



# SPORAZUMEVANJE V DRUŽINSKI MEDICINI



Uredila: Davorina Petek, Igor Švab

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



# SPORAZUMEVANJE V DRUŽINSKI MEDICINI

Priročnik

## KOLOFON

Sporazumevanje v družinski medicini  
Priročnik

Urednika: Davorina Petek, Igor Švab

Avtorji: Davorina Petek, Polona Selič, Marija Petek-Šter, Marko Kolšek, Janez Rifel, Barbara Jemec-Zalar, Erika Zelko, Maja Drobnič-Radobuljac, Matej Zupan, Manca Nolimial, Lea Gril-Jevšek, Zalika Klemenc-Ketiš, Vesna Homar, Vlasta Vodopivec-Jamšek, Nena Kopčavar-Guček, Rade Iljaž

Recenzenta: prim.izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med. in doc. dr. Ksenija Tušek Bunc, dr. med.

Tehnično urejanje: Martin Petek

Izdala in založila: Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Copyright © Združenje zdravnikov družinske medicine – 2016

Vse pravice pridržane.

Tisk: Collegium Graphicum d.o.o.

Naklada 300 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:316.356.2(075.8)(0.034.2)

316.772.4:614.2(075.8)(0.034.2)

SPORAZUMEVANJE v družinski medicini [Elektronski vir] : priročnik /  
[avtorji Davorina Petek ... [et al.] ; urednika Davorina Petek, Igor Švab]. - El. knjiga. -  
Ljubljana : Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete, 2016

Način dostopa (URL): <https://pouk.mf.uni-lj.si/login/index.php>

ISBN 978-961-267-112-9 (pdf)

I. Petek, Davorina

286289408

## SEZNAM AVTORJEV

doc. dr. Maja Drobnič-Radobuljac, dr. med.

asist. Lea Gril-Jevšek, dr. med.

asist. Vesna Homar, dr. med.

asist. dr. Rade Iljaž, dr. med.

asist. Barbara Jemec-Zalar, dr. med.

doc. dr. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med.

izr. prof. Marko Kolšek, dr. med.

asist. dr. Nena Kopčavar-Guček, dr. med.

Manca Nolimal, abs. med.

prim. doc. dr. Davorina Petek, dr. med.

izr. prof. Marija Petek-Šter, dr. med.

doc. dr. Janez Rifel, dr. med.

izr. prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

dr. Vlasta Vodopivec-Jamšek, dr. med.

asist. dr. Erika Zelko, dr. med.

Matej Zupan, abs. med.

# Kazalo

Predgovor.....	6
Davorina Petek	
Recenzija priročnika.....	7
Danica Rotar Pavlič	
Recenzija priročnika.....	10
Ksenija Tušek Bunc	
Osnove sporazumevanja.....	12
Polona Selič	
Nebesedno sporazumevanje.....	17
Polona Selič	
Vodenje posveta v družinski medicini.....	21
Davorina Petek	
Sporazumevanje v timu in s kliničnimi specialisti.....	29
Marija Petek-Šter	
Sporazumevanje z otroki.....	34
Barbara Jemec-Zalar, Maja Drobnič-Radobuljac	
Sporazumevanje z mladostniki.....	38
Barbara Jemec-Zalar, Maja Drobnič-Radobuljac	
Sporazumevanje s starostniki.....	42
Marija Petek-Šter	
Sporazumevanje z osebami iz drugega kulturnega okolja.....	46
Erika Zelko	
Sporazumevanje z gluhihimi osebami.....	50
Matej Zupan, Manca Nolimal	
Sporazumevanje v zvezi s spolnostjo.....	54
Davorina Petek	
Sporazumevanje z bolnikom z duševno motnjo.....	57
Lea Gril-Jevšek, Zalika Klemenc-Ketiš	
Sporazumevanje ob koncu bolnikovega življenja.....	62
Vesna Homar	
Motivacijski pogovor.....	66
Marko Kolšek	
Težavni posvet.....	75
Vlasta Vodopivec-Jamšek	
Sporazumevanje v troje – med bolnikom, spremljevalcem in zdravnikom.....	79
Davorina Petek	
Sporazumevanje v obliki družinske konference.....	81
Nena Kopčavar-Guček	
Telemedicina v komunikaciji.....	84
Rade Iljaž	

Sporočanje slabe novice.....	88
Davorina Petek	
Učenje in poučevanje sporazumevanja.....	92
Janez Rifel	
Povratna informacija v opazovanju sporazumevanja.....	95
Janez Rifel	
Priloga.....	98

## Predgovor

Sporazumevanje je z Bolonjsko prenovno fakultetnih programov končno dobilo mesto v kurikulumu dodiplomskega študija medicine. Kljub temu niso vsi študentje ob koncu študija povsem prepričani, da je to veščina, ki jo bodo pri delu potrebovali. Specializanti družinske medicine so, z redkimi izjemami, drugačnega mnenja. Vsakodnevna obravnava množice bolnikov v njihovih ambulantah jim hitro pokaže, kako nujno je učinkovito in ustrezno komuniciranje. V dveh modulih se med specializacijo seznanijo s teorijo sporazumevanja, predvsem pa na različne načine vadijo sporazumevanje kot veščino. Način komuniciranja ne poteka po smernicah, saj vsak človek v pogovor doprinese svoj osebni ton, vendar je koristno poznati nekatera priporočila in ne nazadnje komunikacijske značilnosti posveta. Kdor se poglobi, vidi, da je marsikaj pri svojem delu že sam ugotovil. Sporazumevanje z bolnikom sodi v celostni model obravnave, kjer se bolnik vključuje, njegovo mnenje in potrebe pa so upoštevane ob že znanem poteku kliničnega dela pogovora, ki smo se ga od nekdaj učili na medicinski fakulteti.

Zdravniki smo v teoriji komuniciranja priučeni, psihološko-sociološko ozadje nam je tuje. V praksi pa se sporazumevamo pri vsakem, še tako kratkem kontaktu z bolnikom. Sporazumevanje kot veščina je orodje, ki ga lahko uporabimo za boljšo obravnavo bolnika, za razmerje z njegovimi svojci ter za ustrezno sodelovanje z drugimi zdravniki, sodelavci ali predstavniki družbe.

In ne nazadnje, sporazumevanje v vsej svoji razsežnosti predstavlja temelj odnosa z bolnikom, ki ga gradimo od posveta do posveta in je za dolgoročno vodenje bolnika zelo pomemben.

Priročnik je nastal na osnovi vsebine dveh modulov za specializante družinske medicine. Poskušali smo biti kratki, jasni in natančni, kot se za priročnik spodobi. Znotraj usmeritev, kako se sporazumevati, kaj je pomembno v različnih okoliščinah in pri različnih bolnikih, bo vsak zdravnik oblikoval svoj strokovni način komuniciranja. Že zavedanje, da ima sporazumevanje kot veščina svoje pomembno mesto v klinični obravnavi bolnika, je začetek procesa učenja. Zmožnost aktivnega poslušanja in na drugi strani natančnost izražanja in natančnost povedane misli, način, kako poveš, lahko spremenijo razumevanje sporočila, doprinesejo k uspehu zdravljenja, k odnosu ali konfliktu z bolnikom.

Sicer pa – priročnik je tukaj, upam, da bo pri-roki, čimvečkrat uporabljan in da bo koristil, izboljšal in olajšal naše delo.

Davorina Petek, urednica

## Recenzija priročnika

Priročnik na zaokroženo sto straneh povzema vse tisto, kar bi moral zdravnik poznati s področja sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom, med člani ožjega in širšega zdravstvenega tima ter med zdravnikom in osebami, ki spremljajo bolnika. Sporazumevanje je poleg diagnostike in zdravljenja temeljni gradnik v zdravstveni obravnavi bolnika, zato je bilo v zadnjih desetletjih predmet številnih strokovnih razprav. Medicinska fakulteta v Ljubljani je v študijskem letu 2009/2010 v svoj program vpeljala nov predmet Sporazumevanje, s čimer je podkrepila pomen besednega in nebesednega dialoga med bolnikom in zdravnikom. Izid priročnika Sporazumevanje v družinski medicini bo zato dobrodošel vsem, ki želijo kakovostno opravljati svoje delo na področju družinske medicine.

