo mogućnost sugovorniku da kad čuje što mislimo i osjećamo promijeni neko svoje ponašanje, ali ga na tu promjenu ne prisiljavamo, niti je naređujemo.

Ja-poruke sastoje se od sljedećih dijelova:

- opis situacije s našeg gledišta,
- emocionalni odgovore,

- objašnjena naših emocija,
- što očekuješ od sugovornika,
- opis očekivanih posljedica od onoga što tražimo.

Kako bismo ja-porukama postigli željeni cilj, osim o tome što govorimo, izrazito je važno voditi računa i o tome kako to izgovaramo. Tih, oklijevajući i pasivan nastup rezultirat će dojmom neagresivnosti, pretjerano dominantan, hladan i neprijateljski nastup ostavit će dojam asertivnosti. Samo usklađenost verbalnog i neverbalnog dijela asertivne poruke osigurava da ona bude prenesena kako to želimo. Izravno, točno i jasno izražavanje ja-porukom skraćuje razjašnjavanje svakodnevnih nesporazuma zbog nedovoljno jasne komunikacije, a takvih je situacija u odnosu zdravstveni djelatnik-pacijent mnogo [2].

4. Specifičnost komunikacije s terminalno oboljelim osobama

Komunikacija u palijativnoj medicini izrazito je težak i zahtjevan proces, a bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne skrbi. Nedostatak komunikacijskih vještina često je razlog zbog kojeg izbjegavamo razgovor s teško oboljelim bolesnikom i njegovom obitelji. Međutim, komunikacija s teško oboljelim, npr. onkološkim bolesnikom, ne razlikuje se od komunikacije s bilo kojim bolesnikom. Bolesnik bolest doživljava kao problem koji mu narušava svakodnevnu aktivnost. Onkološka bolest težak je teret bolesniku i njegovoj obitelji u trenutku postavljanja dijagnoze, ali i tijekom liječenja. Jednako teške mogu biti i kronične nemaligne bolesti koje narušavaju svakodnevnu aktivnost, radnu sposobnost i onemogućuju životnu radost pojedinca. Dobra komunikacija s bolesnicima i njihovim obiteljima iznimno je važna pred kraj života jer ona utječe na razmišljanje i ponašanje samog bolesnika, ali i njegove obitelji. To upućuje zdravstvene djelatnike da se nikada ne smiju uplašiti njihova stanja, bez obzira na to koliko ih bolesnici opteretili svojim životno važnim problemima. Naime, iako je tuđu bol teško razumjeti, uvijek se moraju truditi razumjeti bolesnike što je više moguće.

Bolesnim osobama pred kraj života zdravstveni djelatnici trebaju pružiti veliko strpljenje i razumijevanje. U takvim se situacijama osobe, osim zdravstvene skrbi, od medicinskog osoblja očekuje i podršku (kad je riječ o teško ili neizlječivo bolesnim osobama), liječnici se posebno moraju pobrinuti za uspostavljanje dobre komunikacije s obitelji oboljele osobe [2].

Članovi multidisciplinarnog tima trebaju imati razvijene komunikacijske vještine, posebno empatiju i aktivno slušanje jer svaki član tima mora biti u stanju razgovarati s bolesnikom kad on to hoće. Povjerenje u stručni tim ovisi o tome jesu li svi članovi tima osjetljivi i otvoreni u svojoj komunikaciji s bolesnikom i obitelji. Medicinske sestre su članovi tima koji najviše vremena provode s bolesnikom, one su odgovorne za stalnu procjenu potreba i planiranja zdravstvene njege. Zdravstveni djelatnici moraju u potpunosti poštovati prava bolesnika, biti profesionalni (u skladu s profesionalnim obavezama i standardima) i raditi u interesu bolesnika.

Zdravstveni djelatnici ne smiju umanjivati povjerenje i kompetenciju članovima obitelji, a istovremeno im moraju davati i savjete. Od ljudi (članova obitelji) ne treba očekivati da prihvate sva objašnjenja jer je za to potrebno dulje vrijeme i česta ponavljanja dok ljudi sami ne shvate što im je rečeno. Kronične su bolesti dugotrajne i zahtijevaju od bolesnika i obitelji dugotrajnu prilagodbu.

Najznačajniji oblik komunikacije zdravstvenih djelatnika s bolesnicima jest pružanje informacija o bolesti i liječenju te pružanje emocionalne podrške. Cilj tih oblika komunikacije

jest postizanje bolesnikove odgovornosti i bolje prihvaćanje uputa dobivenih od zdravstvenih djelatnika.

Komunikacija zdravstvenih djelatnika s oboljelim i članovima njegove obitelji često je nedostatna jer zdravstveni djelatnici nemaju puno vremena za razgovor. Stoga je to veliko emocionalno opterećenje za zdravstvene djelatnike. Zdravstveni djelatnici s temeljnim obrazovanjem i stečenim kompetencijama nemaju dovoljno znanja ni vještina za takve oblike komunikacije, a prisiljeni su izbjegavati sukob uloga afektivne neutralnosti i suosjećajnosti. Nedoumice oko načina komunikacije s rodbinom i bolesnikom mogu se riješiti jasnim uputama o tome kada i tko treba razgovarati s njima i što im točno treba reći. Pritom treba znati da je obitelj teške bolesne osobe važan izvor njezine socijalne podrške [2,8].

4.1. Komunikacija s bolesnom djecom i mladima

Dugo vremena smatralo se da djeca koja boluju od malignih bolesti nisu svjesna ozbiljnosti svog stanja. Mnoge odrasle osobe, uključujući i zdravstvene djelatnike i danas pogrešno vjeruju da djeca nisu sposobna razumjeti ozbiljnost takve dijagnoze te kako ih je bolje zaštititi od tereta koji to saznanje nosi sa sobom. Međutim, danas se s pouzdanošću može reći kako čak i mlada djeca vrlo realno shvaćaju svoju bolest. Dijete najvjerojatnije već sumnja da nešto nije u redu, osobito starije dijete ili adolescent. Ne osjeća se dobro, češće posjećuje liječnike te je već prošlo neke zastrašujuće pretrage i sl. Većina zdravstvenih djelatnika danas se zalaže za iskren pristup u radu s djecom i mladima s naglaskom na informiranju djece o njihovoj bolesti. Takav stav treba pokušati provesti od prvog susreta s djetetom i prenijeti ga na roditelje.

Djeca koja dobivaju otvorene i iskrene informacije o dijagnozi i prognozi tijekom svoje bolesti značajno su manje tjeskobna i depresivna i navode više izvora pomoći i socijalne podrške od djece koja ne dobivaju primjerene informacije od roditelja. Osim toga imaju manje dugoročnih negativnih posljedica u psihološkoj prilagodbi nakon završetka liječenja. Važno je da te informacije prime od odrasle osobe kojoj vjeruju kao što je roditelj ili liječnik, a ne da slučajno te informacije dobiju od vršnjaka ili iz drugih izvora kao što je televizija, internet i sl. Poznavanje istine povećava osjećaj kontrole nad bolešću i suradnju djeteta u liječenju što je osobito važno u doba adolescencije. Roditelji su osobe od kojih se očekuje da najviše razgovaraju sa svojom bolesnom djecom [9].

Oni su, međutim, često u takvim situacijama preplavljeni emocijama i nedostaje im primjerena podrška. Razlozi zbog kojih roditelji izbjegavaju davanje informacija ili govore samo ono najnužnije, različiti su. Najčešće roditelji vjeruju kako su djeca premala da bi ih se

opterećivalo zastrašujućim činjenicama ili da bi razumjela što im se događa. Isto tako, roditelji žele izbjeći pitanja o umiranju i smrti ili spriječiti uznemirenost djeteta. Važno je znati da izbjegavanje razgovora s djecom može izazvati osjećaje izoliranosti i nepovjerenja u odrasle osobe jer nemaju s kime podijeliti svoje strahove, brige i sumnje koje vjerojatno osjećaju. Roditelji ističu kako bi im bilo lakše kada bi im zdravstveni djelatnici pružili više informacija o značajkama djetetova razvoja te strategijama kako razgovarati s djetetom o bolesti i liječenju, ovisno o njegovoj dobi. Informacije koje se daju djetetu trebaju biti prilagođene njegovu razvojnom i kognitivnom nivou uzimajući u obzir individualne razlike, odnosno potrebno je prvo provjeriti koliko dijete zna o specifičnoj situaciji. U situacijama kada roditelj daje dopuštenje da se djetetu ili adolescentu daju bilo kakve informacije potrebno je naći ravnotežu između prava djeteta na informaciju i prava obitelji da odabere koji je najbolji način. Nema jednostavnih odgovora u tim situacijama. Običaji i pravila u bolnicama i na odjelima su različiti. Za roditelje može biti korisno podijeliti svoje nedoumice s drugim roditeljima čije dijete je u sličnoj situaciji i saslušati kako se oni nose s time. Dobra komunikacija s bolesnim djetetom ili adolescentom potreba je tijekom svih stadija liječenja.

