

Komunikacija sa onkološkim bolesnicima

Kovačević, Marina

Undergraduate thesis / Završni rad

2012

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:840572>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-19**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera

Filozofski fakultet u Osijeku

Preddiplomski studij psihologije

Marina Kovačević

Komunikacija s onkološkim bolesnicima

Završni rad

Mentor: Doc.dr.sc. Gorka Vuletić-Mavrinac

Komentor: dr. sc. Ana Kurtović, viša asistentica

Osijek, 2012.

Sažetak

Obolijevanje od karcinoma danas je u svijetu u sve većem porastu. Nagli porast pojavnosti ove bolesti doveo je do naglog napretka u dijagnosticiranju i liječenju ove teške bolesti što je omogućilo preživljavanje većeg broja ljudi oboljelih od karcinoma. Mnogi onkološki bolesnici u današnje vrijeme mogu očekivati i nadati se ozdravljenju i dobrom ishodu te dugom nizu godina života nakon dijagnoze. Međutim, liječenje ove opake bolesti ima svoje posebnosti. Sam postupak liječenja i sve promjene do kojih ono dovodi, bile one fizičke ili psihičke, predmet je brojnih istraživanja. Danas je sve popularniji holistički pristup pacijentima, pa tako i onkološkim pacijentima, te se sve više naglašava povećana uloga oboljelih u postupku odlučivanja o načinu i slijedu liječenja. Toj pojavi pridonijeli su novi načini liječenja i sve veća informiranost samih pacijenata, koji informacije o bolesti i terapiji mogu pronaći u knjigama, člancima, na Internetu i naravno kroz razgovor sa svojim medicinskim timom. Kako bi učinak kemoterapije i život onkološkog pacijenta bili dobri sve su potrebnije dobre komunikacijske vještine njegovog liječnika i ostalog medicinskog osoblja, ali i pacijentove tjelesne resurse psihološke, obiteljske i društvene vrijednosti. Posebno su povećani zahtjevi za izvrsnom komunikacijom te potreba uvažavanja etičkih načela, informiranog pristanka, vođenja brige o kvaliteti pacijentovog života i u novije vrijeme, princip liječenja poznat kao briga orijentirana na pacijenta (eng. *patient-centered care*) Mnoga istraživanja bave se odnosom medicinskog osoblja i pacijenta i stavljaju naglasak na sve veću važnost komunikacije između njih kao jednog od važnih čimbenika ozdravljenja.

Ključne riječi: onkološki bolesnici, komunikacija, odnos medicinskog osoblja i pacijenta, holistički pristup

SADRŽAJ

1. Uvod.....	1
2. Suočavanje s dijagnozom i kemoterapijom.....	2
2.1. Razumijevanje dijagnoze.....	2
2.2. Emocionalne i psihološke posebnosti onkoloških bolesnika.....	3
3. Holistički pristup pacijentu.....	4
4. Osnove komunikacije sa onkološkim bolesnicima.....	6
4.1. Komunikacija između liječnika i pacijenta.....	6
4.2. Komunikacija između medicinskih tehničara i pacijenta.....	9
4.3. Komunikacija sa obiteljima onkoloških pacijenata.....	10
4.4. Djeca i adolescenti onkološki bolesnici.....	11
4.5. Pacijent u komunikaciji sa liječnikom.....	12
5. Suočavanje sa nesigurnosti i negacijom kod onkoloških pacijenata.....	14
6. Ishodi pozitivne komunikacije sa pacijentima.....	16
7. Zaključak.....	17
8. Literatura.....	18
9. Prilozi.....	19

1.UVOD

*»Nemojte mene pitati, pitajte liječnika
Imate sve napisano na nalazu. Čitajte!«*

S ovakvim i sličnim izjavama malo tko se nije susreo. U eri kompjuterizacije, računalo polako zauzima mjesto sugovornika zamjenjujući identitet čovjeka brojevima i šiframa. Komunikacija licem u lice u medicinskoj praksi postaje sve rutiniziranija i sve se više svodi na hladno iznošenje činjenica pri kojem se ne obraća pažnja na pacijentove emocionalne i psihološke potrebe.

Već rođenjem čovjeka javlja se i potreba za nekim oblikom komunikacije. U početku dominantna neverbalna komunikacija nakon prve godine života, prelazi u verbalnu. Komunikacija je upućivanje verbalnih ili neverbalnih znakova s ciljem iskazivanja emocija ili saopćavanja potreba koje treba zadovoljiti između dva ili više bića u nekoj interakciji (Paravlić, 2006).

Malo je zanimanja u kojima je dobra komunikacija toliko važna kao što je to kod medicinskog osoblja. Način naše svakodnevne komunikacije ne mora biti prihvatljiv u medicinskoj praksi, te čak i kada se liječnik ili medicinska sestra smatraju prirodno nadarenima za komunikaciju, važno ih je podučavati komunikacijskim vještinama sa pacijentima. Medicinsko osoblje u razgovoru se mora usmjeriti na ono što pacijentu najviše pomaže. Da bi se pacijentu pomoglo na najbolji mogući način kada je uznemiren, depresivan ili ima neke druge poteškoće, potrebno je puno znanja i vještine. Iz toga proizlazi da komunikacijske vještine mogu biti među najvažnijim vještinama koje medicinsko osoblje mora posjedovati. Osnovna svrha komunikacije u medicinskoj praksi svodi se na: prikupljanje podataka o organskim i psihološkim pojavnostima bolesti, povećanje zadovoljstva bolesnika i motiviranje bolesnika (Anton, Mrđenović i Gugić, 2012).

Dobra komunikacija između bolesnika i liječnika važna je općenito u liječenju, a ključna je u liječenju bolesnika s onkološkom bolesti, jer pacijenti moraju podnositi stres, nesigurnost, primiti niz informacija i donijeti odluke koje bitno utječu na njihov život. Komunikacija s onkološkim bolesnikom u osnovi se ne razlikuje od komunikacije s bilo kojim drugim bolesnikom. Pacijent treba shvatiti dijagnozu, liječenje, statistiku koja se odnosi na prognozu i podnijeti neizvjesnost kad se održava nada. Osim toga, pacijent treba donijeti odluku o liječenju, što uključuje i sudjelovanje u kliničkim istraživanjima, a uz dobru komunikaciju s liječnikom, u kojeg pacijent ima povjerenja, lakše će prihvatiti i savjete o ponašanju koje poboljšavaju zdravstveno stanje.

2. SUOČAVANJE S DIJAGNOZOM I KEMOTERAPIJOM

Kako bismo lakše razumjeli što se događa s našim mislima i osjećajima važno je razumjeti da su naše tijelo i um jedinstvena cjelina. Tjelesna bolest stoga uvijek uključuje i naše misli i osjećaje koji često mogu biti uzrok većih tegoba od same fizičke podloge bolesti, posebice ako se pacijent ne suoči s njima na pravilan način. Načini na koje razmišljamo, naši osjećaji i ponašanja povezani su sa stavom koji ćemo zauzeti i stilom suočavanja koji ćemo razviti kako bi se nosili s bolešću, s onim što se događa sada i ovdje.