V začetnem delu priročnika se bralec seznaní z opredelitvijo sporazumevanja, z dejavniki, ki vplivajo na sporazumevanje, z vlogo čustev v medosebnem odnosu ter načeli podpornega sporazumevanja in empatije. Ob tem znova ozavesti vrsto dejavnikov, ki jih tudi sam vsak dan doživlja v pogovoru z bolnikom. Poznavanje okoliščin nebesednih sporočil in njihove globoke sporočilnosti omogoča zdravniku lažje razumeti predvsem zapletene in na prvi pogled nenavadne odzive na predlagane zdravniške obravnave. Užitek je prebrati poglavje o nebesednem sporazumevanju. Zdravnik, ki razumno razmišlja, zakaj je v podajanju svojega znanja premalo prepričljiv, morda pozablja na dejstvo, da bolniki nebesednim sporočilom neredko bolj verjamejo kot samim besedam. Če je med besednim in nebesednim delom sporočila neskladje ali celo nasprotje, bolnik verjame nebesednemu sporočilu. Zato bi se vsak zdravnik moral naučiti večščin nebesednega sporazumevanja in dejavnega poslušanja, saj bi tako deloval iskreno in pomirjujoče. Prepričana sem, da si tega želi večina zdravnikov družinske medicine. Ker se po drugi strani srečujejo z velikim številom obiskov na dan in zahtevami po obsežni dokumentaciji, je zato verjetno največja posledična žrtev obremenitev prav sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom.

Ob prebiranju priročnika bo zdravnik vedel in znal upoštevati parajezikovne znake in razlikovati med čustvi, kot so ljubezen, veselje, občudovanje, gnus in strah. Poznal bo odražanje simpatije ali antipatije, vedel, kako si razlagati srepo strmenje v zdravnika, pogled v prazno, umikanje pogleda ipd.

Sodoben način sporazumevanja postavlja bolnika v središče oskrbe, njegova vloga pa je dejavnejša kot v preteklosti. Posebna pozornost je v priročniku namenjena vodniku Calgary Cambridge, ki opredeljuje informacije, ki jih je treba zbrati med posvetom z bolnikom, in tudi načine njihovega zbiranja. V tradicionalnem jemanju zgodovine bolnikovih težav so zdravniki še vedno preveč biomedicinsko usmerjeni. Vodnik Calgary Cambridge postavlja v ospredje bolnikove razsežnosti, prepričanja, občutke in pričakovanja ter tako pomaga povezati biomedicinska in bolnikova izhodišča.

Zdravnik družinske medicine se pogosto sporazumeva s specialisti na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva. Za ustrezno tovrstno sodelovanje se specializanti družinske medicine v programu specializacije izobražujejo v modulu, ki obsega 16 pedagoških ur. Prav je, da je del priročnika namenjen temu področju ter da je v ospredju poudarek na medsebojnem spoštovanju in zaupanju med dvema enakopravnima sogovornikoma. Zdravnik naj bo spoštljiv do drugega zdravnika in naj upošteva kodeks zdravniške etike. Podrejen odnos v sporazumevanju s kliničnimi specialisti in dopuščanje avtoritativne vloge kliničnega specialista v pogovoru z zdravnikom družinske medicine rušita timsko obravnavo bolnika in za zdravnika družinske medicine lahko pomenita



frustracijo. V sodelovanju s kliničnimi specialisti se je treba zavedati osnovne razlike med »v bolezen usmerjenimi kliničnimi specialisti«, ki sledijo biomedicinskemu konceptu obravnave, in »v bolnika usmerjenimi zdravniki družinske medicine«, ki k svojim bolnikom pristopajo po načelih bio-psiho-socialne obravnave.

Osrednji del priročnika je namenjen sporazumevanju s posebnimi skupinami, in sicer v naslednjem zaporedju: sporazumevanje z otrokom in staršem, sporazumevanje z mladostnikom, sporazumevanje s starostnikom, sporazumevanje z osebami iz drugega kulturnega okolja, sporazumevanje z gluhihimi osebami, sporazumevanje o spolnosti, sporazumevanje z bolniki z duševno motnjo, sporazumevanje z umirajočim in žalujočim. Ker smo v zadnjem desetletju pričra številčnejšim premikom, prehodom ter prihodom tujejezičnih oseb in bolnikov, je poglavje o sporazumevanju z osebami drugačnega kulturnega okolja še kako pomembno. Bralec se na kratko seznanil z jezikovnimi ovirami, napačno razlago bolnikovega »jezika stiske«, neujemanjem pojasnjevalnih modelov, različnimi vrednostnimi sistemi in boleznimi brez diagnoz, s težavami z izrazoslovjem, s sodelovanjem pri zdravljenju in terapiji ter z vlogo prevajalcev. Morda bi teoretičnim izhodiščem lahko dodali še nekaj več praktičnih nasvetov – od tega, kako so za zdravnika lahko zavajajoča prirejena tolmačenja svojcev, do nasvetov glede ravnanja, kadar je edini tolmač in prevajalec še mladoleten, pa vse do načinov reševanja kulturno pogojenih spolnih vlog in posledičnih vlivov na zdravje žensk.

Zelo pomembno je, da je del tega priročnika namenjen sporazumevanju z osebami, ki imajo težave v duševnem zdravju. Vemo namreč, da so prav ti člani naše družbe še vedno pogosto zapostavljeni in odrinjeni na rob ali v pretežno oskrbo bližnjih svojcev. Neredko jih zaradi njihovih bolezenskih značilnosti najdemo tudi v skupini brezdomcev. Morda bi bilo smiselno prispevek o sporazumevanju z ljudmi z duševnimi težavami dopolniti z vlogo skrbnikov in pooblaščenec, saj ima ta podskupina bolnikov za svoje potrebe ali samo za njihov del pogosto od države določenega skrbnika. Kako in kdaj vključiti skrbnika, kako ravnati, kadar se skrbnikova in bolnikova pričakovanja razlikujejo, in ali je vedno treba z zdravstvenim stanjem takšne osebe seznaniti tudi skrbnika ter od njega prejeti soglasja – to so vprašanja, ki izhajajo iz vsakodnevne resničnosti ter so prav zaradi posebnosti situacij lahko vir nesoglasij in nesporazumov.

Sklop prispevkov s podnaslovom Sporazumevanje v posebnih okoliščinah vsebuje naslednja področja: motivacijski pogovor, težavno sporazumevanje, sporazumevanje z dvema osebama, družinska konferenca, telemedicina v komunikaciji ter sporočanje slabe novice in napake. V okviru motivacijskega pogovora je posebej predstavljen stopenjski model spreminjanja avtorjev Prochaska in DiClementeja. V poznih 80. letih prejšnjega stoletja sta motivacijski pogovor dodatno izpopolnila Rollnick in Miller s sodelavci. Zdravnik naj pogovoru daje smer in zgradbo, bolnik pa večji del vsebine. Ob tem zdravnik dejavno posluša, je odziven in empatičen; bolnika ne prekinja, ampak ga spodbuja k dodatnim opisom, da si lažje ustvari sliko njegovega stanja. Zdravnik bolniku ne predava ali pridiga, še manj ga prepričuje, ampak ga predvsem posluša.

Za vsakdanjo rabo so zelo dobrodošli nasveti, kako ravnati v težavnih situacijah in kadar se v čakalnicah oz. v ordinaciji pojavi nasilna oseba. Pobuda, naj bo v prostorih ambulante na vidnem mestu obešeno obvestilo o ničelni toleranci do agresije in nasilja, v številnih zdravstvenih ustanovah še naprej ostaja neudejanjena.

Sporazumevanje v troje, tj. med bolnikom, spremljevalcem in zdravnikom, ima svojevrstne značilnosti, zato je obravnavano v ločenem prispevku. Na sporazumevanje zdravnika s sorodnikom bolnika vpliva več dejavnikov, ki so vezani predvsem na sorodnika – od

prepričanja o zdravju in bolezni do njegovega doživljanje zdravnika ter psiholoških dejavnikov, ki jih sorodnik razvije v zvezi z boleznijo in zdravljenjem bolnika.