Preduvjet za uspješnu komunikaciju je naučiti slušati što djeca govore i kako to govore postavljanjem pitanja, kroz igru, crtež ili šutnjom. Djeca se razlikuju u razumijevanju bolesti u skladu s njihovim kognitivnim razvojem [8,9].

Neki stručnjaci smatraju da stadiji razumijevanja teške ili kronične bolesti slijede kronološki napredovanje same bolesti te govore o pet stadija prema Lansdown, 1996:

- **u prvom stadiju** dijete razumije da je bolesno.

Za većinu djece koja boluju od neke teže bolesti kao što je npr. karcinom postoji jasan početak bolesti iako postoji određen period neizvjesnosti prije nego što se postavi točna dijagnoza.

- **u drugom stadiju** pojavljuje se shvaćanje da imaju bolest od koje neki ljudi umiru.

Neka djeca su čula na odjelu riječ leukemiju i možda shvaćaju da je ona nekako povezana sa smrću. Također, neki roditelji će djeci od samog početka u objašnjavanju bolesti reći da je to bolest od koje ponekad ljudi koji su jako bolesni umru.

- **u trećem stadiju** dolaze do saznanja da imaju bolest od koje umiru i djeca.

Moguće je da djeca dožive i vide različite stvari, kao npr. smrt drugog djeteta na odjelu što može potaknuti ovo razumijevanje.

- **četvrti stadij** odnosi se na vrijeme potrebno da se dijete nauči nositi sa spoznajom kako nikad neće ozdraviti.

Ovaj stadij je vrlo često povezan s depresijom i rezignacijom te je potrebno reagirati ako se takvi simptomi zamijete kod djece. Kada dijete dođe u ovaj stadij to znači nužno da ono razumije da je smrt izvjesna.

- *u petom stadiju* posljednjem, dijete razumije da će umrijeti. Neki stručnjaci smatraju da sva djeca starija od 3 godine dođu u taj stadij, iako je teško procijeniti koliko dijete zaista razumije.

Ovih pet stadija mogu zdravstvenim djelatnicima pružiti određene smjernice kako postupiti ovisno o stadiju bolesti i razumijevanju koje dijete iskazuje. Ključ u svim stadijima je iskrenost [9].

4.1.1. Koraci u razgovoru s djetetom ili adolescentom

1. Razgovarati s roditeljima

Prije razgovora s djetetom ili adolescentom, potrebno je razgovarati s roditeljima kako bi oni prvi dobili potrebne informacije i pomogli planirati način razgovora s djetetom. Oni znaju koje riječi dijete koristi, kakvo je njegovo iskustvo s bolešću ili bolnicama i kako se njihovo dijete prije suočavalo s stresnim situacijama.

2. Tko treba biti prisutan

S djetetom se može razgovarati zajedno u prisutnosti roditelja, samo s djetetom ili s djetetom i roditeljima nakon što su roditelji već dali dio informacija djetetu. Važno je ostaviti djeci mogućnost da razgovaraju nasamo s liječnikom ili medicinskom sestrom ili drugim stručnjacima uključenim u brigu oko djeteta (npr. psiholog, fizioterapeut).

3. Prikladna okolina

Potrebno je osigurati i prikladnu okolinu za razgovor gdje neće biti nepotrebnih prekida, okolinu koja je sigurna i privlačna djeci. Treba osigurati da svi sjede, a ako je dijete vezano za krevet, osigurati da odrasli ne stoje nad njime.

4. Koliko dijete zna o bolesti

Pitajte dijete ili adolescenta što zna o bolesti ili o liječenju. To pomaže u stvaranju slike koliko dijete razumije i koje termine koristi. Također nam to omogućuje ispravljanje zablude koje dijete može imati.

5. Koliko dijete želi znati

Provjerite koliko dijete želi znati. Neka djeca možda neće htjeti znati detalje o svojoj bolesti ili liječenju ili možda neće htjeti znati više od onoga što ih očekuje u neposrednoj budućnosti. Mlađa djeca možda neće moći razumjeti vremensku dimenziju dugotrajnoga liječenja. Djeci koja su jako tjeskobna trebat će informacije davati postupno, prije svakog stadija liječenja. Pružanje informacija o bolesti trebalo bi uključivati informacije o nazivu bolesti, liječenje koje će morati proći, razlozima za liječenje te mogućim posljedicama.

6. Koristiti riječi prilagođene dobi djeteta

Pri davanju informacija treba iskoristiti jezik koji je prikladan razvojnom stadiju djeteta, izbjegavajući složene medicinske izraze. Velik broj mlađe djece će složene pretrage i postupke razumjeti samo kroz igru.

Upotreba lutaka kako bi se objasnilo gdje se nalazi centralni venski kateter (cvk), kanila, pomaže boljem razumijevanju onoga što im se događa. Priče koje povezuju uz pomoć mašte pomoći će djetetu da shvati što se događa u njegovu tijelu. Postoje slikovnice u kojima su prikazana djeca koja se pripremaju za operacijski zahvat kao i sama operacija i oporavak nakon nje.

7. Provjeriti razumijevanje djeteta

Važno je provjeriti koliko dijete razumije informacije koje ste mu posljednji put dali i ostaviti mu mogućnost postavljanja pitanja.

8. Kako se dijete osjeća

Provjerite kako se ono osjeća i brine li ga nešto. Djeca će možda imati poteškoća da spontano iznesu neke specifične brige, osobito ako vjeruju da će njihovi osjećaji ili strahovi uznemiriti druge. Treba ih izravno pitati kako se osjećaju.

9. Pružite im informacije o onome što će se odvijati u neposrednoj budućnosti

Naglasite što je sljedeće na redu u planu liječenja i ostavite mogućnost da vam se mogu slobodno obratiti u budućnosti ako imaju neka pitanja. Opća preporuka u komunikaciji s teško bolesnom djecom i mladima jest sljedeća; sve dok smrt nije izvjesna u potpunosti, bolje je pokazati očekivanje da će liječenje ipak pomoći. Ako se zna da nema lijeka, onda se odnositi prema smrti kao nečemu što će se dogoditi u daljoj budućnosti. Neka djeca i adolescenti ne žele razgovarati o svojoj bolesti ili o smrti, usprkos otvorenim informacijama i mogućnosti za razgovor. Njihovu odluku treba poštovati.

S druge strane, neka djeca i mladi suočeni sa znanjem da umiru, žele planirati vlastitu sahranu, što će se i na koji način odvijati, kome ostaviti svoje igračke, knjige, dragocjenosti. Takvi razgovori su iznimno teški i za roditelje i za zdravstvene djelatnike. Međutim, djeci taj proces može pružiti osjećaj kontrole barem nad jednim dijelom njihovog života, kad već nemaju kontrolu nad bolešću. Na kraju, potrebno je naglasiti kako je zdravstvenim djelatnicima koji rade s teško bolesnom djecom i mladima te njihovim obiteljima potrebna trajna i stalna podrška.

Kako bi zdravstveni djelatnici bili sposobni i dalje slušati djecu i razgovarati s njima, potreban je sustav podrške i supervizije koji će im omogućiti obavljanje posla a da ne budu preplavljeni emocijama ili da se distanciraju od svojih pacijenata [9].