Havelka (2002) navodi kako nema dobrog ni lošeg suočavanja, postoje samo više ili manje uspješni načini ublažavanja stresa. Najčešće razlikujemo tri načina suočavanja. Prvi je aktivni način i usmjeren je na rješavanje problema (prikupljanje informacija o dostupnim načinima liječenja, poduzimanje koraka ka rješavanju problema, zanimanje za lijekove koji umanjuju mučnine i sl.). Drugi je način emocijama usmjereno suočavanje, a usmjeren je na olakšavanje i izražavanje emocija kako bismo se osjećali lakše (plakanje, razgovor o strahu prije novog načina liječenja, traženje podrške i sl.). Treći je način suočavanje izbjegavanjem, primjerice: ignoriranje kontrola, odbijanje liječenja i savjeta liječnika.

2.1. Razumijevanje dijagnoze

Bez obzira što osjećali, pacijenti se moraju suočiti sa vlastitim osjećajima i realnosti njihove bolesti, jer oni mogu utjecati na mišljenje koje pacijent ima o sebi, liječniku i budućnosti, te mogu utjecati na motivaciju za sudjelovanje u liječenju. Stanje tuposti i kaotična izmjena misli i osjećaja karakteristični su u prvim tjednima nakon dijagnoze. Tijekom tog perioda pacijent dobiva odgovore na tri važna pitanja: 1. Koliko je prijetnja velika? 2. Što se može učiniti? i 3. Kakva je prognoza?

Ljudi se razlikuju u očekivanjima koja imaju u odnosu na sebe i bolest, odnosno u vjerovanju o veličini utjecaja koji mogu imati u kontroliranju ili usporavanju tijeka bolesti. Ako se bolest doživljava kao gubitak svega što se prije imalo (i izgubilo saznanjem o bolesti), javlja se osjećaj bespomoćnosti i budućnost izgleda prilično loše. Ako se bolest vidi i doživljava kao izazov osoba se osjeća optimistično.

Za svakog pojedinca sasvim je normalno da u prvim trenucima spozna je da boluje od neizlječive i potencijalno letalne bolesti osjeti strah, tjeskobu i zabrinutost. Dobra komunikacija sa medicinskim osobljem može mu pomoći da te osjećaje ublaži. Ono što je važno za liječnike je naučiti razlikovati što suočavanje je, a što ono nije (*Prilog I*; Host i sur., 2005).

2.2 Emocionalne i psihološke posebnosti onkoloških bolesnika

Jedna od prvih reakcija na dijagnozu malignoma¹ svakako je nevjerica. Većina ljudi ubrzo prihvaća istinu i svu svoju energiju usmjeravaju na ozdravljenje ili barem poboljšanje njihovih života. Kod manjeg broja ljudi reakcija je snažna i dugotrajna i najčešće ju prepoznamo kao depresiju i tjeskobu.

Čak 25% oboljelih nakon dijagnoze malignoma razvija depresivne simptome, manje ili ozbiljnije. Depresija utječe na sveukupno zdravlje i može oslabiti sposobnost tijela da se bori protiv bolesti. Istraživanja su pokazala da depresivne osobe s tumorom dulje borave u bolnici i učinak kemoterapije je oslabljen (Moorey i Greer, 2002; prema Anton, Mrdenović i Gugić, 2012). Treba biti vrlo oprezan jer se simptomi depresije u mnogo čemu preklapaju sa tjelesnim simptomima nekih karcinoma i nuspojavama terapija. Mnogi lijekovi koji sadrže kofein mogu izazvati ili osnažiti simptome depresije. Tjeskoba je normalan odgovor na dijagnozu zloćudne bolesti i spoznaju da je kemoterapija neizbježna i da će uvelike utjecati na kvalitetu pacijentovog života. Povećana tjeskoba povećava nuspojave kemoterapije i pogoršava bolesnikovo stanje. Ponekad ljudi, ukoliko teško podnose neželjen djelovanje kemoterapije, mogu razviti i fobično ponašanje, tj fobije koje dotada nisu imali. Uz tjeskobu se često javlja i strah, koji predstavlja normalnu reakciju na opasnu situaciju, ali može u potpunosti blokirati normalne reakcije osobe. Neki kortikosteroidi i citostatici mogu dovesti do nuspojava sličnih tjeskobi i strahu, te čak dovode i do slušnih halucinacija.

Simptomi za oba ova stanja javljaju se u situacijama kada:

- se osoba prvi puta suoči s ozbiljnom bolesti
- prvi puta čuje dijagnozu
- nakon teških kirurških zahvata ili tijekom kemoterapije koja ima snažne i neugodne nuspojave
- nema odgovora na terapiju, a posebice ako s stanje još više pogoršalo (Paravlić, 2006)

Ponekada se simptomi tjeskobe i depresije ne očituju kao osjećaji tuge u straha te rezignacije već se javljaju i idu s tjelesnim simptomima poput glavobolje, nesanice, gušenja, bolova i težine u prsima, vrtoglavice i slično (Host i sur., 2005). Upravo ovdje se može osjetiti snažna potreba za dobrim komunikacijskim vještinama. Razgovor s liječnicima i prikupljanje potrebnih informacija može koristiti kod uklanjanja strepnje, planiranja daljnjih koraka, nabavke potrebnih pomagala i pripreme na neophodne zahvate.

¹ Malignom je svaka bolest nepoznatog uzroka. Svaka stanica ljudskog organizma može se u nekom trenutku morfološki izmijeniti i brzo razmnožiti, krvotokom stići do najudaljenijih stanica od mjesta nastanka i tamo ugnijezditi. Masa novostvorenih stanica se grupira i tvori tumor (Paravlić, 2006; str. 54)

3. HOLISTIČKI PRISTUP PACIJENTU

U medicinskoj struci se najčešće javlja jednosmjernan ili asimetričan odnos pomagača i onoga kojemu se pomaže: liječnik je tu da riješi problem, dok je bolesnik pasivan i iščekuje pomoć. U novije vrijeme, u većini razvijenijih zapadnih zemalja, sve se više predlaže dvosmjernan odnos u kojemu i pacijent igra aktivnu ulogu. Takav odnos naziva se *briga usmjerena na pacijenta* (eng. *patient-centered care*) i nadovezuje se na holističko shvaćanje bolesnika. To je shvaćanje bolesnika (čovjeka uopće) koje se bavi svim njegovim aspektima, dakle ne samo fiziološkim ili psihološko-ponašajnim (Havelka, 2002). Ne postoji jedinstvena definicija »*patient-centered care*« pristupa, no najčešće se taj koncept objašnjava kao pravilna upotreba sposobnosti aktivnog slušanja, poticanje pacijenta da izrazi svoje stajalište, pokušaj razumijevanja pacijentovog stajališta i zajednički rad sa onkološkim bolesnikom pri liječenju. Odluke donose liječnik i pacijent kao tim, a ne kao dva nepovezana pojedinca. Na taj se način izgrađuje odnos liječnik-pacijent koji je povjerljiv, pun razumijevanja i privrženosti, a takav odnos dovodi i do veće »poslušnosti« pacijenta koji će prihvatiti savjete, upute i biti motiviraniji za izlječenje.