Sklepno področje priročnika se nanaša na učenje in poučevanje sporazumevanja. Vaje z opazovanjem in povratno informacijo so potrebne, da študent oz. specializant usvoji nove veščine in da se tako spremeni učenčevo vedenje. Pri učenju veščin je učencu v veliko pomoč, če lahko opazuje, kaj dejansko počne in kje so možne izboljšave. Pri tem je uporaba videoposnetkov praktično neizogibna. Seveda je treba od bolnika prej pridobiti pisno privolitev za videonemanje posveta pri zdravniku. Ta obrazec je priloga k priročniku.

Priročnik je mogoče uporabiti po korakih, vaditi tehnike besednega in nebesednega sporazumevanja in svoje izkušnje primerjati z zapisanim. Ker sem med dolgoletnim dejavnim delovanjem in poučevanjem na področju družinske medicine prebrala veliko knjig, ki obravnavajo sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom, lahko novi priročnik Sporazumevanje v družinski medicini še toliko lažje priporočim prav vsem. Ker pa se dobro zavedam velike pomembnosti poznavanja tematike, ki jo obravnava, sem se odločila, da ga bom podarila vsem specializantom družinske medicine, ki sem jim mentorica, in študentom, ki bodo med vajami obiskali mojo ambulanto.

prim. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

## Recenzija priročnika

Bolniki v ambulanto zdravnika družinske medicine prihajajo s kopico težav, ki jih je možno zadovoljivo rešiti brez uporabe visoke in drage tehnologije. Simptomi in znaki so nemalokrat slabo izraženi, nejasni in v začetnih stopnjah, zato je pomembno uporabiti vse možnosti, ki jih daje ustrezno sporazumevanje z bolnikom. Zdravniki smo dobro oboroženi s klasičnim medicinskim znanjem, vendar se žal prepogosto počutimo nemočne ob tem, kako najbolje izkoristiti izjemnost položaja, ki nam ga nudi osebni stik z bolnikom. Sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom nima zgolj akademskih razsežnosti, pač pa predvsem praktični pomen. Dobri odnosi med bolnikom in zdravnikom pomagajo pri samem pogovoru z bolnikom, ko odkrivamo vzrok(e) njegovih težav, kot tudi pri vodenju bolnika ter njegovem sodelovanju pri zdravljenju. Sposobnost dobrega sporazumevanja ni le dodatek k medicinskemu znanju, ampak naredi zdravnikovo delo z bolniki kakovostnejše.

Zavedanje o pomembnosti sporazumevanja kot dinamičnega procesa izmeničnega dajanja in jemanja je botrovalo odločitvi urednice doc. dr. Davorine Petek o pripravi odličnega in nadvse potrebnega priročnika »Sporazumevanje v družinski medicini«. Priročnik je razdeljen na več poglavij. V uvodnem delu so avtorji pripravili pregled, ki vključuje osnove besednega in nebesednega sporazumevanja. Posebej zanimivo je poglavje o vodenju posveta, kjer je predstavljen eden najbolj uporabljanih modelov posveta, tj. Calgary-Cambridge model, ki podaja strukturo komunikacije, jo poveže s klinično obravnavo bolnika ter predstavlja logično zaporedje dogodkov v obravnavi bolnika. Uvodno poglavje je zaokroženo s predstavitvijo izjemno pomembnega sporazumevanja, to je sporazumevanje znotraj tima ter s kliničnimi specialisti, ki mora temeljiti na medsebojnem spoštovanju, zaupanju in sledi osnovnim načelom profesionalnega sporazumevanja med enakopravnimi partnerji. Temu poglavju sledi poglavje o sporazumevanju s posebnimi skupinam, kot so otroci, mladostniki, gluhi, ipd., vključen pa je tudi prispevek o sporazumevanju o spolnosti, ki zadeva občutljivo temo in zahteva posebne veščine.

V naslednjem poglavju avtorji predstavijo različne vidike sporazumevanja v posebnih okoliščinah. Tako nas bo prispevek o težavnem sporazumevanju pripravil na komunikacijo z agresivnimi, manipulativnimi, molčečimi ter klepetavimi bolniki, model ABCDE pa na sporočanje slabe novice, kar predstavlja znova in znova izziv za še tako izkušenega zdravnika družinske medicine. Zanimiva sta tudi prispevka o elektronskem sporazumevanju in sporazumevanju v obliki družinske konference. Priročnik urednica zaključi s poglavjem, ki govori o učenju in poučevanju sporazumevanja ter pomenu povratne informacije pri opazovanju posveta.

Priročnik, ki ga imamo pred seboj, celostno in pregledno predstavlja posamezna področja, ki zadevajo sporazumevanje in bo brez dvoma obogatil knjižnico slehernega zdravnika družinske medicine. Bodoči rodovi mentorjev, študentov in specializantov pa bodo v njem našli dragocene napotke ne le za vsakdanje delo, pač pa tudi za učenje in poučevanje komunikacijskih veščin.

prim. doc. dr. Ksenija Tušek Bunc, dr. med.

# Načela sporazumevanja

# Osnove sporazumevanja

Polona Selič

Teme:

- ~ Kaj je sporazumevanje
- ~ Dejavniki v komunikacijskem polju
- Medosebni odnos in čustva v medosebnem odnosu
- ~ Podporno komuniciranje in empatija

## 1 Sporazumevanje

Sporazumevanje presega izmenjavo sporočil, čeravno jo vključuje. Izmenjava poteka vseskozi na obe (ali vse) strani ( $\leftrightarrow$ ), onkraj linearne logike in dvodimenzionalnega prostora. Zajema besede in vedenje, čustva in razpoloženja, medsebojno povezanost in sovplivanje.

»Učinkovitost« sporočil je odvisna od tega, kdo, kaj in na kakšen način sporoča. Vsako sporočilo ima več možnih značilnosti:

- enostranost/večplastnost – v zavesti se bolj utrdi realistično, stvarno in vsestransko argumentirano sporočilo,
- učinek izzivanja strahu pri prejemnikih informacij – praviloma pride do manjše učinkovitosti sporočila, do izogibanja sporočilu ali do zmanjševanja njegove sporočilne vrednosti, če je preveč ogrožajoče,
- pozitivna/negativna vsebina sporočila – v določenih primerih so negativno oblikovana sporočila bolj učinkovita – kadar so namenjena neposredno spreminjanju mnenja o temi sporočila, ne pa tudi kadar so namenjena spreminjanju vedenja prejemnika sporočila.

Prejemnik sporočila vseskozi izbira informacije. Tudi sporočila, ki so vsebinsko in načinovno ustrezna, ga ne dosežejo neokrnjena in v celoti. Najpomembnejši selekcijski dejavniki so:

- težnja po ravnotežju – večinoma so ljudje pripravljene na soglasje z drugimi; praviloma bolj pozitivno ocenjujejo posameznike kot skupine,
- težnja po izogibanju napadom nase – če prejemnik ne pozna načina, kako se »obraniti« pred govorcem, sporočilu hitreje »podleže«, vendar je lahko ta učinek kratkotrajen,
- osebnostne značilnosti prejemnika – samospoštovanje, samovrednotenje - vsako sporočilo gre skozi sito prejemnikovega samospoštovanja in doživljanja lastne vrednosti; oboje je lahko pozitivno ali tudi ne (zato nekateri »prej« slišijo njim neugodne vsebine, medtem ko jih drugi nehote preslišijo).

Besede s svojim pomenom predstavljajo zgolj manjši del sporočila. Vsaj dve tretjini sporočila sta nebesedni. Dejavno poslušanje zahteva od poslušalca, da seže onkraj besed in se zaveda medsebojnega sovplivanja tona lastnega in sogovornikovega glasu, stika s pogledom, izrazov obraza, gest, govornice telesa, sporočilne vrednosti lastnega in sogovornikovega zunanega videza in – nenazadnje – vpliva okolja (prostora). Od prvotne osredotočenosti na vsebino sporočil se je koncept razširil na odnose in čustvovanje kot nujni del medosebnih odnosov.