4.2. Komunikacija s ožalošćenim osobama

Žalovanje ili tugovanje odnosi se na stadij u životu pojedinaca nastao zbog smrti voljene osobe. To može biti član uže ili šire obitelji, prijatelj, kolega ili susjed. Među najvećim gubicima koje pojedinac može doživjeti smatraju se gubitak vlastitog djeteta, gubitak roditelja u djetinjstvu te gubitak bračnog partnera. Žalovanje može nastati i kao posljedica drugih gubitaka, kao što je prekid bliskog odnosa, veći materijalni gubitak ili teži gubitak zdravlja. Žalovanje je prirodan proces koji ima svoj tijek i prolazi kroz određene stadije. Težina gubitaka je uvijek subjektivna bez obzira na to što okolina, stručnjaci ili mi smatrali koliko bi osobi trebalo biti teško. Gubitak je težak onoliko koliko ga sama ožalošćena osoba doživljava i to treba poštivati bez usporedbe sa sličnim gubicima drugih osoba. Kod ožalošćenih se mogu pojaviti jedan ili više znakova žalovanja no pojava navedenih znakova u većem ili manjem broju ili njihov izostanak ne govore o nikakvoj nenormalnosti jer ljudi tuguju na različite načine, ovisno o dobi, spolu, osobinama ličnosti, kulturi u kojoj žive, iskustvima s prethodnim gubicima, načinu žalovanja.

Komunikacija s ožalošćenima ili tugujućima je vrlo osjetljivo komunikacijsko područje jer je ta populacija ljudi osjetljiva na bilo kakve nespretnosti ili omalovažavanja njihove boli u komunikaciji. Čak i osobe čija je struka takva da su često u kontaktu s ožalošćenima (npr. zdravstveni djelatnici) najčešće nemaju sve neophodne vještine u komunikaciji s ožalošćenim [8].

Komunikacija s ožalošćenima osobama može biti zahtjevna i neugodna jer ljudi najčešće ne znaju što bi uopće rekli ili pitali ožalošćenu osobu.

Najčešće pogreške u komunikaciji o ožalošćenima jesu:

- nespominjanje pokojnika,
- različiti pokušaji tješnja ožalošćene osobe,
- nametanje normi ponašanja vezanih uz žalovanje,
- ne iskazivanje poštovanja prema umrlome.

Mnogi pretpostavljaju da je bolje ne spominjati umrlu osobu jer to još više povećava tugu za pokojnikom te se razgovor obično vodi oko nevažnih tema, usiljen i neprirodan. Ožalošćeni izjavljuju da im takvo ignoriranje pokojnika jako smeta jer im se čini da ga je okolina zaboravila. Ako se ožalošćena osoba rasplače na spomen pokojnika, ne znači da smo je mi spominjanjem umrlog rastužili, nego smo joj dali priliku da tugu koju nosi u sebi iskaže i podijeli s nama. Ožalošćenoj osobi možemo najviše pomoći tako da jednostavno budemo uz nju. Ljudi zaboravljaju da je često dovoljno biti s nekim, čak i u šutnji i na taj način dati do znanja da ste osobi na raspolaganju. Ne trebate imati sve odgovore ili davati savjete. Osobe u žalovanju

izjavljuju da su im najviše pomogli povremeni telefonski pozivi i posjete koje im omogućuju da govore o svom gubitku.

Dobro je iskazati empatiju i razumijevanje te reflektirati emocije sugovorniku. Razumijem (ili znam) kako vam je jer ožalošćene osobe doživljavaju svoju bol intenzivno čini im se da ih nitko, pogotovo netko tko nije doživio istovrstan gubitak ne može razumjeti. Ožalošćenoj osobi treba omogućiti da govori ili piše o detaljima događaja koliko je god potrebno. Suze koje se pri tome pojave ne treba susprezati, važno je omogućiti ožalošćenoj osobi da se dobro isplače. Neočekivanost gubitka znači upozorenja, kronična nasuprot akutnoj bolesti, razina boli ili neugode. Dobro je pripremiti ožalošćene osobe na pojavu intenzivne tuge na godišnjicu smrti ili braka na rođendane, praznike i blagdane ili na neke druge za nju značajne događaje. Žalovanje je proces, vjerojatno jedan od najtežih koje osoba prođe tijekom svog života.

Zdravstvenim djelatnicima je također važno prihvatiti da je gubitak i rad s ožalošćenima jedan od aspekata zdravstvene djelatnosti koji ne možemo negirati ili izbjeći. Usvajanjem vještina može se olakšati komunikaciju s ožalošćenima, ali i vlastito proživljavanje gubitka. Zdravstveni djelatnici pomažu ožalošćenima primjenom komunikacijskih vještina: empatije, poticanjem izražavanja, reflektiranjem emocija te upoznavanjem ožalošćene osobe s tijekom procesa tugovanja [2].

1 Kada razgovarati s bolesnikom?

Uvijek kad bolesnik ima potrebu razgovarati. Ako nije predviđeno posebno vrijeme kad bolesnik može razgovarati s liječnikom ili drugim zdravstvenim djelatnicima, to mu se može omogućiti uvijek nakon pregleda ili za vrijeme provođenja nekog oblika njege. Ponekad treba potaknuti bolesnika na razgovor, osobito onoga za kojega sumnjamo da se izbjegava suočiti sa svojom bolešću, ali ne treba biti uporan pri tome nego ponuditi razgovor i pričekati da sam pokaže spremnost.

2. Tko treba razgovarati s bolesnikom?

Svi zdravstveni djelatnici, ali svaki iz svojeg područja stručnosti. Na primjer, liječnik je odgovoran za tumačenje i razgovor o medicinskim aspektima bolesnikova stanja, a medicinske sestre za razgovor o općem stanju i potrebama bolesnika te za pružanje suosjećanja i emocionalne podrške.

3. Što treba reći bolesniku?

To je najstroženije pitanje jer sadržaj informacija ovisi o osobinama ličnosti bolesnika, socijalnom i obrazovnom statusu, prethodnim iskustvima s bolešću i ostalim obilježjima u kojima se bolesnici razlikuju. U svakom slučaju, potrebno je pri davanju informacija nastojati udovoljiti temeljnim potrebama bolesnika.

Iako često ponavljanje istih pitanja izazivaju ljutnju i umor, potrebno je razumjeti bolesnika da se on boji za svoj život, a možda želi riješiti i neke svoje probleme (npr. zbrinuti djecu, bolovanje i sl.) te svojim pitanjima želi doznati što ga čeka.

Ponekad je potrebno samo naći vremena za saslušati bolesnika što nam to želi reći jer i to već predstavlja emocionalno slušanje. Obavijesti koje zdravstveni djelatnici daju bolesniku smanjuju njegovu napetost i nestvarna očekivanja kao npr. o posljedicama i popratnim pojavama terapije zračenjem i kemoterapije [2].

4.3. Komunikacijske vještine s neizlječivim i umirućim bolesnicima

Od drevnih vremena društva su pokušavala pružiti potporu i udobnost svojim umirućim članovima. Čovjek je smrtno biće, a smrt i bolest su neizbježni dio ljudskog iskustva. Pojedincu je najveća skrb potrebna na početku i nakraju života pa je razumljivo da mu treba pružiti adekvatnu skrb u posljednjem razdoblju života prije smrti.. Čovjek ostaje čovjek do zadnjeg trenutka svog života sa svojim pravom da se s njim postupa kako dolikuje čovjeku. Napredak medicine i tehnologije omogućio je da liječenje terminalno oboljelih traje relativno dugo.

Dobra strana spomenute činjenice je produžavanje života, ublažavanje boli i drugih tegoba izazvanih slabljenjem vegetativnih funkcija. Loša je strana da je bolesnik istrgnut iz udobnosti doma i poznate mu okoline i okružen ljudima koji komuniciranje s bolesnikom svode samo na neophodno. Zato je važno unaprijediti odnos zdravstvenih djelatnika prema umirućim bolesnicima. Način na koji neka osoba umire je individualan kao što je i život. Otvorena komunikacija temelj je palijativne skrbi. Njega teških i umirućih bolesnika najteži je zadatak medicinskih sestara koje doživljavaju i proživljavaju smrt svakodnevno pa bivaju prisiljene razmišljati i suočiti se sa činjenicom vlastite smrti.

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je komunikaciju kao jednu od pet vještina neophodnih za sretan i zdrav život. Jedino u izravnom kontaktu s bolesnikom možemo postići suradljivost i zadobiti povjerenje pa je komunikacija s bolesnikom jezgra medicine orijentirane prema čovjeku, a ne prema bolesti. Komunikacija u palijativnoj medicini izrazito je težak i zahtjevan proces, a bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne skrbi [8].