Komunikacija se temelji na odnosu između najmanje dvije jedinice, a uspješna komunikacija u medicinskoj praksi s onkološkim bolesnikom osniva se na pristupu ili filozofiji prema kojoj je pacijent u središtu pozornosti. Takva komunikacija ima tri osnovne vrijednosti: uzima u obzir pacijentove potrebe, perspektive i individualna iskustva, daje mu mogućnost sudjelovanja u liječenju, te poboljšava odnos pacijenta i liječnika (Dowsett, Saul, Butow, Dunn, Boyer, Findlow i Dunsmore, 2000). Komunikacija gdje je pacijent u središtu pozornosti obilježena je verbalnim i neverbalnim ponašanjem koje bi trebalo dovesti do otkrivanja i razumijevanja pacijentove perspektive od strane medicinskog tima.

Iako je važnost učinkovite komunikacije liječnik-pacijent široko priznata, pacijenti su često nezadovoljni sadržajem komunikacije u konzultacijama. Takvo nezadovoljstvo brojnih pacijenata, uključuje slabije rezultate suočavanja, nepridržavanje liječničkih savjeta uspoređivanje i mijenjanje liječnika, a povećava i medicinsko-pravne prigovore. Usprkos činjenici da nedostaci u obrazovanju pridonose tome da liječnici, posebice mladi, nemaju dobro razvijene komunikacijske vještine, malo je znanstvenih dokaza na kojima se mogu temeljiti nastavni planovi i programi za poučavanje učinkovitog ponašanja u onkološkom okruženju. Jedno od rijetkih i poznatijih istraživanja ove tematike je istraživanje Dowsetta i suradnika (2000).

Rezultati istraživanja Dowsetta i suradnika pokazuju kako trideset i šest posto ispitanika vjeruje da bi i liječnik i pacijent trebali imati jednaku ulogu u donošenju odluka. Gotovo pola ispitanika smatra da bi liječnik i pacijent trebali donositi odluke zajedno (48%). Zanimljivo, 9% smatra da liječnik i rođak ili prijatelj trebaju donositi odluke bez sudjelovanja pacijenta, a još je zanimljivije da su svi ti ispitanici bili muškog spola iako za to još ne postoji objašnjenje. Također, ispitanici su u prosjeku bili zadovoljniji sa konzultacijskim stilom usmjerenim na pacijenta u segmentu dijagnoze i sa stilom usmjerenom na liječnika u segmentu liječenja). Kod loše prognoze ispitanici su bili zadovoljniji stilom usmjerenim na pacijenta u dijagnostici dok su oni koji su dobivali dobru prognozu zadovoljniji sa stilom liječenja koji je više usmjeren prema liječniku u segmentu liječenja. Nalazi koji objašnjavaju preferencije komunikacijskih stilova kod loše prognoze su u skladu s literaturom koja objašnjava prenošenje loših vijesti pacijentima, koji u tim trenucima trebaju mnogo više suosjećanja, emotivne topline i osjećaja sigurnosti (Brewin, 1991; Charlton, 1992; Fallowfield, 1993; prema Dowsett i sur., 2000), ali također pokazuje da je kvaliteta informacija neophodna za održavanje stava punog nade u takvih pacijenta. Komponente komunikacijskog stila koji karakterizira odnos usmjeren na pacijenta u odnosu na tradicionalni stil komunikacije nalaze se u *Prilogu 2*.

4. OSNOVE KOMUNIKACIJE SA ONKOLOŠKIM BOLESNICIMA

Najčešća kritika pacijenta nedovoljna je komunikacija sa medicinskom osobljem. Bolesnici izjavljuju kako dobivaju premalo informacija o svojoj bolesti, kako su one često nejasne i nerazumljive te ih ne mogu shvatiti dovoljno brzo zbog čega ih brzo i zaboravljaju. No, bolesnici su nezadovoljniji sadržajem komunikacije jer se s njima razgovara isključivo o fizičkim aspektima njihove bolesti, što je dakako nužno, ali se zanemaruju psihološki aspekt (Havelka, 2002). Ponekada je pacijentu dovoljno da čuje kako je njegova reakcija sasvim očekivana i normalna, a nekima je dovoljno da ih se samo sasluša u teškim i prijelomnim trenutcima. Pravovremenom i iscrpnom obavijesti o bolesti zadovoljava se pacijentova potreba za poznavanjem svoje bolesti, prognoze i tretmana i unaprjeđuje njegovo zdravstveno ponašanje, što je jedna od osnovnih potreba pacijenta. Zdravstveno ponašanje uključuje aktivnu brigu za vlastito zdravlje te slijeđenje uputa liječnika.

4.1. Komunikacija između liječnika i pacijenta

Svaka bolest stvara potpuno novu sliku života na koju se pacijent mora naviknuti – bolest je nešto nepoznato, nejasno, kronično, maligno. Zato razgovor s pacijentom mora u obzir uzimati i sadržaje o obiteljskim, psihološkim, socijalnim i psihosocijalnim, ekonomskim, poslovnim i sličnim problemima.

Dobra komunikacija temelj je uspješnih međuljudskih odnosa. No iako je međusobna komunikacija jedno od ljudskih najvećih dostignuća, prosječan čovjek ne komunicira dobro. Pokazalo se, međutim, da su ljudi svake životne dobi sposobni naučiti osobite komunikacijske vještine koje poboljšavaju međusobne odnose i povećavaju uspjeh (Brown, 1997; prema Havelka, 2002). Vještine u odnosima s drugim ljudima kombinacija su međusobnih vještina koje uključuju sposobnost pomaganja drugima i osobnih vještina, odnosno sposobnosti upravljanja samim sobom. Kada govorimo o komunikaciji između medicinskog osoblja i pacijenta ne smijemo zanemariti sliku liječnika kao vrhovnog autoriteta, sobe koja jedina zna što nije uredu sa pacijentom koji je pred njime. Zbog tog uvjerenja dugo je medicinska struka zanemarivala pacijentov doprinos terapiji, no to se u novije vrijeme mijenja. Danas se sve više nastoji da pacijent liječnika ne vidi kao protivnika, čarobnjaka i konspiratora, već kao saveznika i prijatelja. Svijest o važnosti komunikacije između liječnika i pacijenta sve je veća, ali vrlo je malo istraživanja koja su usmjerena na same liječnike. Većina ih se bavi medicinskim sestrama jer su

one dulje vremena u kontaktu s pacijentom i njihovi odnosi su mnogo otvoreniji i intimniji nego sa liječnicima (Prstačić i Sabol, 2006).

Zdravstvenom osoblju i oboljelima u našoj kulturi i dalje najviše odgovara pristup autoritarnog optimizma. U tom pristupu se pacijent u potpunosti predaje liječniku i medicinskom osoblju, ne ispituje ništa i nema pravo uključiti se u odluku o svojoj terapiji. Premda ovaj pristup lišava pacijenta ikakve odgovornosti oko donošenja važnih odluka, on je velika prepreka zdravoj i konstruktivnoj komunikaciji (Anton, Mrđenović i Gugić, 2012). U komunikaciji neki se liječnici služe strogim načinom. Liječnik postavlja pitanja i očekuje kratke, jasne i iscrpne odgovore, sve ostalo je suvišno. Takva komunikacije je loša za obje strane jer liječnik ne saznaje sve potrebne informacije, a psihološko stanje pacijenta se pogoršava pogoršavajući time i samu bolest. Paravlić (2006) navodi kako se ljudski odnosi zasnivaju se i na principu uzajamne pomoći. Liječniku treba biti stalo da emotivan odnos s pacijentom bude ispunjen pozitivnošću. Suosjećati s drugom osobom liječnik (ne samo liječnik, već i svaka osoba) može samo ukoliko svoje pacijente tretira kao sebi ravnopravne osobe i prihvati ih onakve kakvi jesu.