## 2 Dejavniki v komunikacijskem polju

Sporazumevanje je interakcijski proces, iz katerega ni nihče izvzet oz. v katerega ni nihče vključen pasivno, kot konstanta – tudi sam vpliva na oblikovanje komunikacijskega polja. Komunikacijsko polje lahko opišemo kot prostor medsebojnega sovplovanja ali interakcije med zdravnikom in bolnikom, ki se razteza na besedni, vedenjski in empatični ravni. V tem prostoru delujejo dejavniki konteksta, oseb in medosebnega odnosa. Kontekst določajo čas, prostor in namen.

Dejavniki pri osebah v interakciji so:

- življenjska zgodovina – osebnostne lastnosti, življenjske izkušnje, veščine, spretnosti, znanje, vrednote in strategije spoprijemanja s stresom,
- trenutno stanje – bio-psiho-socialne determinante, (socialna) percepcija sebe in drugega/drugih (bolečine, tesnoba, zaskrbljenost, socialna podpora, izgorelost),
- odnos do prihodnosti – želje, cilji, duhovnost.

Komunikacijsko polje med zdravnikom in bolnikom je v učbenikih sporazumevanja za zdravnike običajno opisano s tremi skupinami dejavnikov:

### 1. Dejavniki pri bolniku:

- telesni znaki/težave,
- psihološki dejavniki, povezani z boleznijo in/ali zdravljenjem (tesnoba, depresivnost, jeza, zanikanje),
- pretekle izkušnje (z zdravnikom in/ali zdravljenjem),
- percepcija zdravnika in bolnikov koncept vloge zdravnika,
- prepričanja o bolezni in zdravju (odnos do lastnega zdravja),
- težava, o kateri se želi pogovarjati (samopredstavitve bolnika),
- pričakovanja, vezana na zdravnikovo ravnanje (temelječa na preteklih izkušnjah z zdravniki in s tem določenim zdravnikom).

### 2. Dejavniki pri zdravniku:

- veščine v medosebnih odnosih,
- samozaupanje,
- komunikacijske veščine,
- osebnostne značilnosti,
- telesno stanje in počutje (utrujenost),
- psihično stanje (tesnoba, izgorelost).

### 3. Situacija (ambulanta):

- zasebnost, nemotenost,
- potrebno udobje (oprema),
- razporeditev, položaj zdravnika in bolnika v prostoru.

## 3 Medosebni odnos

Zdravilna moč medicine je v veliki meri povezana z medosebnimi razsežnostmi odnosa med bolnikom in zdravnikom. Stališča, prepričanja in vrednote obeh vplivajo na ta odnos. Večina zdravnikov še vedno deluje po biomedicinskem modelu, medtem ko so bolnikova prepričanja in stališča prej povezana s sociokulturnim okvirom kot z biologijo in anatomijo. Zdravnik mora upoštevati funkcionalni, socialni in simbolni pomen bolezni za bolnika ter se zavedati pristranosti lastnega pogleda na bolezen in zdravljenje. Šele ubesedeno strinjanje ter dogovor med zdravnikom in bolnikom je tisti dejavnik, ki odločilno vpliva na potek in izid zdravljenja.

Koncept zdravljenja, ki temelji na odnosu med zdravnikom in bolnikom, izhaja iz predpostavk, da odnos med zdravnikom in bolnikom vključuje obe osebi v interakciji in da je recipročen ter čustveno obarvan. Vsi procesi, ki vplivajo na medosebne interakcije, delujejo tudi v odnosu med zdravnikom in bolnikom, ki ga zato ni moč opisovati samo s kognitivnimi procesi (zaznavanje, mišljenje, učenje, spomin). Čustva in razpoloženja v odnosu med zdravnikom in bolnikom se izražajo z besedami, še pogosteje pa z nebesednimi znaki.

Zdravnikov odnos do bolnika je povezan s tem, kako zdravnik doživlja in uresničuje svojo profesionalno vlogo, medtem ko bolnikovo dojemanje in ocenjevanje zdravnika v veliki meri izhaja iz odnosa med njima. V oblikovanju tega odnosa je moč izluščiti dve ključni gibalni: trajanje odnosa in izkušnost zdravnika. Znanje, zaupanje, pripadnost in spoštovanje delujejo kot interakcijske značilnosti: vseskozi vzajemno sovplovata bolnikovo mnenje o zdravniku in bolnikovo zaznavanje zdravnikovega mnenja.

Bolniki lažje in hitreje oblikujejo odnos z zdravnikom, ki izpolnjuje njihova pričakovanja in potrebe, na kar pa najbolj vplivajo zdravnikove veščine komuniciranja: bolniki pričakujejo, da je zdravnik zainteresiran, dobro posluša, razumljivo razloži, se je pripravljen pogovarjati in jih vključuje v odločanje o zdravljenju. »Človeški« pristop vključuje temeljitost, skrb in tudi rabo humorja. Asimetrija vlog zdravnik – bolnik ima za posledico različno zaznavanje in zahteva jasnost meja, ki pa jih skušajo nekateri bolniki prestopiti. Odgovornost in vloga zdravnika je, da sprejema bolnikov komunikacijski stil in spodbuja bolnikovo prosto izpoved, kar je tesno povezano s časom. Bolniki bolj cenijo zdravnika, ki si vzame čas in jih pazljivo posluša, njihovo zadovoljstvo je povezano z odsotnostjo časovne stiske.

## 4 Čustva

Na odnosu temelječe zdravljenje »uporablja« znanje in doživljanje. Znanje prispevata zdravnik in bolnik, vsak iz svoje vloge, doživljanje (čustva in razpoloženja) pa izražata v interakciji s komunikacijo. Čustvena razsežnost odnosa med zdravnikom in bolnikom je posebej povezana z nebesednimi sporočili in s komunikacijskimi veščinami, ki določajo, kako oseba obvladuje sebe in medosebne odnose (npr. samozavedanje).

Poznavanje svojih čustev oz. samozavedanje lahko opišemo kot čustveno zavest, ocenjevanje sebe in zaupanje vase. Gre za prepoznavanje svojih čustev in njihovega učinkovanja, poznavanje lastnih zmogljivosti in omejitev ter čut za lastne vrednote in sposobnosti. Obvladovanje čustev oz. samoobvladovanje lastnega doživljanja, vzgibov in virov predstavljajo samonadzor, odkritost, vestnost, prilagodljivost na spremembe, njihovo obvladovanje in odprtost.

Ljudje lahko dokaj zanesljivo prepoznamo čustva drugih na podlagi presenetljivo majhne količine vedenjskih znakov, ki jih je moč opredeliti kot neke vrste vedenjske namige o čustvenem stanju druge osebe. Ti lahko trajajo manj kot sekundo ali pa tudi več minut. Ženske praviloma boljše razbirajo in uporabljajo vedenjske namige. Zmožnost razbiranja nebesednih sporočil je povezana tudi z zmožnostjo prilagajanja (tako z osebnim kot s prilagajanjem v medosebnih odnosih).

## 5 Empatija in podporno komuniciranje

Odnos zdravnika do bolnika je v praksi pogosto instrumentalen in ne vključuje podporne odnosnosti. Podporno komuniciranje temelji na konceptu socialne podpore in izhaja iz namere nudenja pomoči. Socialno podporo zagotavljajo in oblikujejo medosebne

interakcije. Bistvo socialne podpore sta prejemnikova percepcija in ocena, da je sprejet, ljubljen in (za druge) pomemben. Socialna podpora je pomemben psihosocialni dejavnik, ki vpliva na zdravje oz. zmanjšuje verjetnost bolezni, velikost vpliva pa določajo še drugi dejavniki, zlasti tisti lastni posamezniku. Spol vpliva na odnos med stresom, socialno podporo in obremenitvijo (počutjem), saj ženske in moški različno zaznavajo in tolmačijo socialno podporo. Socialna podpora v splošnem blaži vpliv stresnih dogodkov na bio-psiho-socialno blagostanje, kaže pa, da je bolj upravičena opredelitev socialne podpore kot osebnostne značilnosti in ne kot prednosti socialnega okolja. Podporne interakcije vključujejo čustveno, odnosno, informacijsko in materialno podporo ter krepitev zaupanja.