Nedostatak komunikacijskih vještina često je razlog zbog kojeg izbjegavamo razgovor s teško oboljelim bolesnikom i njegovom obitelji. Komunikacija s teško oboljelim, npr. onkološkim bolesnikom, ne razlikuje se od komunikacije s bilo kojim bolesnikom. Bolesnik bolest doživljava kao problem koji mu narušava svakodnevnu aktivnost [5].

Onkološka bolest težak je teret bolesniku i njegovoj obitelji u trenutku postavljanja dijagnoze, ali i tijekom liječenja. Jednako teške mogu biti i kronične nemaligne bolesti koje narušavaju svakodnevnu aktivnost, radnu sposobnost i onemogućuju životnu radost pojedinca. Reakcija pojedinca na bolest ovisi o njegovim osobinama ličnosti, načinu suočavanja sa stresom, vjerovanju u ozdravljenje, socijalnoj podršci i mnogim drugim čimbenicima [4,5].

Elizabeth Kubler-Ross, švicarska psihijatrica, autorica knjige “O smrti i umiranju“, razvrstava *emocionalne reakcije osobe koja se suočila sa smrću kroz pet stadija*:

1. Odbijanje i izolacija je poricanje, koje dozvoljava postojanje nade. Bolesnik u toj fazi ne vjeruje da ima neizlječivu bolest i ne želi priznati da se to njemu događa.

2. Ljuttnja /gnjev je faza u kojoj sebi bolesnik postavlja pitanje “Zašto ja “? Ne može naći pravi odgovor, ali medicinska sestra mu može pomoći, ako mu ponudi podršku u svladavanju gnjeva.

3. Cjenkanje je suočavanje s bolešću tijekom koje bolesnik pregovara, nastoji odgoditi neizbježan kraj kako bi doživio i proživio još ugodnih trenutaka.

4. Potištenost /depresija je faza primjetnog opadanja fizičkih sposobnosti kad su tuga i patnja najjače izražene pa je u toj fazi emocionalna podrška najvažnija.

5. Prihvatanje je vrijeme relativnog mira koje se događa kod bolesnika koji su uspjeli dovoljno dugo poživjeti i koji su prihvatili neizbježno. U toj je fazi važna prisutnost bliskih osoba [2].

5. Proces priopćavanja loše vijesti

U palijativnoj medicini postoje brojne situacije koje označuju posebne izazove u komunikaciji kao što su priopćavanje loše vijesti. Prepoznavanje i optimalno postavljanje prema akutnim i kroničnim emocionalnim reakcijama bolesnika, rasprava o prognozi i rizicima, zajedničko donošenje odluka s bolesnikom te situacije kada se dogodi recidiv. Uključivanje obitelji u komunikaciju, komunikacija o prelasku na palijativnu skrb i komunikacija na kraju života te komunikacija s obitelji nakon smrti bolesnika. Loša vijest za bolesnika općenito podrazumijeva svaku informaciju koja negativno utječe na njegova očekivanja i planove u sadašnjosti i budućnosti. Za onkološkog bolesnika loša je vijest prije svega sama dijagnoza zloćudne bolesti, ali to je tek početak cijeloga spektra informacija koje će primati tijekom liječenja i koje može percipirati kao loše. Tako loša vijest može biti vezana uz nuspojave liječenja, prognozu, recidiv, progresiju bolesti, nemogućnost daljnjega aktivnog liječenja itd. U svakodnevnoj kliničkoj praksi liječnici moraju bolesnicima priopćiti lošu vijest nebrojeno puta tijekom radnoga vijeka.

Priopćavanje loših vijesti, komplicirani komunikacijski zadatak koji uključuje verbalnu i neverbalnu komponentu onih koji priopćavaju vijest, prepoznavanje i odgovaranje na bolesnikove emocije, uključivanje bolesnika u donošenje odluka i pronalaženje načina za buđenje nade i pružanje podrške. Način kako priopćavamo lošu vijest neobično je važan jer može izrazito traumatizirati bolesnika, ali i poboljšati psihosocijalnu prilagodbu i suradnju. Priopćavanje loših vijesti je proces, a ne jednokratni događaj. Važno je biti svjestan vrlo velikoga raspona individualnih strahova i briga koje bolesnici mogu imati vezano uz njihovu bolest pa tako i uz loše vijesti. Utjecaj na pojedinoga bolesnika može se procjenjivati samo u kontekstu njegovih osobnih životnih okolnosti [8].

Svako ljudsko biće kad je suočeno s lošom viješću pokazuje spektar emocionalnih reakcija koje su izraz njegovih uobičajenih obrazaca nošenja sa stresom, minijturni portret načina na koji se osoba nosila s drugim traumatskim događajima u prošlosti, a modificirano s dobi, zrelošću, iskustvom itd. U svakodnevnoj praksi priopćavanja loših vijesti razlika je između vještoga i nevještoga zdravstvenoga djelatnika najizraženija u sposobnostima i tehnikama koje primjenjuju u suočavanju s emocionalnim reakcijama bolesnika. Osim sadržaja vijesti važan je i način njezina priopćavanja. Ako je zdravstveni djelatnik empatičan, iskren i suosjećajan, bolesnici će takvu vijest lakše prihvatiti i biti suradljiviji. U palijativnoj medicini često se naglašava konflikt između želje za znanjem i straha od loših vijesti. Zbog toga većina bolesnika želi da ih zdravstveni djelatnik najprije pita žele li biti informirani i koliko žele znati.

U većini istraživanja oko 80% bolesnika želi kvalitativnu procjenu, a samo 50% kvantitativnu procjenu. Osim toga, bolesnici žele pozitivno obojen jezik, što na primjer, podrazumijeva uporabu riječi preživljavanje, a ne smrt od neke bolesti. Bolesnici najčešće žele čuti prognozu u obliku riječi, manje u postotcima, a najmanje u grafičkim prikazima koje doživljavaju kao prehladne, surove i nerazumljive [8].

Istraživanja pokazuju da su depresivni bolesnici otvoreniji za rasprave o prognozi, kao i oni bez djece te bolesnici s čvrstim religijskim uvjerenjima.

Treba imati na umu da većina istraživanja pokazuje kako zdravstveni djelatnici misle da je bolesnik sve razumio, a bolesnik govori da puno toga nije razumio! Način na koji priopćavamo lošu vijest može utjecati na brojne odluke koje će bolesnik donijeti, uključujući odluke o liječenju, uključivanju obitelji u skrb, smještaj i sl. Treba paziti na ravnotežu i često tanku liniju između realistične nade i lažnih očekivanja. Dok danas velika većina zdravstvenih djelatnika u zapadnome svijetu jasno bolesniku kaže dijagnozu, ipak još uvijek manje govore o prognozi, a osobito kod uznapredovalih slučajeva pri čemu su česte tzv. „urote šutnje“ u liječnika i bolesnika.

Kod multidisciplinarnih palijativnih timova osobito treba izbjegavati situacije u kojima jedan član tima nešto kaže, a drugi prešuti. Liječenje kojim se očekuje dugoročnija korist bit će češće izabrano ako je zdravstveni djelatnik posvetio više vremena za razgovor s bolesnikom jer dodatna objašnjenja povećavaju razumijevanje. Pokazalo se da odabir određenih riječi utječe na izbor liječenja. Bolesnici će izabrati i rizičnije oblike liječenja ako je informacija rečena pozitivno nego ako je izrečena negativno (slutnja smrti). Potreba za priopćivanjem loših vijesti u zdravstvenog djelatnika otvara niz pitanja i problema [8]. To je često neugodan zadatak za profesionalce koji u svoj posao ulaze radi pomaganja izlječenju ljudi. Oni ne žele oduzeti nadu i biti nosioci loše vijesti.

U susretu s bolesnikom aktiviraju svoje empatijske snage što im pomaže da bolje razumiju bolesnika, ali u zdravstvenog profesionalca mogu izazvati osjećaj bespomoćnosti, tjeskobe, straha, depresije i frustracije. U svijetu postoji više protokola za priopćivanje loših vijesti, od kojih je najčešće u uporabi *SPIKES protokol* [1].

5.1. Spikes protokol

Spikes protokol sastavili su Balile i suradnici. Sastoji se od šest koraka koji se nude kao predložak o tome kako voditi razgovor u kojemu bolesniku treba priopćiti lošu vijest. Naziv je dobio prema šest ključnih riječi na engleskom jeziku, od kojih svaka govorio jednom od koraka koje treba napraviti.