Razgovor sa oboljelim potrebno je, osim rutinski, obaviti onda kada pacijent želi razgovarati. Međutim, bez poticaja pacijent možda neće niti započeti temu o svojoj bolesti. Zato je potrebno stvoriti odnos pun povjerenja. No, ukoliko pacijent ne želi prihvatiti otvoren razgovor o svojoj bolesti, ne treba biti uporan već pričekati da pacijent pokaže zanimanje. Važno je pitanje *što* treba reći pacijentu. Poznato je kako se ljudi jako razlikuju pa stoga ne možemo ponuditi opći savjet. Jedna od najvažnijih smjernica je da u sadržaju komunikacije s onkološkim bolesnicima ne smije biti zanemarena nada u moguće izlječenje, ali također se ne smiju pružati lažne nade o sigurnom ozdravljenju.

Pacijent u prvim kontaktima sa liječnikom obično govori o svojim simptomima, ali na vrlo nesistematski način zbog straha, ljutnje, nepovjerenja ili neiskrenosti. Pacijent u tim trenucima treba osobu kojoj može vjerovati, stoga je posao liječnika da stekne pacijentovo povjerenje iako je za to potrebno mnogo strpljenja i razumijevanja. Neki bolesnici u kontaktu sa liječnikom šute, a ta se šutnja treba prihvatiti kao znak da je pacijent uplašen, da se stidi ili jednostavno nema riječi. Šutnju bi liječnik trebao poštovati i pustiti da traje sve do trenutka dok se ne počne osjećati neugoda. Dobra komunikacija zahtjeva i aktivno slušanje, poticanje druge osobe na razgovor, davanje drugoj osobi psihološkog prostora koji ona treba i pokazivanje poštovanja prema onome što osoba govori. Nažalost, iskustvo, ali i mnoga istraživanja pokazuju kako se liječnici ne pridržavaju ovih naputaka (Ley, 1988; Brewin, 1991; prema Havelka 2002).

Jedan od razloga loše komunikacije liječnika sa pacijentom je nedostatak u obrazovanju u području psihološki usmjerenih predmeta. Jedan od vodećih uzroka takvog neholističkog

pristupa pacijentu je obrazovanje. Zdravstveno obrazovanje često ne slijedi dovoljno brzo promjene koje se događaju u zdravstvu i ne pruža mladim liječnicima one spoznaje koje su im nužno potrebne. Fakultetski programi su i dalje previše »organistički« usmjereni i ne upoznaju dovoljno buduće zdravstvene djelatnike s potrebom, ali i načinima cjelovitog pristupa pacijentu. Osobit nedostatak samog obrazovanja je nedovoljna prožetost psihološkim i sociopsihološkim sadržajima i spoznajama. Stoga nije niti čudno da liječnici smatraju kako sa pacijentom nije potrebno razgovarati – oni nemaju gotovo nikakva znanja kako uopće razgovarati sa pacijentima; a posebice onima koji boluju od teških i neizlječivih bolesti. U obrazovanju je premalo prostora posvećeno psihičkim stanjima pacijenta i slabo je podučavanje prepoznavanja emocionalnih i psiholoških teškoća pacijenta koje mogu otežati, usporiti ili čak prekinuti tijek liječenja. Taj nedostatak spoznaje o potrebi psihološkog pristupa dovodi do vjerovanja kako je organski aspekt bolesti važniji. Većinom se svi psihološki sadržaji zanemaruju pri čemu se zanemaruje i njihov učinak na nastanak i tijek bolesti. Drugi razlog je svakako i emotivno opterećenje koje takvi razgovori predstavljaju. U ovoj situaciji liječnik će se pokušati što više udaljiti od pacijenta, te mu samo biti na raspolaganju za razgovore o terapijskim postupcima i organskim uzrocima bolesti. No, najvažniji razlog predstavlja sukob uloge, sukob između afektivne neutralnosti i potrebe za suosjećanjem s pacijentom. Neutralnost je potrebna kako bi mogli racionalno primijeniti najbolje postupke liječenja i njege. No, s druge strane, suosjećanje je osnova za stvaranje povjerenja kod pacijenta (Havelka, 2002).

Na sreću svih pacijenata komunikacijske vještine mogu se uvježbati i naučiti. Komunikaciju sa onkološkim pacijentom prema istraživanjima koje navodi Havelka (2002) liječnici mogu poboljšati tako:

- a) da pruže veći broj obavijesti o uzrocima i obilježjima bolesti
- b) da povećaju razumljivosti komunikacije
- c) da uvode sadržaje koji nisu izravno vezani za organske pojavnosti bolesti

Liječnici komunikaciju prilagođavaju pacijentovoj dobi, kulturi, trenutnom zdravstvenom stanju, obrazovanju i slično. Pri davanju savjeta trebali bi objašnjavati i ponavljati više puta ono što su rekli, a najvažniju obavijest reći prvu. Posljednje, liječnik treba više puta provjeriti da li je pacijent razumio i upamtio savjet i uputu- najlakše tako da ga zamoli da ponovi ono što je rečeno. Na kraju liječnik mora razumljivo i ukratko zapisati sve što je rekao.

4.2. Komunikacija između medicinskih tehničara i pacijenta

Prvi kontakt pacijenta sa zdravstvenom ustanovom odvija se preko medicinske sestre. Medicinska sestra je ta koja preuzima zdravstvene iskaznice, poziva pacijenta u ordinaciju i upućuje ga na pregled liječniku. Uloga je medicinske sestre pomoć zdravoj ili bolesnoj osobi u obavljanju onih aktivnosti koje bi ona mogla obavljati samostalno da ima za to potrebne resurse - snagu, znanje ili volju (Anton, Mrđenović i Gugić 2012).

Svakoj bolesnoj osobi prijeko je potrebna stručna pomoć u koja podrazumijeva i razgovor, ljudski kontakt i lijepa riječ. Doktori obično daju samo kratke informacije o samoj bolesti, te stoga medicinska sestra mora biti spremna odgovoriti na sva pacijentova pitanja i to prema njegovim verbalnim upitima, ali i neverbalnim znakovima. Medicinske sestre/tehničari najviše su kontaktu sa pacijentom, najviše brinu za njegove potrebe i lakše im se povjeravati nego liječnicima (Paravlić, 2006). Budući da provode mnogo vremena sa pacijentom medicinske sestre mogu relativno lako uočiti psihička stanja pacijenta i pomoći mu razgovorom.