Zdravnikovo nečustveno komuniciranje lahko zavre bolnikove kognitivne odzive in povzroči negotovost. Zdravnik običajno deluje iz racionalne predelave socialne realnosti, bolnik pa pretežno iz emotivno-afektivne ravni, kar je še zlasti opazno pri bolečinah, trpljenju in negotovosti. Bolečina, čustva in razpoloženja so odnosne razsežnosti interakcije med zdravnikom in bolnikom, ki terjajo zdravnikovo empatično držo.

Empatija je racionalno in čustveno dogajanje, eden ključnih dejavnikov v podpornem komuniciranju, zmožnost postavljanja v položaj drugega in vživljanja vanj. Odnos (občutenje) simpatije ni pogoj za doživljanje empatije. Empatija ima kognitivno dimenzijo (zmožnost menjave perspektive), čustveno (vživljanje v čustvovanje drugega) in etično dimenzijo (dobronamernost, skrb za blagostanje drugega). Prava empatija je mogoča le ob upoštevanju medosebne različnosti, ob zavestni nameri, da oseba poskuša odkriti to različnost pri drugem. Instrumentalizacija odnosa med zdravnikom in bolnikom ter medikalizacija bolnikove situacije ne zmanjšata bolnikove tesnobe in ne okrepiata zdravnikove avtoritete, čeprav sta temu namenjeni. Če zdravnik ohranja potrebno profesionalno distanco z avtoritarno držo, z uporabo strokovnih izrazov in neosebne govora, z zatekanjem v klinično rutino in ritualno obnašanje, z uporabo tehničnih pripomočkov, z izgovori o prezaposlenosti in s cinizmom, s tem daje sliko nedostopnosti in izključuje čustva.

Ovira v odnosnem komuniciranju med zdravnikom in bolnikom je časovni pritisk, ki lahko spodbudi bolnika v podredljivo in prestrašeno vedenje ter sprejemanje instrumentalne vloge objekta. Komunikacijske odtujitve so posledica uporabe komunikacijskih tehnik brez sočasnega osebnega angažmaja in pristnosti (empatije) v odnosu med zdravnikom in bolnikom, kar se kaže kot obrambno komuniciranje z rabo cinizma, resignacije, zaigrane skromnosti in/ali šaljivosti. Bolnik se na takšen komunikacijski stil odzove s pričakovanim (zaželenim) vedenjem, skladnim s konceptom vloge »ustrežljivega« bolnika.

## Literatura

1. Lloyd M, Bor R. Communication Skills for Medicine (3rd ed.). New York: Churchill, Livingstone, 2009: 9-27.
2. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pract. 2009; 59: 116-33.
3. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. J Gen Intern Med. 2006; 21 Suppl 1: S28-34.
4. Selič P. Družinska medicina na stičišču kultur - učenje večšin sporazumevanja. V: Kersnik J, ed. Družinska medicina na stičišču kultur. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004: 13-25.
5. Selič P. Socialna podpora in psihosocialni vidik zdravja v lokalni skupnosti. Družinska medicina 2006; 4 Suppl 4: 114-25.



6. Selič P. Novi odročnik: nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares, 2007.
7. Selič P. Načela sporazumevanja v družinski medicini. V: Švab I. (ur.), Rotar-Pavlič D. (ur.). Družinska medicina : učbenik. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 157-74.

# Nebesedno sporazumevanje

Polona Selič

Teme:

- Značilnosti nebesednega sporazumevanja
- Sporočilnost nebesednih znakov
- Nebesedna sporočila v odnosu med zdravnikom družinske medicine in bolnikom

## 1 Značilnosti nebesednega sporazumevanja

Nebesedno sporazumevanje je vsak način sporazumevanja, ki ne vključuje besed ali simbolov, ki besede nadomeščajo. V socialnih interakcijah je raba nebesednega sporazumevanja pretežno nezavedna. Pri nebesednem sporazumevanju uporabljamo signale ali vodila. To so parajezik (barva in ton glasu, hitrost in tekočnost govornice), stik s pogledom, izrazi obraza, drža, kretnje, dotik, medosebne razdalje in obleka. Nebesednim sporočilom nezavedno bolj verjamemo kot samim besedam. Če je med besednim in nebesednim delom sporočila neskladje ali celo nasprotje, verjamemo nebesednemu. Prepoznavanje nebesednih delov sporočila zahteva pozorno opazovanje. Poklici, v katerih so pomembni tudi medosebni odnosi, terjajo od izvajalcev vsaj minimalno raven opazovanja in poslušanja.

Pisava je stara nekaj tisočletij, govor nekaj deset tisočletij, nebesedno sporazumevanje pa toliko kot človeški rod. Nebesedne izraze je mnogo težje zavestno nadzorovati kot izbiri besed. Zavedanje in ubesedovanje nebesednega terjata vaje in samonadzor. Ujemanje besednega z nebesednim in vsebine z odnosom imenujemo skladnost komuniciranja. Skladnost omogoča bolj nedvoumno sporazumevanje z manj popačenji. Pomen nebesednih sporočil določajo trajne in trenutne značilnosti ter stanja osebe, medosebni odnos med dvema ali več osebami, namen, čas, prostor in socialne vloge tistih, ki sooblikujejo komunikacijsko polje.

V vzpostavljanju in vzdrževanju medosebnega odnosa delujejo tri temeljne značilnosti nebesednega sporazumevanja:

- Najpogosteje gre za komuniciranje med osebami, ki so navzoče druga ob drugi. Takšno komuniciranje je mogoče le ob neposrednem (medosebnem) stiku, ki omogoča takojšnje odzivanje na sogovornikova dejanja oz. vzajemno (so)vplivanje.
- Pomena oz. komunikacijske vrednosti vedenja, ki ga pojmuje kot obliko nebesednega sporazumevanja in temeljno komponento komunikacije na splošno, ni mogoče nadomestiti z drugimi (pretežno besednimi) komunikacijskimi sredstvi.
- Nebesedno sporazumevanje vključuje predvsem zavedna in nezavedna sporočila, ki jih ni mogoče eksplicitno formulirati, ampak jih implicirajo dejanja/vedenje osebe. Zato sporočila razbiramo iz vedenja oz. vedenjskih znakov in načina govorjenja.

V nasprotju z besednim sporočanjem in sporazumevanjem, ki je najpogosteje namenjeno izmenjavi različnih informacij, nebesedna plat pove več o odnosu (med osebami), o njihovih čustvih, stališčih, namelih. Telesna govorica »preglasi« besede, ker je izvorno

starejša, bolj podprta s čustvi, zajema širše pomene, presega jezikovne meje, učinkuje takoj in deluje neprekinjeno.

Kinezika je veda o govorici telesa, ki podrobno opisuje in razlaga značilnosti vedenjskih odzivov, refleksno ali hoteno gibanje kateregakoli dela telesa ali celega telesa. Govorica telesa zajema proksemiko (položaj, drža, hoja in gibanje po prostoru), gestiko (kretnje rok, nog, glave) in mimiko (izrazi obraza in oči) ter obsega vsaj 700.000 »izrazov«.

Dnevno človek »odda« več sto nebesednih sporočil in se običajno odzove na še mnogo večje število. Ocene o deležu nebesednih sporočil pri vsakdanjem sporazumevanju so različne – delež nebesednih znakov je po mnenju nekaterih nad 90%, prevladujoča ocena pa se ustavi pri okoli 75%. Zagotovo drži, da sta vsaj dve tretjini sporazumevanja nebesednega. Tradicionalni dejavniki kot so dednost, okolje in lastna aktivnost določajo tudi individualne posebnosti in medosebne razlike. Zato je kakršenkoli univerzalen ključ za dekodiranje telesnih znakov nemogoč.