SPIKES protokol za priopćavanje loše vijesti ima četiri cilja:

- Prikupljanje informacija od pacijenta,
- Prenošnje medicinske informacije,
- Pružanje podrške pacijentu,
- Pridobivanje suradnje pacijenta u izradi strategije ili tretmana za budućnost.

Ti ciljevi mogu se postići ispunjavanjem šest zadataka, od kojih je svaki povezan sa specifičnim vještinama.

Korak: S – priprema za razgovor, okruženje (*S – setting*)

Prije razgovora s bolesnikom predlaže se mentalna priprema zdravstvenog djelatnika za težak zadatak priopćivanja loše vijesti. Potrebno je da si zdravstveni djelatnik osvijesti da je on donositelj loše vijesti te da je normalno da i on u tom procesu ima negativne osjećaje, osjeća frustraciju i odgovornost. Korisno je da ima pripremljen okvirni plan kako bi razgovor trebao teći i kakve bolesnikove reakcije može očekivati da bi imao pripremljene odgovore na moguća pitanja.

Vrlo je važno da taj razgovor teče u intimnoj atmosferi, a idealno bi bilo da se odvija u odvojenoj sobi bez nazočnosti drugoga medicinskog osoblja i bolesnika. Treba misliti i na to da bolesnik možda želi da s njim bude netko od njemu bliskih osoba pa mu to treba ponuditi kao mogućnost. Prije započinjanja razgovora poželjno je da zdravstveni djelatnik sjedne i da između njega i bolesnika nema barijere koja bi umanjila osjećaj bliskosti.

Za uspostavu dobrog odnosa važnu ulogu imaju održavanje kontakta očima te iako može biti neugodno i fizički dodir kao što je na primjer dodir po ramenu ili držanje bolesnikove ruke u svojoj, naravno, ako je to bolesniku prihvatljivo. Da bi preduhitrio događaje koji bi mogli omesti razgovor, idealno bi bilo da zdravstveni djelatnik zamoli kolegu da preuzme obveze koje bi za vrijeme razgovora mogle nastati, a ako to nije u mogućnosti, bolesnika treba obavijestiti o vremenskim ograničenjima ili prekidima koje očekuje.

Korak: P – procjenjivanje bolesnikove informiranosti, percepcija, stanja/ozbiljnosti (*Perception of condition/seriousness*).

Na samom početku razgovora, a prije iznošenja nalaza pretraga, korisno je orijentirati se o bolesnikovu znanju o njegovoj bolesti, odnosno izvidjeti što on uopće zna i kakav je njegov doživljaj situacije i bolesti. Pri tomu pomaže metoda postavljanja otvorenih pitanja na koje bolesnik već zna odgovor ili ga možda sluti. Može se njegovim rječnikom jednostavno nadograditi onaj dio koji još ne zna. Takav je uvod koristan i zato da bi se registrirali oni bolesnici koji se nalaze u fazi poricanja bolesti ili imaju nerealna očekivanja od liječnika i liječenja.

Korak: I – dobivanje bolesnikova pristanka na informaciju. Pacijentov poziv da ga se informira (I – Invitation from the patient to give information).

U trećem koraku zdravstveni djelatnik traži pristanak da bolesnik želi čuti informaciju koju mu zdravstveni djelatnik može dati. Iako većina bolesnika želi znati sve o svojoj bolesti te žele potpunu istinu o prognozi i sve druge detalje. Zdravstveni djelatnici trebaju imati na umu da neki to ne žele. Izbjegavanje informacija postaje češće kako bolest postaje teža. Ako bolesnik ne želi znati detalje, takav stav treba poštovati i ostaviti mogućnost da se pitanja postave kasnije.

Korak: K – prezentiranje informacija bolesniku, znanje: iznošenje medicinskih činjenica (K- Knowledge: giving medical facts).

Budući da razgovor o lošoj vijesti nije lak ni za zdravstvenog djelatnika ni za bolesnika, trebalo bi ga započeti kratkim uvodom u kojemu zdravstveni djelatnik bolesnika upozorava da slijede loše vijesti. Dok odugovlačenje i potpuna izravnost povećavaju vjerojatnost nijekanja situacije, okrivljivanja drugoga ili shvaćanja vijesti kao šale, nagovještaj se pokazao učinkovitijim u pomoći primatelju da prihvati lošu vijest i da se smanji šok koji može uslijediti nakon priopćivanja. Treba misliti na to da bolesnici uglavnom nisu medicinski obrazovani i da neće shvatiti medicinske izraze. Razgovor treba voditi na njihovoj razini razumijevanja i treba biti prilagođen njihovom rječniku. Pri iznošenju dijagnoze treba izbjegavati isticanje loše strane bolesti. Informacije treba davati postupno, u manjim dijelovima, a periodično treba provjeriti razumije li bolesnik što mu je rečeno.

Kad su iscrpljene sve moguće opcije liječenja, zdravstveni djelatnik treba izbjegavati rečenicu: „Više se ništa ne može učiniti za vas“. Takav je stav pogrešan jer unatoč neizlječivosti bolesti postoje drugi terapijski ciljevi i potrebe bolesnika. Tada zdravstveni djelatnik svoje djelovanje treba usmjeriti na kontrolu boli i oslobađanje od drugih simptoma. Treba pokazati da uvijek može nešto napraviti za bolesnika.

Korak: E – bolesnikove emocije i odgovor empatijom na njih, istražite emocije i suosjećajte (Explore Emotions and sympathize).

U procesu priopćivanja loše vijesti, jedan od najvećih izazova za zdravstvenog djelatnika jest adekvatno odgovoriti na bolesnikove emocije. Emocionalne reakcije bolesnika mogu biti različite. Bitno je da zdravstveni djelatnik razumije i očekuje takve reakcije kako bi pružio potporu i pokazao empatiju. Zdravstveni djelatnik može priznati svoje osjećaje i reći da je ta vijest teška i za njega. Bolesniku može dati na znanje da razumije njegove osjećaje koji su normalni te da i drugi imaju takvo iskustvo i reakciju. Katkad bolesnici ne izražavaju svoje osjećaje, nego šute. Tada bi zdravstveni djelatnik trebao postaviti pitanje sa svrhom razumijevanja razloga šutnje. Treba imati na umu da mnogi bolesnici neće otkriti svoje emocionalne probleme, dajte pacijentu vremena da izrazi svoje osjećaje.

***Korak: S – postavljanje terapijskoga plana, strategija i sažetak
(Strategy and Summary)***

Razrađivanje terapijskoga plana s bolesnikom važan je korak za njega. Prije započinjanja te teme potrebno je bolesnika pitati je li spreman za taj razgovor [2].

6. Emocionalne reakcije komunikacije u palijativnoj skrbi

Sve osobe uključene u proces skrbi o bolesniku (bolesnik, članovi obitelji, zdravstveni profesionalci) mogu pokazivati spektar najrazličitijih emocija koje mogu biti akutne i kronične. Zdravstveni djelatnici moraju biti pripremljeni za izražavanje najrazličitijih emocija u teških i neizlječivih bolesnika. Katkad možemo unaprijed očekivati snažne emocionalne odgovore, primjerice nakon dijagnoze, recidiva ili neuspješnoga liječenja.

No, događa se da zdravstveni djelatnik uopće nije svjestan nekoga specifičnog poticaja za emocionalni distress bolesnika, a dodatni okidači emocionalnih reakcija mogu biti potpuno nepovezani s bolešću, a povezani, recimo s odnosom s bolesnikovim partnerom, financijskim problemima ili nečim sasvim trećim. Samo zdravstveni djelatnik koji je dobro educiran u komunikacijskim vještinama može adekvatno odgovoriti na cijeli spektar bolesnikovih emocija.

Nakon priopćivanja loših vijesti dolazi do izražavanja emocija koje bolesnik vrlo često drži u sebi ili ih dijeli samo s obitelji tako da ih liječnik često i nema prilike vidjeti. Bolesnici često zdravstvenog djelatnika doživljavaju kao osobu povezanu samo s tjelesnim liječenjem pa o emocijama govore obitelji, svećeniku ili psihijatru. Emocije treba uzimati u obzir, prepoznavati im uzrok i ne izbjegavati ih te poticati bolesnika da o njima govori. Potrebno je razlikovati akutne i kronične emocionalne reakcije [2].