Tjeskoba je prvo što sestra može zapaziti kod pacijenta. Tjeskoba, anksioznost i strah su neizbježni u životu čovjeka. Najjači strah u ovom periodu, nije kako se očekuje strah od smrti, već strah od odbacivanja (Prstačić i Sabol, 2006). Kada je osoba slaba, kao primjerice u bolesti, vraća se na onaj stupanj razvoja u kojem se osjećala sigurno uz majku. U početnom stadiju bolesti takva regresija je uobičajena i poželjna. Ona olakšava ne samo pacijentov boravak u bolnici, već i sestrinski posao jer u pacijentu učvršćuje osjećaj sigurnosti i povjerenja u medicinsku sestru. Kod nekih pacijenta se može primijetiti i frustracija, a bolesnici najvećim dijelom svoje frustracije usmjeravaju na medicinsko osoblje, a posebice na sestre s kojima su u najvećem kontaktu. Medicinska sestra mora naučiti da takve agresivne odgovore ne shvati osobno. Često bolesnici osjećaju bol. Bol je jedan od pet životnih znakova i medicinska sestra bi ga trebala zabilježiti kao i sve ostale vitalne znakove. Maguire i Faulkner (1994) navode kako psihološka i emotivna bol može pratiti tjelesnu, posebice kod bolesnika koji se osjećaju osamljeno i izolirano. Izvor psihičke boli se ne može prepoznati bez razgovora s bolesnikom.

Odnos bolesnika i medicinske sestre mora biti recipročan. Medicinska sestra se prema teškim bolesnicima ponaša u skladu sa svojim godinama i iskustvom. Mlade sestre u odnosu prema pacijentu pokazuju svoje ranije neriješene sukobe s obitelji. Najteže se mlade sestre nose sa bolesti mlade osobe, jer je veća mogućnost osobne identifikacije kroz te pacijente. Starije medicinske sestre smrt doživljavaju kao normalan dio života i poštuju jedinstvenost svakog pacijenta. Njima medicinski postupci predstavljaju rutinu i stoga ne troše mnogo energije razmišljajući o njima te se mogu više posvetiti pacijentu. Starije sestre su psihološki zrelije i imaju više životnog iskustva (Anton, Mrđenović i Gugić, 2012). Premda ovakvo shvaćanje

odnosa medicinskih sestara i pacijenata naginje psihodinamskom, intuitivnom shvaćanju koje nema mnogo empirijskih dokaza, nalazi istraživanja Lange, Thom i Kline (2008) podupiru navedena razmišljanja. Prema tom istraživanju medicinske sestre u dobnoj skupini 50 i više godina, za razliku od onih koje su bile u dobnoj grupi od 20 do 29 godina, manje su razmišljale o smrti, a stav prema smrti im je bio neutralan do blago pozitivan te su smrt prihvaćale kao normalan slijed ljudskog života. Također, medicinske sestre te dobne skupine (50 i više godina) imaju pozitivniji i brižniji te topliji odnos prema umirućim bolesnicima, a medicinski zahvati im predstavljaju rutinu (Lange, Thom i Kline, 2008).

Paravlić (2006) sestrinsku komunikaciju opisuje kao blagu, nezapovjednu, strpljivu, emotivnu, ali s postavljenim profesionalnim granicama. Dobra medicinska sestra je ona koja nalazi vremena za pacijenta. Nažalost, u praksi je to puno teže izvesti. Najčešće je u smjeni jedna medicinska sestra koja ima oko dvadesetak pacijenata kojima treba posvetiti podjednaku pažnju. Medicinska sestra prati verbalnu i neverbalnu komunikaciju, ali uvažava i šutnju. Ponekad će pacijentu u teškim trenucima biti dovoljan i mali znak pažnje, poput dodira po ramenu ili stiska ruke i osmjeha. Prvi kontakt medicinske sestre i pacijenta trebao bi biti topao, susretljiv, neposredan, blag i profesionalan. Razgovor bi trebao početi spontano, neusiljeno, strpljivo, bok bi pitanja trebala biti kratka, sažeta, direktna, jasna, ali i omogućiti dovoljno slobode pacijentu-dakle i otvorena i zatvorena. Ako zbog teškog stanja nije moguće dobiti informacije od samog pacijenta tada se pitanja usmjeravaju pratnji. No, i tada se pacijent ne smije zanemariti. Njegova neverbalna komunikacija, poput grčenja lica, tupog pogleda i slično, signalizira stvari koje pratnja ne mora zapaziti ni znati.

4.3. Komunikacija sa obiteljima onkoloških pacijenata

Obitelj je dinamična struktura koja vremenom, živeći u blisko povezanoj zajednici, uspostavi ravnotežu sa jasno podijeljenim ulogama. Na svaku obitelj utječu promjene životnog ciklusa obitelji, a jedna od tih promjena je i spoznaja o bolesti jednog od članova te obitelji. Takva spoznaja narušava ravnotežu i dovodi do promjene funkcioniranja obitelji. Kako će se obitelj nositi s terapijom bolesnog člana ovisi o načinu komunikacije, načinu izražavanja osjećaja, sposobnosti suosjećanja i potisnutim negativnim emocijama. Ako su članovi obitelji bliski i povezani, o bolesti će se otvoreno govoriti pa nema prostora za nepovjerenje, usamljenost i bespomoćnost (Host, Pavlović-Ružić i sur, 2005).

Danas se od medicinskog osoblja ipak sve više zahtjeva da nauče i znaju komunicirati sa obiteljima onkološkog pacijenta. Posebice medicinska sestra mora znati komunicirati sa pacijentovom obitelji (Rončević-Gržeta i sur., 2007).

Komunikacija sa obitelji onkološkog pacijenta postaje sve važnija, a u nekim situacijama (maloljetni pacijenti primjerice) je jedina prihvatljiva sa pravnog gledišta. Punoljetne osobe se na kraju razgovora o bolesti pitaju mogu li se u liječenje uključiti i članovi obitelji. Neki žele da već kod prvog razgovora bude prisutan i netko od članova obitelji. Kod maloljetne osobe informacija se u punom opsegu daje roditeljima ili skrbnicima, a također skrbnicima osobe lišene poslovne sposobnosti. Maloljetne osobe također se informiraju o dijagnozi i terapiji, ali pristanak na liječenje daju roditelji ili skrbnik. Razgovor sa bliskim članovima obitelji važan je zbog psihološke potpore pacijentu i neophodne njege koju mu moraju pružiti kod kuće između ciklusa terapije ili u terminalnoj fazi bolesti. Bolest, strah od smrti, osjećaj da je smrt realno moguća ili da je već blizu - potiče analizu odnosa u obitelji općenito, kao i onih koji se tiču oboljele osobe. Obično se kaže da bolest cijelu obitelj sakuplja i približava, no u nekim slučajevima produbljuje nesporazume od ranije. Bitno je da se stresna situacija što prije prevlada i da se komunikacija održava kako bi se postigla nova ravnoteža koja uvažava novonastale prilike. Životni vijek oboljelih od malignih bolesti sve se više produljiva uz različite faze pogoršanja i poboljšanja, ponovljenih liječenja i medicinskih intervencija. Zbog toga treba pripremiti obitelj pacijenta da takvo stanje može dugo trajati, a pri tome ne treba davati prognoze o preživljavanju. Unaprijed predviđene poteškoće, pravovremena priprema za njihovo rješavanje svakako će pridonijeti smanjenju tjeskobe kod članova obitelji (Paravlić, 2006).

4.4. Djeca i adolescenti onkološki bolesnici

Ako je dijete bolesno, javljaju se burni osjećaji - zbog potrebe da ga zaštitimo. Javlja se osjećaj odgovornosti uz istovremeni osjećaj bespomoćnosti i krivnje. Dječji metabolizam, iako izdržljiviji od organizama starijih ljudi, izuzetno je ubrzan stoga je i širenje karcinoma vrlo brzo, a prognoze rijetko optimistične. Dječja psiha je kompleksna i stoga im se treba pristupiti na osobit način, a to uključuje i osobit način komunikacije. Potrebno je izabrati pogodan trenutak za razgovor o važnim stvarima, za koji je najbolje da bude kratak ali višekratan, s jasnim, kratkim rečenicama, koliko to dječja pažnja dozvoljava.