## **2 Pomen nebesednih sporočil za delovanje zdravnika družinske**

### **medicine**

Nebesedno sporazumevanje vpliva na bolnikovo percepcijo in vrednotenje stikov z zdravnikom. Izrazi čustev v interakciji med zdravnikom in bolnikom so pretežno nebesedni, bolniki so najbolj pozorni na parajezikovne znake (barva in ton glasu, hitrost in tekočnost govornice), stik s pogledom in izraz obraza.

Zdravniki in osebje v zdravstveni negi najbolj učinkovito izražajo čustva s tonom in z barvo glasu. Prijeten ton glasu vpliva na zadovoljstvo bolnikov. Zdravnikova zmožnost kodiranja in dekodiranja nebesednih sporočil vpliva na oceno bolnikov, da je zdravnik bolj skrben in občutljiv. Zdravniki, ki so bolj veščji nebesedne komunikacije in so hkrati tudi boljši poslušalci, lažje in bolj zanesljivo razbirajo znake distresa in zbeganosti pri bolnikih ter delujejo bolj pomirjujoče in iskreno. Stik s pogledom si bolniki razložijo kot znak pozornega poslušanja in zavzetosti zdravnika, medtem ko izraz obraza, zlasti nasmeh (zdravnika), pomenita bolniku zavzetost in naklonjenost.

Bolniki zaznajo tudi geste, držo telesa, obleko in urejenost prostora, kar vse lahko dojamejo kot (ne)ugodno. Čeprav manj izobraženi praviloma opazijo manj nebesednih znakov, to ne pomeni, da nanje nebesedna sporočila ne vplivajo, ampak so manj vajeni ubesedenja lastnih opažanj in občutij.

Raziskave odnosa med zdravnikovim nebesednim vedenjem in zadovoljstvom bolnikov so pokazale, da je zadovoljstvo povezano s tistimi nebesednimi znaki, ki jih bolniki ocenijo kot izraz zanimanja pri zdravniku – več in daljše trajanje stika s pogledom, naprej nagnjena telesna drža (proti bolniku), več prikimavanja in gestikulacije, manj dotikanja (bolniki ocenjujejo dotikanje kot znak dominantnosti in nadzorovanja) ter manjša medosebna razdalja, ob morebitnem mediacijskem vplivu spola zdravnika in/ali bolnika, ki še ni dokazan.

## **3 Kaj sporočajo nebesedna sporočila?**

Ob stiku z bolnikom bo zdravnik, ki dobro razbira nebesedna sporočila, pozoren na bolnikova usta, ki najhitreje izdajo, kaj bolnik misli in čuti. Če so bolnikova usta stisnjena tesno v ravno črto, je to najpogosteje znak jeze, frustriranosti, žalosti, nestrinjanja ali zmedenosti. Tesno stisnjena usta je lahko razlikovati od našobljenih. Bolnik bo usta našobil

v znak očitnega nestrinjanja zaradi nerazumevanja, nejevere, užaljenosti, nejevolje ali premišljevanja o tem, kar je povedal zdravnik.

Usta prestrašenega bolnika bodo odprta, čeljust pa bo drhtela. Podrhtevanje čeljusti je lahko tudi posledica presenečenja ali nenadnega navdušenja. Če se bo bolnikova spodnja čeljust povescila in bo odprla usta, bo s tem izrazil osuplost. Bolnikova našobljena usta bo zdravnik prepoznal kot znak kljubovanja, trme, izzivanja ali zmedenosti. Kujava, mulasta usta pri bolniku bodo imela izbočeno spodnjo ustnico. Bolnik bo na ta način izrazil distress, stisko, gorje, nadlogo, nesrečo, prizadetost, obup in žalost.

S kujavimi usti, ki dajejo videz »otročnosti« in posledično nedolžnosti, potrebe po zaščiti, lahko skuša bolnik pri zdravniku, ki ima moč in/ali možnosti, nekaj doseči ali dobiti (korist, uslugo, privilegij). Zdravnik bo upošteval, da imajo kujava usta več možnih sporočil, saj lahko izražajo sram, zaljubljenost ali »slab dan« (nezadovoljstvo, frustriranost, jezo). Da bi lahko prepoznal, v kakšnem čustvenem stanju je bolnik, mora zdravnik pravilno razumeti in prevesti vsa nebesedna sporočila.

Bolnik bo posebej občutljiv na jezikovne spodrsaljaje in spremembe ritma zdravnikovega govorjenja. Če bo zdravnik govoril (pre)počasi, bo bolnik verjetno pomislil, da ni prepričan o tem, kar govori, medtem ko bo iz zdravnikovega (pre)hitrega govorjenja lahko razbral tesnobo in vznemirjenost.

Za zdravnika je pomembno, da ve in upošteva, da omogočajo parajezikovni znaki dobro razlikovanje med čustvi, kot so ljubezen, veselje, občudovanje, gnus in strah. Veliko bolnikov lahko verodostojno prepozna čustveno stanje zdravnika samo na podlagi načina govora.

Način, kako zdravnik in bolnik vzpostavita stik s pogledom, odraža simpatijo ali antipatijo – če je zdravnik bolniku simpatičen, bodo njegove očesne mišice mnogo bolj sproščene, zato oči ne bodo široko odprte. Bolnik bo izražal čustva tudi s pogostostjo mežikanja ali položajem obrvi, saj stik s pogledom spremljajo tudi druga sporočila, ki pomagajo zdravniku razbrati, kaj izraža bolnik.

Sovražnost bo bolnik zelo verjetno izražal s srepim strmenjem v zdravnika, z nekoliko izbuljenimi očmi in z nagubanimi obrvmi. Čeljust bo napeta. Vabeče gledanje bi imelo drugačno podobo: bolnikov obraz bi bil odprt, smehljal kot znak dobronamernosti, prijaznosti ali naklonjenosti bi se vsaj občasno pojavil. Obrvi bi bile dvignjene.

Močnejše bolnikovo mežikanje si bo zdravnik razložil kot posledico stresa, tesnobe ali zavajanja. Huda jeza deluje kot dodatni izvor stresa (v osebi sami) in pomembno poveča stresno doživljanje, pri nekaterih tudi tesnoba, kar bo zdravnik upošteval.

Če bo zdravnik opazil, da bolnik strmi v prazno, bo upošteval, da ga ne poslušava več.

Večina bolnikov bo širjenje in/ali oženje zenic prepoznala kot zdravnikovo zanimanje, nezanimanje ali nejevoljo. Zdravnikov pogled v oči, vzpostavljanje neposrednega stika s pogledom bodo bolniki razumeli kot zdravnikovo samozavest, odkritost in trdnost, zdravnikov pogled mimo pa kot negotovost, zamišljenost, osredotočenost ali ošabnost.

Bolnikovo umikanje pogleda bo zdravniku pomenilo strah, neodkritost ali celo slabo vest, kratek stik (s pogledom), nato pa umik pogleda bo zdravnik razbral kot zanimanje ali tehtanje. Zdravnik bo upošteval, da bolnikov pogled navzdol ni nujno znak ponižnosti, ampak je lahko tudi posledica nezanimanja.

Čeprav ne obstaja zanesljiv vedenjski znak ali kombinacija znakov neiskrenosti, bolnik zdravnikovo iskrenost ocenjuje na podlagi vseh opaženih vedenjskih in parajezikovnih znakov. Če zdravnik doživlja neugodna čustva, to spremljajo tudi opazne spremembe videza, povezane z napetostjo, s strahom ali z negotovostjo.

Bolnik bo zelo verjetno povezoval zdravnikovo iskrenost z bolj živimi in izčrpnimi opisi in razlagami ter večjo (nebesedno) izraznostjo, saj mimika in način govora podkrepljujeta vsebino. Če bodo zdravnikove razlage ali odgovori skromnejši in manj nazorni, mimika in način govora pa nenaravna ali bo deloval zdravnik povsem brezizrazno (zlasti na obrazu), morebitni dialekt pa nadomestil z izborno izreko, mu bolnik zelo verjetno ne bo verjel oz. ga bo ocenil kot neiskrenega.