U akutnim reakcijama, bolesnici mogu pokazivati nevjericu, biti u stanju emocionalnog šoka, anksiozni, depresivni, imati pojačan osjećaj krivnje, biti u stanju potiskivanja, poricanja, imati velike projekte i sl. Takve emocije treba uvažavati, prepoznavati im uzrok i pokušati ne primjenjivati izbjegavajuće ponašanje ili strategije. Postojat će situacije i konzultacije kada će bolesnikovo akutno emocionalno stanje jako otežavati komunikaciju (npr. strah do užasa, psihotične reakcije...).

Takozvani težak bolesnik može biti onaj koji je pod izrazitim stresom, prezahtjevan, nesposoban da donese odluku, jako ljut. Možemo naići i na teške obitelji jer članovi obitelji mogu imati jako aktivnu ulogu u podršci i skrbi. Istraživanja pokazuju da je oko jedne šestine svih konzultacija teško tako da zapravo često govorimo o teškim komunikacijama, a ne o teškim bolesnicima [2]. Kronične emocionalne reakcije su patnja i *demoralizacija* (gubljenje samopouzdanja, hrabrosti, vjere u nešto). Klonulost duha i energije, malodušnost, nevjerica u svoje sposobnosti, obeshrabrenost. Često vidimo da se patnja poistovjećuje s boli, iako to nije isto.

Bolesnik može osjećati bol, ali ne patiti. Teško je opisati čovjeka koji pati, ali se često rabe pridjevi očajan, bespomoćan, melankoličan, demoraliziran. Primjena otvorenih pitanja, aktivno slušanje ili poticanje da nam bolesnik ispriča svoju životnu priču može pomoći u toj

reintegraciji. (ponovno uključivanje, pripajanje, sjedinjenje u svoj sastav nakon privremene odvojenosti).

Korisna je fraza “recite mi kakvi ste bili na vrhuncu svog života“. Kada čujemo kako je bolesnik sebe opisao u vrijeme kada je bio najbolje, to nije samo njemu/njoj podsjetnik da oni postoje i izvan te trenutne bolesti već ih vraća i u vrijeme kad su bili potpuno integrirani. To nekima pomaže u ponovnoj uspostavi sebe i putu prema reintegraciji.

Demoralizaciju možemo shvatiti kao osobitu i specifičnu reakciju na prijetnju u bolesnika koji je teško bolestan, karakteriziranu izrazitom anksioznošću i nesposobnošću da vidi put prema naprijed. Bespomoćnost može prerasti u totalno beznade, kada bolesnik ima osjećaj gubitka daljnjeg smjera u svom životu. Demoralizirani bolesnik može se u nekom trenutku smijati ili uživati, ali ne može zamisliti nikakvu ugodu u budućnosti, dok depresivni ne može osjetiti ugodu ni na kojoj razini. Demoralizirani ne zna što činiti i kako s okorjelom bespomoćnošću o svojem stanju, dok depresivni možda zna put djelovanja, ali nema motivacije.

Vještine koje pomažu uključuju slušanje s empatijom, otvorena pitanja kako bi se izrazili osjećaji, izbjegavanje strategija koje će povećati distancu, pružanje informacija, ohrabivanje, poticanje vještina suočavanja u bolesnika. Iznenadujuće je, ali i tužno koliko bolesnika prolazi taj put s malo pomoći ili bez pomoći svojega liječnika. Nakon postavljanja dijagnoze, npr., karcinoma, bolesnici često kažu da se više nikad ne mogu opustiti i uživati zbog stalnoga straha da će se bolest ponovno vratiti, što u medicini često nazivamo *Damoklovim sindromom*. Nažalost, jedna će skupina bolesnika imati recidiv–bolest će se vratiti [2]. Reakcija opet ovisi o osobnosti bolesnika i načinima suočavanja pa su emocionalne reakcije raznolike. Nove terapijske procedure danas omogućuju da osobe s metastatskim karcinomom mogu živjeti mnogo godina uz dobru kvalitetu života. U reakcijama na recidiv bolesnici su često još iscrpljeniji iako mnogi od njih reagiraju iznenadujuće snažno. U tom je procesu iznimno bitno razgovarati, vidjeti razumije li bolesnik ono što mu govorimo, ima li i koliko ima snage i je li uopće shvatio informaciju. Razumiju li da recidiv ne znači odmah smrt?

Kod recidiva i zdravstveni djelatnik često osjeti razočaranje, gorčinu, krivnju, frustraciju jer i on je uspostavio odnos s bolesnikom i to teško proživljava. Loše je ako tada zdravstveni djelatnik skraćuje vrijeme koje provodi s bolesnikom, koristi se nekim eufemizmima i sl. Pravila prilikom priopćavanja vijesti o recidivu jednaka su kao pri priopćavanju loše vijesti u drugim situacijama. Liječnik treba procijeniti koliko informacija bolesnik želi primiti i koristiti se zajedničkim donošenjem odluka te aktivno raspravljati o pojedinim oblicima daljnjega liječenja. Veliki broj odluka u palijativnoj medicini uključuje teške izbore između raznih oblika liječenja, s brojnim mogućim rizicima i koristima. Budući da je liječenje danas postalo sve složenije, pravodobna informiranost i zajedničko donošenje odluka izrazito su važni. Bolesnici imaju

različite kulturološke obrasce odrastanja pa i razna vjerovanja o bolesti, tako da zajedničko donošenje odluka pojačava povjerenje između liječnika i bolesnika, ali i osigurava međusobno razumijevanje, što je važno i za suradnju u liječenju.

U svakom slučaju, neizlječivi su bolesnici, u pravilu, spremni na veći rizik od potencijalnih nuspojava i manju mogućnost koristi od pojedine terapije u odnosu na opću populaciju, što je i logično, jer znaju da se bore za život i u posebnoj su poziciji sve ili ništa. Isto tako, dokazano je da, ako bolesniku detaljno objasnimo moguće terapijske procedure i uključimo ga u odlučivanje, to ima mnogo pozitivniji utjecaj na njegovu psihičku prilagodbu. Osobe se osjećaju uvažanima jer je ipak riječ o njihovom tijelu, a anksiozniji su i nezadovoljniji ako se osjećaju izoliranima ili samo kao objekti terapijskih procedura.

Cilj zajedničkoga konzultiranja o odlukama vezanima uz liječenje jest osigurati da je bolesnik dobro razumio sve informacije o poremećaju i dostupnim terapijskim opcijama, koristima i rizicima za svaku od mogućnosti liječenja te važnosti svakoga od mogućih ishoda za životni stil i vrijednosti osobe. Mlađe osobe često žele više informacija od starijih koji se pak vole osloniti na zdravstvenog djelatnika koji će donijeti odluku. Važno je izravno pitati bolesnika koliko detalja on želi u opisu pojedinih terapijskih opcija [1].

6.1. Uključivanje obitelji u komunikaciju

Zdravstveni djelatnici su u radu s bolesnicima s neizlječivim bolestima često u situaciji odnosa: zdravstveni djelatnik–bolesnik–obitelj. Obitelj je najčešće primarni skrbnik o bolesniku. Ona ima svoju dinamiku, ona dijeli bolest svojega člana i prolazi s njim teška razdoblja. Glavni je skrbnik u oko 70% slučajeva bračni partner, djeca u oko 20% slučajeva, a u oko 10% slučajeva prijatelj ili daljnji rođak. Obitelj je ono što bolesnik smatra obitelji! A to znači i susjed i partner i najbolji prijatelj ako to smatra bolesnik i ako mu to pomaže. Obitelji s povećanim rizikom i osobito povećanim potrebama za palijativnom skrbi jesu one u kojima malo dijete gubi roditelja, gdje samohrani roditelj umire i ostavlja djecu kao siročad, obitelji starih roditelja s tjelesno hendikepiranim ili mentalno bolesnim djetetom, obitelji izolirane migracijom i sl. Uključivanje obitelji u skrb još više pojačava izazove i složenost razmjene informacija i komunikaciju.

Istraživanja pokazuju važan utjecaj člana obitelji na kreiranje odnosa zdravstveni djelatnik–bolesnik jer on unosi dodatnu dinamiku u kliničku interakciju svojom osobnošću, načinima suočavanja, željom za postavljanjem pitanja zdravstvenom djelatniku, prijašnjim iskustvima itd. Zdravstvenom djelatniku treba njihova potpora za najbolju skrb o njegovu

bolesniku, a partneri su često nazočni na ambulantnim pregledima. Važno je dijele li oni slična ili ista očekivanja i poglede na situaciju kao bolesnik i liječnik. Partneri i članovi obitelji, kao i bolesnik, suočavaju se s nizom različitih emocija koje utječu na njihov život i normalno funkcioniranje.