Najmlađi bolesnici borave u bolnici sa roditeljima. Odnos medicinskog osoblja sa ovom skupinom pacijenta traži i iziskuje dosta razumijevanja i strpljenja, kako prema djetetu pacijentu tako i prema njegovim roditeljima. Medicinska sestra nikako ne smije lagati djetetu, primjerice

da injekcija (uvođenje braunile) ne boli ili da je vađenje krvi bezbolno. Za dijete je korisnije ako sestra ili liječnik jasno kažu da će osjetiti bol, ali da će ona kratko trajati i nagraditi ga za njegovu hrabrost. U nekim bolnicama se nakon vađenja krvi djetetu, ukoliko nije plakalo, poklanja nekakav slatkiš ili plišana igračka. Ako se djetetu kaže kako su pretrage bezbolne, a uspostavi se suprotno izgubiti će djetetovo povjerenje. Roditelje sestra mora upozoriti da pred djetetom ne paničare i ne plaču jer će to još više uzbuditi i preplašiti dijete. Bolesno dijete ni jednog trenutka ne smije osjetiti brigu roditelja. Budući da su i djeca, a posebice roditelji osjetljivi na bilo koji pozitivan znak o stanju njihovog djeteta sestre, kao i liječnici moraju paziti da ne daju pogrešne informacije iz sažaljenja jer te informacije mogu pobuditi lažnu nadu.

Ipak, najveći izazov za medicinsko osoblje predstavljaju adolescenti (Paravlić, 2006). Tinejdžeri koji saznaju da boluju od raka obično ne shvaćaju ozbiljnost situacije. Dobar dio ovih pacijenata krivnju traži u sebi, drugima ili školi/fakultetu, a ne bolesti samoj. Takvi pacijenti su neraspoređeni, turobni, nekomunikativni, ne prihvaćaju da su u bolnici, odbijaju terapiju i ne žele davati odgovore na važna pitanja. Ono što ih sestre moraju podsjećati je da bilo koju promjenu, bilo ona loša ili dobra, ne skrivaju i otvoreno ju kažu. Posebice se to odnosi na pojavu boli, koju mladi, posebice mladići često skrivaju.

U početku komunikacija treba biti službena i profesionalna, no ne smije biti prehladna i distancirana. Najvećim djelom s tim pacijentima komuniciraju medicinske sestre, koje trebaju pronaći način kako dobiti povjerenje adolescenta. Kada pacijent stekne povjerenje u medicinsku sestru i prihvati da mu je potrebna njena pomoć tada ona može doprijeti do njega- razgovorom o modi, nogometu, filmovima.

4.5. Pacijent u komunikaciji s liječnikom

Preduvjet za dobru komunikaciju s liječnicima i medicinskim sestrama/tehničarima je povjerenje u njih. Opće postavke za dobru komunikaciju s medicinskim timom uključuju: pripremni period za razgovor, bilježenje informacija koje je osoba prije razgovora pronašla, naglašava se važnost zapisivanja važnih pitanja, ali i pacijentovih osjećaja i mišljenja. Nakon što se pacijent pripremio na razgovor, trebao bi (najbolje dan prije prvog razgovora o kemoterapiji) jasno definirati svoje ciljeve. Rončević-Gržeta i sur. (2007) navode mnoge savjete kao pomoć pacijentima kako bolje i jednostavnije komunicirati s medicinskim osobljem. Ukoliko liječnici upotrebljavaju riječi koje pacijent ne razumije ili ne može upamtiti, pacijent bi trebao znati da bez ustručavanja može zamoliti liječnika da mu objasni što nije razumio. Količina informacija koje onkološki pacijenti dobivaju je vrlo velika pa je poželjno da uspore liječnika kako bi mogli

zapisati važne informacije. Mnogima je, vjerojatno, puno novih i nepoznatih informacija budući da su maligne bolesti vrlo kompleksne.

Učenje o svojoj bolesti važan je dio procesa suradnje sa liječnikom. Važno je pacijentima napomenuti i kako ne postoje besmislena pitanja; čak niti pitanje "Što je kemoterapija?" nije besmisleno i nije sramotno ako osoba ne zna što je to. Posljednje, pacijent je najvrjedniji član tima, liječnik nije taj koji "sve zna". Pacijentima se savjetuje da kroz vlastitu edukaciju o svojoj bolesti postanu sposobniji na suradnju sa medicinskim timom. Na taj način povećat će se i motivacija i osjećaj kontrole, jer će si pacijent dokazati kako ipak ima spoznaje o svojoj bolesti i kako nije bespomoćan. Liječnikova uloga je da daje sve potrebne informacije o mogućnostima i načinima liječenja, prednostima i nedostacima pojedinih metoda i najboljim opcijama. No, u konačnici pacijent je taj koji odlučuje i odabire terapiju i pristaje li na terapiju uopće.

Važno je da pacijenti osjete slobodu u komunikaciji sa medicinskim timom. No, nije se lako osjetiti slobodan komunicirati. Poznato je da se pacijenti ustručavaju pitati zbog niza razloga - vide da su liječnici prezaposleni, da nemaju vremena pa ih ne žele smetati ili se pak boje da ne pitaju „glupo pitanje“. To ih ometa u otvorenoj komunikaciji s medicinskim osobljem. Pacijentima se treba naglasiti kako oni imaju pravo zahtijevati razgovor sa liječnikom i vrijeme posvećeno njima.

Poznato je da dobra i otvorena komunikacija dovodi do povećanja kvalitete života (Velikova i sur., 2004). Cilj svake terapije je povećanje kvalitete života jer je mnogim onkološkim bolesnicima sve drugo manje važno od liječenja. Pacijenti prestaju uživati u stvarima u kojima su prije uživali, a sve zbog promjena koje nameće režim liječenja. Negativni utjecaj bolesti na život može se smanjiti upravo borbom i činjenjem onih stvari koje pacijenta vesele i u kojima je uspješan. Kada čovjek uoči da i u stanju teške bolesti može u nečemu biti uspješan to mu daje osjećaj kontrole nad životom i osjećaj povezanosti sa stvarnim svijetom. Važno je kroz razgovor pokazati pacijentu važnost postavljanja realnih ciljeva, npr. ako je osoba vrlo iscrpljena od teške kemoterapije tada je za nju kuhanje čaja ili odlazak po kruh i mlijeko iznimno velik uspjeh za koji se mora nagraditi.

5. SUOČAVANJE SA NESIGURNOSTI I NEGACIJOM

Loše vijesti potiču pacijente na postavljanje pitanja o njihovoj budućnosti. Naravno jedno od najčešćih pitanja je: »Koliko još vremena imam?« odgovor na to i slična pitanja vrlo je težak, te se zdravstveni radnici trebaju podučiti kako kroz komunikaciju pomoći pacijentu da se nosi sa nesigurnosti i negacijom kako ne bi došlo do dehumanizacije odnosa između liječnika i pacijenta rezignacije kod pacijenta.