## Literatura

1. Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R. Nonverbal behaviour in clinician–patient interaction. *Appl Prev Psychol* 1995; 4: 21–37.
2. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2010; 60: 83-7.
3. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med* 2006; 21 Suppl 1: S28-34.
4. Selič P. Novi odročnik: nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares; 2007.

# Vodenje posveta v družinski medicini

Davorina Petek

Teme

- Elementi v komunikaciji
- Komunikacijski model posveta Calgary Cambridge

## 1 Uvod

Sodobne značilnosti vodenja posveta v skladu s kompetencami družinske medicine temeljijo na vključevanju bolnika v posvet. Bolnik je postavljen v središče oskrbe, njegova vloga pa je mnogo aktivnejša kot v preteklosti. Za lažje razumevanje strukture posveta je potrebno poznavanje nekaterih pojmov, na katerih temelji komuniciranje med posvetom.

### 1.1 Pozorno (aktivno) poslušanje

Pozorno poslušanje predstavlja v celotnem poteku posveta zelo pomembno večščino. Pomaga k odkrivanju pravega vzroka posveta, ugotavljanju prikritih informacij, ki bi jih bolnik navedel šele kasneje, ko se mu vzpostavi zaupanje v zdravnika in njegovo dobronamernost in preprečuje odpiranje novih, nepričakovanih tem proti koncu posveta. Sestavljeno je iz naslednjih elementov:

#### Olajševalci pogovora

- Kratke spodbujevalne besede potrdijo, da bolnika poslušamo in ga spodbudijo k nadaljevanju pripovedi (»Kaj res?« »A tako?« »Kar nadaljujte, mhm, razumem«.).
- Tišina omogoča bolniku, da zbere misli in jih izrazi. Pomembno je, da zdravnik ob tišini oddaja ustrezne nebesedne znake pazljivega poslušanja. Če tišino prekine zdravnik, naj to stori s stavkom, ki bolnika spodbudi k izrazu misli (npr. »Ali mi lahko poveste, kaj razmišljate?«).
- Ponavljanje zadnjih nekaj besed.
- Parafraziranje je obnovitev bolnikovega dela pripovedi z lastnimi besedami, je preverjanje, če smo pravilno razumeli bolnikovo zgodbo.

#### Pojasnjevalna vprašanja (vprašanja zaprtega tipa)

#### Nebesedni znaki pozornega poslušanja

Opisani so v samostojnem poglavju o nebesednem sporazumevanju. Za pozorno poslušanje so pomembni predvsem stik z očmi, položaj telesa, izraz obraza.

#### Ugotavljanje namigov

Bolnik lahko s kratkimi besednimi ali nebesednimi sporočili le namigne na nekaj, kar bi želel povedati in od nas je odvisno, če bomo ta namig zaznali in nanj ustrezno reagirali, npr.: »Ker je moje življenje kar napeto«... Potrebno je preveriti, kaj nam je bolnik v resnici želel povedati.

### 1.2 Povzetek

Nakoncu vsakega dela posveta, predvsem pa na koncu pridobivanja informacij in na koncu razlage ter načrta nadaljnje obravnave, je potrebno povzeti vse, kar je bilo povedano in

dogovorjeno (npr. na koncu pridobivanja informacij: »Vaše težave so torej ..., začele so se ... in do sedaj ste...«. S tem bomo postavili trdne temelje za nadaljevanje posveta, saj se bolnik in zdravnik strinjata in razumeta glede vzrokov prihoda. Na koncu posveta bomo povzeli dogovor: »Dogovorila sva se torej, da boste najprej..., ob tem boste poskusili še...«, itd. Ko bolnik pritrdi povedanemu, je dogovor o nadaljnjem ravnanju sklenjen in morebitni nesporazumi zaradi slabega sporazumevanja zmanjšani na najmanjšo možno mero.

### 1.3 Odprta vprašanja

Morajo biti obvezno prisotna v začetnem delu pregleda, kjer pridobivamo informacije o samem poteku in značilnostih težav in o bolnikovih željah, pričakovanjih in skrbih. Nujna so za razumevanje konteksta bolnika. Na odprto vprašanje se bolnik lahko razgovori in širše predstavi problem, opiše svoje počutje, zdravstvene težave in svoj pogled nanje.

### 1.4 Zaprta vprašanja

So imenovana tudi pojasnjevalna oziroma usmerjena. Namenjena so dodatnim informacijam, ki jih zdravnik potrebuje, velikokrat izvirajo iz medicinskega znanja in predstavljajo nujni nabor vprašanj v postavljanju diferencialne diagnoze (npr. pri glavobolu: »kaj olajša bolečino, kakšna je bolečina, če premaknete glavo, če pogledate navzdol, ali ste kdaj imeli poškodbo vratne hrbtenice«, ipd.) Odgovori na njih so kratki. Z njimi ne smemo začeti prehitro, saj zaprta vprašanja posvet usmerjajo v določeno smer.

## 2 Calgary-Cambridge model

Eden najbolj uporabljan model sodobne strukture posveta je Calgary-Cambridge model, ki podaja strukturo sporazumevanja, jo poveže s klinično obravnavo bolnika in predstavlja logično zaporedje dogodkov v obravnavi bolnika.

Ker sporazumevanje poteka med (vsaj) dvema osebama, se ne moremo togo držati priporočene strukture. Vendar pa nam organizirana struktura posveta v mislih pomaga, da smo bolj učinkoviti in da smiselno nadaljujemo, ne da bi pozabili na kakšen pomemben element (npr. bolnikovo perspektivo), od katerega so odvisni naslednji deli posveta (npr. razlaga, načrtovanje). Ne glede na to, da se pri posvetu držimo priporočene strukture in uporabljamo naučene veščine, da pridemo do nekega cilja, pa vsaka oseba v procesu sporazumevanja obdrži tudi individualnost in lastni slog.

### 2.1 Sestavni deli posveta po modelu Calgary-Cambridge

1. Uvodni del
  - priprava na posvet,
  - sprejem bolnika.
2. Ugotavljanje razlogov za posvet
  - zbiranje informacij (razkrivanje problemov),
  - biomedicinska perspektiva,
  - bolnikova perspektiva,
  - ozadje – kontekst.
3. Telesni pregled
4. Razlaga in načrtovanje
  - zagotavljanje zadostnih in ustreznih informacij,
  - pomoč pri ustreznem priklicu podanih informacij in razumevanje le teh,

- doseganje skupnega razumevanja z vključitvijo bolnikovih stališč.
5. Načrtovanje in skupno odločanje
  6. Zaključek obravnave

V poteku posveta skozi celotno obravnavo bolnika

1. vzpostavljamo strukturo posveta in
2. vzpostavljamo medsebojni odnos z bolnikom.

## 2.2 Uvodni del – začetek posveta

Namen tega dela posveta je ugotoviti vzrok prihoda, pridobiti prvi vtis o bolniku in zaznati razpoloženje bolnika, vzpostaviti odnos, v katerem bolnika podpiramo in okolje, v katerem se bolnik čuti dobrodošel in spoštovan. V tem delu načrtamo nadaljnji posvet.

Bolniku omogočimo, da predstavi vse svoje probleme in ga ne prekinemo prehitro. S tem namreč tvegamo, da v tem posvetu ne bomo obravnavali teme, ki je za bolnika najpomembnejša in ki ga je privedla do nas.

### Priprava in sprejem bolnika

- Z vsebino predhodnega posveta se je dobro seznaniti že pred prihodom bolnika.
- Sprejem bolnika temelji na pravilih lepega obnašanja: pozdrav, stisk roke vsaj pri prvem srečanju, pogled v oči, povabilo na stol, nasmeh (ustrezno neverbalno sporazumevanje).
- Novemu bolniku se predstavimo in razložimo svojo vlogo.
- Dovolimo, da se predstavi tudi bolnik.
- S pomočjo besednih in nebesednih znakov pokažemo spoštovanje do bolnika in zanimanje zanj.
- Zagotovimo osnovno telesno ugodje bolnika s primerno temperaturo in osvetlitvijo prostora (npr. svetloba naj ne pada bolniku v oči), zasebnost (zaprta vrata!).