Važna je naša komunikacija s partnerom, empatija i poznavanje odnosa, a cijeli proces komunikacije koji vrijedi za bolesnika vrijedi i za partnera. U okviru komunikacije s obitelji trebali bi se redovito održavati obiteljski sastanci na kojima se raspravlja o tome što je najbolje za bolesnika. Pri vođenju osnovnoga, planski pripremljenog obiteljskog sastanka u bolesnika s uznapredovanom bolešću, ciljevi su edukacija o bolesti i njezinu liječenju, procjena potreba skrbnika, razumijevanje želja o skrbi na kraju života i želja o mjestu umiranja, analiza tko donosi odluke u obitelji i koje su pragmatične direktive za buduće liječenje, rasprava o tome što nakon otpusta iz bolnice, procjena suočavanja obitelji i procjena članova pod većim rizikom za psihičku dekompenzaciju [8].

Važno je na takvom sastanku da se svi predstave i kažu u kakvoj su vezi s bolesnikom. Središnja je tema i fokus "Što je najbolje za bolesnika"? Najčešće se sastanci odvijaju u dva dijela. Prvi dio vodi liječnik, a drugi netko iz medicinskoga tima tko se bavi psihosocijalnom skrbi, a vezano uz probleme, kao što su suočavanje, emocionalne reakcije, utjecaj na obitelj i obitelji na bolesnika.

Potrebno je redovito voditi i medicinsku dokumentaciju s obiteljskoga sastanka. Obično se kaže da bolest cijelu obitelj okuplja i približava, no u nekim slučajevima produbljuje nesporazume i teškoće koje postoje otprije. Bitno je da se stresna situacija što prije prevlada i da se komunikacija održava kako bi se postigla nova ravnoteža koja uvažava novonastale prilike. Članovi obitelji mogu preispitivati je li njihovo ponašanje odgovarajuće, nisu li previše opušteni ili s druge strane, napeti i ozbiljni. Oni su često prestrašeni, nespretni i nesigurni, ali svoja psihička stanja prikrivaju.

U svakom slučaju, obiteljski je sastanak jako važan u cjelokupnoj skrbi o bolesniku te nezaobilazna točka u palijativnoj medicini. Unatoč napretku u liječenju, znatan će broj bolesnika s neizlječivim bolestima ipak umrijeti zbog bolesti. Za te bolesnike, cilj skrbi se mijenja iz kurativnog u dominantno palijativni u jednoj točki tijekom trajanja bolesti. U bolesnika s jako proširenom bolešću već je u vrijeme dijagnoze cilj od početka palijativno liječenje. Komunikacija o prelasku na palijativno liječenje i prebacivanje na palijativnu jedinicu može biti velik izazov za bolesnika, obitelj i liječnika. Potenciraju se strahovi od smrti, bespomoćnosti, napuštanja. Treba biti jako pažljiv i oprezan, surađivati s bolesnikom, staviti naglasak na kvalitetu života i postupno razvijati prihvaćanje da imaju životno ograničavajuću bolest, ali i dalje držati nadu o životu koji je još preostao. Osim toga, takva se komunikacija događa tijekom

vremena i tijekom više susreta, a ne u jednom kratkom razgovoru. Treba stalno čuvati dostojanstvo bolesnika, pružati odličnu kontrolu simptoma, stvoriti klimu u kojoj se vjeruje liječniku, ali se pripremati i za umiranje, uključujući sposobnost da se kaže zbogom. Još uvijek se čini da su zdravstveni djelatnici nesvjesni koliko je brojnim bolesnicima važno da budu mentalno svjesni nadolazeće smrti, da ne budu pretežak teret za obitelj, da imaju isplaniran pogreb i da se pomogne onima oko njih te da imaju osjećaj da njihov život završava, ali ispunjen.

Važno je individualno procijeniti bolesnika, kao i uvijek u medicini. Drugi je važan aspekt izbjegavanje preskupog i nepotrebnog liječenja u kojem se uzaludno troše golema sredstva, muči bolesnika skupim pretragama i zahvatima i ne prihvaća stvarnost. Jako je važno pitati bolesnika koji su mu ciljevi, vrijednosti te što dalje. Naglasak treba biti na sadašnjem životu, životu u njegovoj punini ovdje i sada unatoč teškoj bolesti, što može poboljšati stanje bolesnika.

Velik se broj bolesnika jako boji procesa umiranja i propituje o tome. Opet treba procijeniti što bolesnik želi tim pitanjima, prihvatiti otvorena pitanja, empatijsko slušanje te ići korak po korak. U brojnim su zemljama u svijetu razvijeni protokol i upućivanja na palijativnu skrb [5]. Dobra edukacija o komunikacijskim vještinama uvelike poboljšava proces donošenja odluka bolesnika i obitelji, emocionalnu, duhovnu i praktičnu podršku, liječenje simptoma, duljinu boravka i cjelokupni teret obitelji.

Važno je naglasiti da to prebacivanje u palijativnu jedinicu ne znači i prekid terapije, već druge oblike liječenja, uz napomenu da je cilj skrbi usmjeren na očuvanje osobnosti i rad s obitelji, a ne samo na praćenje fizioloških parametara. Važni su edukacija obitelji i bolesnika te zajedničko donošenje odluka. Kad bolesnik pita o eutanaziji, odnosno mogućnosti ubrzane smrti, ne treba mu odmah grubo reći kako je to nelegalno i slično. Jer je bolesnikova reakcija često znak demoraliziranosti, depresije, suicidalnih ideja, straha ili intenzivne boli pa je važno pokušati riješiti te simptome. Zdravstveno osoblje educirano je za unapređenje života i zdravlja, a umirajući bolesnik izravno je proturječje te obveze pa zato ponekad liječnici i medicinske sestre reaguju na umiruće bolesnike kao na neuspjeh svoje stručnosti i njege. Važno je unaprijediti odnos zdravstvenog osoblja prema umirućim bolesnicima. Način na koji neka osoba umire je individualan, kao što je i njezin život. U zdravstvenih radnika često postoji konflikt između "afektivne neutralnosti" i potrebe da se suosjeća s bolesnikom.

Komunikacija s umirućim bolesnikom jest veliko emocionalno opterećenje pa je zdravstveni radnici radije izbjegavaju. Jedna od najčešćih dvojbi jest treba li ili ne treba bolesniku reći da se nalazi u fazi umiranja. Liječnik treba bolesnika postupno pripremiti za oproštaj od života pri čemu valja očuvati njegovo ljudsko dostojanstvo. Najvažniji je razlog

nedostatak odgovarajuće edukacije osoblja iz područja komunikacije. Mnogi i ne znaju kako treba razgovarati s umirućim bolesnikom [8].

Za komunikaciju treba naći vremena i saslušati bolesnika jer i samo slušanje može biti emocionalno olakšanje. Zdravstveni djelatnik treba biti spreman i na to da neki bolesnici ne žele razgovarati o smrti. Takav razgovor treba završiti zaključkom da je bolesnik razumio svoju bolest i mogući ishod, dogovoriti daljnje postupke, provjeriti ima li bolesnik pitanja i predložiti daljnji plan tako da bolesnik i obitelj znaju gdje nas mogu naći i postaviti moguća daljnja pitanja. Komunikacija s umirućim bolesnicima može se poboljšati educiranjem zdravstvenih radnika na tečajevima gdje bi se raspravljalo o primjerima iz prakse [5].

7. Duhovnost i ljudsko dostojanstvo u palijativnoj skrbi

Duhovnost je dinamična dimenzija ljudskog života s obzirom na način na koji osobe (pojedinci i zajednice) doživljavaju, izražavaju i/ili traže smisao, svrhu te na način na koji su povezane s trenutkom u kojem žive, sa samima sobom, s drugima, s prirodom, s onim što je bitno ili sveto. Holistički ili cjeloviti model se temelji na poimanju da ljudsko biće funkcionira kao neraskidivo jedinstveno duševno-duhovnog i tjelesnog života. Kršćanstvu, kao i nekim drugim religijama (judaizmu), s njegovim poimanjem jedinstva duše i tijela veoma je blizak način kojim holistička medicina pristupa bolesniku. Holistički koncipirana palijativna skrb usmjerena je na sve bolesnikove potrebe, uključujući duhovnu i vjersku skrb. Ona omogućuje da vjerovanja, vrednote, sklonosti i praktični čini bolesnika i članova njegove obitelji budu temelj s kojeg mu se pristupa.