Na pitanje: Koliko vremena imam? Postoje dva moguća odgovora. Primamljivo je dati konačan odgovor (na primjer tri mjeseca) ili raspon (sve od jednog mjeseca do šest mjeseci) vremena. No, takva predviđanja su obično netočna, imaju tendenciju da budu preoptimistična, te uzrokuju probleme za pacijenta i njihove obitelji. Pacijenti se zbog takvih odgovora ravnaju prema vremenu koje misle da im je ostalo. Ako se stanje pogorša prije nego što se očekivalo i spriječi osobu od postizanja planiranih ciljeva ona će se osjećati prevareno. Rođaci se također teško nose sa neočekivano dugim preživljenjem pacijenta, jer iskoriste svoje resurse prema vremenu koje misle da pacijent ima. Stoga je bolje da liječnici priznaju svoju nesigurnost i teškoće koje proizlaze iz davanja prognoze o preostalom vremenu (Maguire i Faulkner, 2004). Liječnik može reći primjerice: »Pitali ste me koliko on još ima vremena. Istina je da nisam siguran. Shvaćam da ova neizvjesnost predstavlja veliki teret za vas«.

Još jedna poteškoća na koju liječnik može naići kod onkoloških pacijenata je negacija koja pomaže kada je istina pacijentu previše bolna. Nijekanje u početku ima zaštitnu funkciju, jer štiti osobu od naglog suočavanja sa nevoljom koja ju je snašla. Naglo suočavanje sa istinom moglo bi toliko snažno psihički pogoditi osobu, da se ona uopće ne bi mogla ni pokušati nositi sa svime što ju čeka. Nada, iako ponekada nerazumna, otvara pacijentu put prema postepenoj prilagodbi na dijagnozu, koja najčešće označava veliku prekretnicu u njegovom životu. Poricanje stoga, ukoliko ne uzrokuje ozbiljne problema pacijentu ili njegovoj okolini, liječnik ne smije osporiti. U suočavanju sa poricanjem treba biti blag i nježan, tako da se ne poremete pacijentove krhke obrane, ali i dovoljno čvrst, kako bi se pacijent mogao suočiti sa istinom. Prvo liječnik ispituje pacijenta što se dogodilo od kada je saznao za dijagnozu, kada je prvi puta otkrio simptome, posjetio stručnjaka, bio pregledan i prvi puta nekome rekao o svojoj bolesti. Primjerice pacijent može izjaviti »Siguran sam da je ulkus², barem sam prilično siguran da je«. Tada je važno da liječnik prepozna ono što je implicitno u komunikaciji pacijenta, njegovu negaciju, strah i tjeskobu, a možda i nerazumijevanje onoga što mu se događa. Dakle, odgovor liječnika predstavljao bi njegovo prepoznavanje pacijentovih emocija i dvojbi, te bi svakako

² Duboki defekt na koži ili potkožnom tkivu, koji nema traumatološko ili infektivno porijeklo. Može se javiti na mnogim mjestima na tijelu, a veoma često se javlja na sluznici na unutrašnjoj strani želuca

trebao iskazati empatiju i osjetljivost na pacijentove emocionalne i psihološke potrebe (poput potrebe za potporom ili šutnjom). Ukoliko pacijent unatoč svim dokazima o bolesti i dalje odbija prihvatiti bolnu istinu liječnik mora prihvatiti da je pacijentu prognoza previše bolna i da se ne može suočiti s onim što mu se događa. U tom trenutku liječnik može, a i morao bi pustiti pacijenta da se pomiri sa dijagnozom i dati mu vremena da kognitivno obradi te informacije koje je upravo čuo. Naposljetku, pacijent može priznati: »Ponekad osjećam da bi moja prognoza mogla biti puno lošija«. Istražujući ono što pacijent misli pod "loša, ozbiljna dijagnoza" može mu pomoći da si prizna da boluje od nečeg ozbiljnog. To mu onda pomaže da se prestane koristiti negacijom i postane potpuno svjestan svoje dijagnoze, te svu svoju energiju usmjeri na liječenje (Havelka, 2002).

6. ISHODI POZITIVNE KOMUNIKACIJE SA PACIJENTIMA

Sve češće se susrećemo sa kritikama hladne komunikacije. Općenito govoreći, komunikacijske teškoće mogu se opisati s obzirom na probleme u dijagnozi, nedostatku uključivanja pacijenta u raspravu ili proizlaze iz neodgovarajućeg pružanja informacija pacijentu. Istraživanja su pokazala kako 50% svih psihosocijalnih ili psihijatrijskih problema predstavljaju propusti liječnika, da liječnici prekidaju pacijenta u prosjeku svakih 18 sekundi, da između 45 i 54% svih problema pacijenata nisu dovoljno dobro ispitani te da su pacijenti općenito nezadovoljni kvalitetom i sadržajem informacija koje dobivaju od liječnika (Stewart, 2005). Zdravstveni ishodi pacijenata mogu se poboljšati dobrom komunikacijom između liječnika i pacijenta. Rezultati Stewartove (2005) meta-analize pokazuju kako učinkovita komunikacija utječe ne samo na emocionalno stanje pacijenta, već i na ublažavanje simptoma i kontrolu boli. Liječnike bi trebalo podučavati da ne pokazuju prekomjerno svoju moć nad pacijentom, ali da zadrže dovoljno autoriteta u komunikaciji kako bi pacijent bio spreman poslušati savjete i držati ih se. Dva najpoznatija ishoda pozitivne komunikacije su: a) zadovoljstvo pacijenta i b) informirani pristanak.

Zadovoljstvo pacijenta odražava koliko su dobro ispunjene pacijentove zdravstvene potrebe, očekivanja i preferencije. U onkološkoj praksi dobre komunikacijske vještine liječnika utječu na veće zadovoljstvo pacijenta u nekoliko područja. Naime, nekoliko istraživanja povezuje zadovoljstvo pacijenta sa boljom psihološkom prilagodbom, uključujući pacijentovo zadovoljstvo iznosom i vrstom informacija koje dobiva u vrijeme postavljanja dijagnoze. Osnovne komunikacijske vještine su također vezane uz zadovoljstvo, što se može potvrditi nalazima dobivenim u drugim studijama, koji su pokazali da je kod onkoloških pacijenata, zadovoljstvo povezano s osjetljivošću, pokazivanjem interesa i pružanjem informacija (Ong, Visser i Lammes, 2000; Silliman, Dukes i Sullivan, 1998). Informirani pristanak je važna komponenta etičke liječničke prakse, kako u onkologiji tako i općenito, posebice kod prepisivanja terapije i obavljanja istraživanja. Cilj informiranog pristanka je naglasiti djelotvorniju komunikaciju između pacijenta i liječnika, gdje su ciljevi objavljivanje informacija i strpljivo, zajedničko sudjelovanje u odlučivanju, a ne administrativne potrebe potpisanog pristanka kojim se liječnik rješava dijela dogovornosti. Otvoreni dijalog također bi kliničaru trebao omogućiti da odredi koliko informacija pacijent zapravo želi znati i poštivanje pacijentovog prava da izbjegne informacije koje su mu neželjene. Šezdeset i jedan posto liječnika u jednoj studiji je objasnio da bi radije govorili pacijentu o njegovoj dijagnozi postepeno, u malim koracima (Taylor i Kelner, 1987). Tvrdili su da pacijenti trebaju vremena da apsorbiraju šok dijagnoze prije nego što čuju i prognozu i opis samog liječenja.