Od devedesetih godina prošlog stoljeća sve snažnije se u stručnim krugovima zastupa uvjerenje da je duhovna skrb temeljna sastavnica kvalitetne palijativne skrbi. Dušobrižništvo u palijativnoj skrbi bitan je dio šireg okvira duhovnog praćenja čovjeka od kolijevke (krštenje) do groba (spvodni obredi). Ono je sastavni dio pastoralnog djelovanja kršćanskih crkvi i crkvenih zajednica. Kroz razgovor, savjetovanje, obrede i sakramente dušobrižništvo u palijativnoj skrbi je usmjereno na osposobljavanje neizlječivom bolesnika da i u takvom stanju živi kvalitetnim duhovnim životom. Duhovni rad na palijativi ima za cilj pomagati zdravstvenim djelatnicima u pratnji bolesnika i njihovih obitelji u teškim trenucima bolesti i samoće, kao i u trenucima žalovanja kada ih napuštaju njihovi najbliži. To znači biti blizu svima koji trpe, bilo tjelesno, duševno ili duhovno [6].

Na odjelu se ostvaruje suradnja između pastoralnih i zdravstvenih djelatnika u smislu dobre komunikacije i izmjene informacija između voditelja tima i svih koji u njemu sudjeluju. Dijelimo informacije i saznanja o potrebama pacijenta, njegovim doživljajima i željama. U timu je važno produbiti znanje i svijest o vrijednosti i potrebi sakramenta. Bolesničko pomazanje je često izvor utjehe i smirenosti u trpljenju ili snaga za miran prelazak u vječnost. Za razgovor, susret i sakramente na palijativnom odjelu trajno je dostupan bolnički kapelan–duhovnik. Svaki član tima ima svoju ulogu u životu palijativnog bolesnika, i bez te uloge lanac ne bi bio potpun [7].

Dobra komunikacija u timu je ključni dio uspjeha. Ono što nas vodi u našem djelovanju jest ljubav prema bližnjemu koja se očituje kao *dostupnost, prihvaćanje, razumijevanje i slušanje*.

Vrijeme bolesti i umiranja donosi sa sobom i vrijeme razmišljanja i vrednovanja prošlog života i suočavanja s onim što mu još preostaje.

Ritam života u hospiciju bez žurbe s posebnom pažnjom prema svakom pojedincu pogoduje osobnom razmišljanju, sređivanju odnosa s obitelji, prijateljima i suradnicima; također, pogoduje sređivanju odnosa s Bogom.

Za one koji su vjerski živjeli to je samo nastavak duhovnog života. Za druge to može biti prigoda otkrivanja novog horizonta, pogleda na život. Za neke to može postati bolno i naporno traženje, kako svjedoči čovjek bez vjere:

“Čovjek pokušava tražiti, naći bar neki sićušan razlog koji bi mu po njegovoj logici omogućavao da vjeruje. Ta traženja često traju mjesecima, po cijele noći. Vjerujte, ta su traženja strahovito intenzivna”.

„Prije ili kasnije pitanje o životu i smrti, patnji i boli, o budućnosti nakon ovozemaljskog hodočašća, postaje neizbježno. Biti su-putnik, ne rijetko i supatnik, na tom putu traženja sasvim je naročiti čin ljudske i vjerničke solidarnosti“ [7,8].

8. Zaključak

Komunikacijske vještine jedno su od najvažnijih područja kojima se bavi palijativna medicina. Samo iskustvo i talent nisu dovoljni za primjenu optimalnih komunikacijskih vještina već je potrebna kvalitetna i kontinuirana edukacija za sve članove palijativnog tima. Medicina, ali i sve srodne struke koje se bave ljudima, s jedne su strane profesija, ali još više i umijeće, umijeće koje proizlazi iz odnosa stručnjaka sa svakim pojedincem koji treba pomoć, ali i s osobama drugih profesija koje u tome sudjeluju. To je umijeće, ali i kreacija jer ne postoje dva ista čovjeka ni dva identična problema i svaki je jedinstven za sebe.

Zdravstveno osoblje educirano je za unapređenje života i zdravlja, a umirući bolesnik izravno je proturječje te obveze pa zato ponekad liječnici i medicinske sestre reagiraju na umiruće bolesnike kao na neuspjeh svoje stručnosti i njege. Važno je unaprijediti odnos zdravstvenog osoblja prema umirućim bolesnicima. Način na koji neka osoba umire je individualan, kao što je i njezin život. U zdravstvenih radnika često postoji konflikt između "afektivne neutralnosti" i potrebe da se suosjeća s bolesnikom.

Komunikacija s umirućim bolesnikom jest veliko emocionalno opterećenje pa je zdravstveni radnici radije izbjegavaju. Jedna od najčešćih dvojbi jest treba li ili ne treba bolesniku reći da se nalazi u fazi umiranja. Liječnik treba bolesnika postupno pripremiti za oproštaj od života pri čemu valja očuvati njegovo ljudsko dostojanstvo. Najvažniji je razlog nedostatak odgovarajuće edukacije osoblja iz područja komunikacije. Mnogi i ne znaju kako treba razgovarati s umirućim bolesnikom [8].

Za komunikaciju treba naći vremena i saslušati bolesnika jer i samo slušanje može biti emocionalno olakšanje. Zdravstveni djelatnik treba biti spreman i na to da neki bolesnici ne žele razgovarati o smrti. Takav razgovor treba završiti zaključkom da je bolesnik razumio svoju bolest i mogući ishod, dogovoriti daljnje postupke, provjeriti ima li bolesnik pitanja i predložiti daljnji plan tako da bolesnik i obitelj znaju gdje nas mogu naći i postaviti moguća daljnja pitanja. Komunikacija s umirućim bolesnicima može se poboljšati educiranjem zdravstvenih radnika na tečajevima gdje bi se raspravljalo o primjerima iz prakse [5].

Raditi u palijativnom timu različitih profesionalaca, te se dobro osjećati i rasti iz dana u dan znači vrhunski profesionalni iskorak koji mogu učiniti samo ljudi koji su spremni komunicirati i vježbati komunikaciju.

Misao palijativnog tima:

“Nije važno činiti velike stvari, već male stvari s velikim srcem“. “Kada duboko u sebi shvatimo da život neće trajati zauvijek, nešto se mijenja u značenju života“; dublje se obvezujemo svojoj sreći kada potpuno shvatimo da je naše preostalo vrijeme ograničeno i da stvarno moramo učiniti da nam ono nešto znači“. Elizabeth Kubler-Ross [7].

9. Literatura

- [1] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Palijativna skrb – brinimo zajedno, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- [2] D. Lučanin: Komunikacijske vještine u zdravstvu, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2010.
- [3] K. Hercigonja, D.D. Lučanin: Komunikacijske vještine u radu zdravstvenih djelatnika, Naklada Slap, Zagreb, 2004.
- [4] Z. Raboteg-Šarić: Empatija, moralno rasuđivanje i različiti oblici profesionalnog ponašanja, Doktorska disertacija, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1993.
- [5] M. Havelka: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2002.
- [6] M. Babić: Uloga duhovnosti u palijativnoj skrbi, Služba Božja, godište 53, broj 3-4, 2013., str.435-440.
- [7] Zbor za nauk vjere, Donum vitae – Dar života, Naputak o poštivanju ljudskog života i o dostojanstvu rađanja, Dokumenti 88, Zagreb 1987. str.7-8.
- [8] A. Jušić: Palijativna skrb: poruke teškog bolesnika, Hrvatska udruga prijatelja hospicija, Zagreb, 2003.
- [9] http://www.krijesnica.hr/images/cms_download/12_hr.pdf , dostupno 25.06.2017.
- [10] <http://www.nhs.uk/nhs.uk/services/palliativecare/palliativecareinhospices> dostupno 25. 06, 2017.

Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Kristina Lašić (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Specifičnost komun. u poljod. št. (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Kristina Lašić

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Kristina Lašić (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Specij. komunikacije u polj. št. (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Kristina Lašić

(vlastoručni potpis)