7. ZAKLJUČAK

U razgovoru s pacijentom liječnik treba biti aktivan i izraziti razumijevanje. Pacijentu treba predstaviti probleme, provjeriti je li shvatio rečeno, ponoviti to na razumljiv, laički način i razmotriti mogućnosti rješavanja problema. Također ga treba uvjeriti o mogućnostima uklanjanja bolova, načinu liječenja, nuspojavama koje se javljaju tijekom liječenja.

Iako mnoga istraživanja pokazuju pozitivne posljedice dobre komunikacije na zdravlje, ovo područje je i dalje podosta zanemareno u onkološkim ambulantama; kako u istraživanjima i teoriji, tako i u praksi. Razlozi za to su brojni, a jedan od najvažnijih je nedostatak ili zanemarivanje predmeta komunikacijskih vještina, ali i općenito to što se premalo pažnje i vremena posvećuje predavanjima iz stručnih predmeta psihologije u obrazovanju liječnika i preostalog medicinskog osoblja. Osim toga razlog koji se često zanemaruje je emocionalni teret koji takav razgovor ostavlja na liječnika. Loše vijesti nije lako reći, a posebice vijesti o dijagnozi smrtonosne, kronične bolesti. Stoga, manjak komunikacije i razumijevanja koje liječnici naizgljed pokazuju može biti njihov obrambeni mehanizam.

Buduća istraživanja ove tematike trebala bi se više baviti i usmjeriti na ne samo etičke, već i psihološke i emocionalne aspekte liječnika onkologa. Također, informacije dobivene u ovim istraživanjima mogle bi poslužiti za kreiranje radionica za pomoć liječnicima onkolozima.

LITERATURA

- Anton, S., Mrđenović, S. i Gugić, D. (2012). *Psihodinamski pristup oboljelima od karcinoma*. Osijek: Svjetla grada.
- Dowsett, S.M, Saul, J.L., Butow, P.N., Dunn, S.M., Boyer, M.J., Findlow, R. i Dunsmore, J. (2002). *Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach*. Sydney: Medical Psychology Unit, Department of Medicine, University of Sydney.
- Faulkner, A. i Maguire, P. (1994). *Talking to cancer patients and their relatives*. London: Oxford University Press.
- Havelka, M. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Host, I., Pavlović-Ružić, I. i suradnici (2005). *Vodič kroz kemoterapiju - priručnik za pacijente i članove njihovih obitelji*. Rijeka: Liga protiv raka Primorsko- goranske županije.
- Lange, M., Thom, B. i Kline, N.E. (2008). Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum* 35(6), 955-959.
- Ong, L.M., Visser, M.R. i Lammes, F.B. (2000). Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns*, 41(2), 145-156.
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement*. New York: International University Press.
- Paravlić, F. (2006). *Riječ kao lijek*. Sarajevo: Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo.
- Prstačić, M. i Sabol, R. (2006). *Psihosocijalna onkologija i rehabilitacija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Rončević- Gržeta, I., Kuljanić-Vlašić, K., Host, I., Pernar, M., Belac-Lovasić, I., Duletić- Načinović, A., Girotto, I., Grković, J., Host, A., Juretić, Ž., Juričić, S., Kaurić-Raos, N., Kosić, R., Lakić, R., Lovasić, F., Lučić, B., Pamuković, R., Perčić, L.J., Pezelj, I., Prebeg, J., Pavičić, M., Perić, Lj., Puž, S., Ribić, N., Sveško-Visintin, H., Šišul, N., Šurlina-Balaban, L., Tićac, R., Turina, V., Trinajstić, K., Vlašić-Cicvarić, I., Vojinović, Ž. i Žiža, J. (2007). *Psihološka pomoć u suočavanju sa zloćudnom bolešću*. Rijeka: Liga protiv raka Primorsko- goranske županije.
- Stewart, M.A. (1995). *Effective physician-patient communication and health outcomes: a review*. Ontario: Can Med Assoc.
- Silliman, R.A., Dukes, K.A., Sullivan, L.M. i suradnici (1998). Breast cancer care in older women: sources of information, social support, and emotional health outcomes. *Cancer* 83 (4), 706-711.
- Taylor, K.M. i Kelner, M. (1987). Informed consent: the physicians' perspective. *Soc Sci Med*, 24(2), 135-143.

Velikova, G., Booth, L., Smith, A.B., Brown, P.M., Lynch, P., Brown, J.M. i Selby, P.J. (2004). Measuring Quality of Life in Routine Oncology Practice Improves Communication and Patient Well-Being: A Randomized Controlled Trial. American Society of Clinical Oncology.

<http://www.zanovidan.hr/komunikacija-izme-u-lije-nika-i-pacijenta-s-onkolo-kom-bolesti/>

PRILOZI

Prilog 1

Tablica 1: Razlike između uspješnog i neuspješnog suočavanja sa izvorima stresa (Host, Pavlović-Ružić i sur, 2005).

FAZE LIJEČENJA	NORMALNE REAKCIJE U PRILAGODBI	NEPRILAGOĐENE REAKCIJE
dijagnostička obrada	pacijent prihvaća mogućnost da boluje od raka	preosjetljivost, preokupiranost, fizički simptomi
dijagnoza	šok, nevjerica, početna negacija, ljutnja, agresivnost, potištenost	potpuna negacija i odbijanje liječenja, depresija, traganje za alternativnim oblicima liječenja
liječenje	strah od boli i smrti, neizvjesnost, strah od anestezije, strah od rendgenskih zraka, uređaja, popratnih pojava liječenja, strah od napuštanja	traženje alternativnih metoda liječenja, klinička (snažna) depresija. Strah koji otežava, otežava ili pak onemogućava kemoterapiju
nakon liječenja	povratak na uobičajene interese i obrasce ponašanja, strah od povratka bolesti, tjeskoba, potištenost. Redovite kontrole	snažna anksioznost, snažna depresija, nemogućnost povratka u vlastiti život. Odbijanje kontrola.

Prilog 2

Tablica 2. Komponente stila komunikacije koji je karakterističan za brigu usmjerenu na pacijenta stila u odnosu na tradicionalni stil komunikacije

PACIJENT U SREDIŠTU (eng. »PATIENT-CENTERED CARE«)	LIJEČNIK U SREDIŠTU
• omogućuje pacijentu donošenje odluka	• ne uključuje pacijenta u odlučivanju
• popušta pacijentu da izrazi osjećaje, potiče ga na izražavanje osjećaja	• ne dopušta pacijentu da izraze svoje osjećaje
• topao ton glasa	• hladan i služben ton glasa
• održava kontakt očima s pacijentom	• ne održava kontakt očima s pacijentom
• sjedi bliže pacijentu	• sjedi iza stola, udaljen od pacijenta
• ispituje obzirno pacijenta o njegovim osjećajima	• ne pokazuje interes za pacijentove osjećaje
• lako ga je razumjeti	• teško ga je razumjeti
• aktivno sluša i suosjeća sa pacijentom	• prekida pacijenata i ne pokazuje empatiju
• provjerava razumije li pacijent što mu je rečeno	• ne provjerava razumije li pacijent što mu je rečeno