### Ugotavljanje razlogov za posvet

- Uvodno vprašanje naj bo odprto in naj omogoči predstavitev vseh težav. Vsak zdravnik ima svoj nabor uvodnih stavkov, npr.: »O čem ste se danes želeli posvetovati?« Zaradi česa ste se oglasili? »Kaj lahko storim za vas?«
- Zdravnik povabi bolnika, da predstavi/našteje VSE težave, zaradi katerih se je želel posvetovati. To nam bo pomagalo pri vzpostavljanju strukture posveta, o kateri bo govora kasneje.
- Ključno je, da ga ne ustavimo po prvi težavi in ne usmerimo celotne nadaljnje obravnave nanjo.
- Če bolnik prihaja na kontrolo, ne domnevajmo, da je to glavni razlog prihoda, saj je lahko vzrok prihoda tudi povsem drug.

## 2.3 Zbiranje informacij

### Razkrivanje problemov in razumevanje bolnikove perspektive

V tem delu posveta pridobivamo natančne informacije o bolnikovih problemih z biomedicinskega in bolnikovega stališča ter dodatne informacije o okoliščinah. Klinično



»šolsko« veščino pridobivanja anamneze dopolnimo z bolnikovim doživljanjem bolezni, ki ga predstavljajo njegovi občutki, skrbi, stališča, pričakovanja in vpliv bolezni na njegovo življenje. Skratka, osnovni klinični podatki se sočasno dopolnjujejo z bolnikovo edinstveno izkušnjo s to boleznijo/težavami.

Tak pristop pri zbiranju informacij pomembno vpliva na kasnejši potek posveta, razlago in načrtovanje. Ugotavljanje bolnikovega doživljanja in pričakovanj ne pomeni, da bo obravnava takšna, kot jo pričakuje bolnik, z določenimi preiskavami ali zdravljenjem. Če je zdravnikovo strokovno stališče drugačno kot bolnikovo pričakovanje, se o njem z bolnikom pogovori in poskuša doseči konsenz na podlagi tega, da razume bolnikov položaj (kontekst).

### **Katere informacije moramo zbrati v tem delu posveta?**

1. Biomedicinski podatki o bolezni
  - razvoj težav,
  - opis simptomov,
  - anamneza po relevantnih organskih sistemih.
2. Dodatne medicinske informacije
  - osebna anamneza,
  - zdravila, alergije,
  - družinska anamneza,
  - socialna, delovna anamneza,
  - anamneza po organskih sistemih.
3. Bolnikova perspektiva
  - prepričanja, stališča o zdravju nasploh, o bolezni, kaj vpliva nanjo, kaj jo povzroča,
  - skrbi, kaj lahko simptomi pomenijo,
  - pričakovanja od zdravnika, od posveta, od zdravljenja,
  - vpliv na življenje, ki jo ima bolezen ali težave,
  - čustva, ki jih težave vzbujajo.

Na začetku postavljamo odprta vprašanja. Najpogostejša napaka je, da prehitro preidemo na zaprta vprašanja. Z odgovori na odprta vprašanja bolniki spontano predstavijo probleme, dobimo boljši vpogled v čustveno stanje in z večjo verjetnostjo pridobimo informacije o občutljivih temah.

Zaprta vprašanja so namenjena postavljanju in preverjanju diagnostične hipoteze. Ob prehitrem prehodu na zaprta vprašanja lahko postavimo napačno hipotezo, zgrešimo bolnikovo perspektivo in zmanjšamo njegovo sodelovanje v posvetu. Zaprta vprašanja pa so potrebna v nadaljevanju posveta za razjasnitev bolnikove pripovedi oziroma težav.

V tem delu posveta je pomembno zaznavanje nebesednih sporočil in besednih namigov saj bolnik ponavlja oziroma se vrača k problemu, ki ga poskuša predstaviti, če njegovih sporočil nismo zaznali.

V pridobivanju informacij je torej potek pogovora usmerjen od splošnih, odprtih vprašanj z spodbujanjem bolnikove pripovedi do bolj zaprtih in na koncu do povsem zaprtih vprašanj, s katerimi preverjamo klinična dejstva in nam pomagajo pri delovni diagnozi. Obravnavamo tako biomedicinski del kot bolnikovo perspektivo. Pomembni so mehanizmi, s katerimi preverjamo razumevanje in povzetek povedanega, s katerim ustvarimo strukturo

pridobljenih podatkov. Povzetek informacij, kot jih je predstavil bolnik, naredi zdravnik, tako kot jih je razumel in v jasnem jeziku. Z njim da priložnost bolniku za dodatna pojasnila. Bolnika utrdi v prepričanju, da ga zdravnik posluša in se zanima zanj. Povzetek lahko naredi na koncu pridobivanja informacij ali večkrat vmes.

## 2.4 Ustvarjanje strukture v posvetu

Struktura je pomembna za to, da dosežemo vse cilje posveta v časovnem okviru, ki ga imamo. Če prihaja bolnik zaradi številnih težav, izberemo tiste, ki so strokovno pomembne, pomembne za bolnika in omogočajo časovni okvir, ki je na voljo. Ostale preložimo na naslednji posvet.

Pomembni komunikacijski pristopi so naslednji:

- ugotavljanje problemov,
- preverjanje,
- označevalci razgovora,
- izdelava urnika.

Kadar vodimo posvet s pomočjo tehnik pazljivega poslušanja in odprtih vprašanj, nam bolnik običajno poda informacije v obliki med seboj prepletenih problemov. Strukturo lahko naredimo tako, da združimo informacije v nekaj skupin problemov. Informacije uredimo v logično zaporedje, ugotovimo, kaj je še potrebno vprašati in usmerimo nadaljevanje posveta. Bolnik pa lahko preko našega povzetka sklepa, da smo njegovo pripoved razumeli.

Priporočljiva je tudi uporaba označevalcev razgovora. To so stavki, s katerimi napovemo, kaj bomo povedali. Primer: »Rada bi preverila, če sem vas pravilno razumela....« (napoved povzetka). »Najprej bi rada izvedela nekaj dodatnih informacij o vašem glavobolu, nato pa še o težavah v službi« (napoved strukture razgovora). Označevalce vstavimo tudi, kadar preidemo od odprtih na zaprta vprašanja, na vprašanja, ki kažejo bolnikov kontekst ali kadar preidemo v novo fazo posveta (npr. na zbiranje informacij ali na razlago in svetovanje). Posvet vodimo po smiselnih delih dogovorjene vsebine in skrbimo za časovno sprejemljivost posveta.

## 2.5 Vzpostavljanje odnosa z bolnikom

V celotnem času posveta gradimo odnos z bolnikom. Bolnik išče ne le strokovni medicinski nasvet, ampak tudi razumevanje, podporo. Z dobrim odnosom vzpostavimo zaupanje bolnika in spodbudno okolje, v katerem bolnik lahko sporoči vse svoje težave, o katerih se je namenil posvetovati.

V posvetu se oba udeleženca odzivata z značilnostmi nebesednega sporazumevanja. Pomembna lastnost tega je, da se nikoli ne konča – besede utihnejo, nebesedna komunikacija pa se nadaljuje tudi v tišini, je manj izpostavljena zavestni kontroli in bolj odraža resnične občutke. Za zdravnika je pomembno, da razbere nebesedna sporočila bolnika, saj bolnik pogosto ne zmore svojih občutkov izraziti z besedami, ampak jih izrazi le nebesedno.

Ob koncu pridobivanja informacij mora imeti bolnik občutek sprejetosti. Obnavljamo ga spoštljivo, brez obojanja in mu priznamo njegova stališča in poglede, ne glede na to, če se z njimi strinjamo ali ne.

V odnosu med bolnikom in zdravnikom je eden ključnih elementov empatija. Je dvostopenjski proces - obsega razumevanje in senzibilno sprejemanje čustev in občutkov drugih ter sporočilo, ki ga pošljemo bolniku, da ga razumemo in podpiramo.

## 2.6 Razlaga in načrtovanje

Razlaga in načrtovanje obsegata pojasnitev diferencialne diagnoze bolezni oziroma težav, zdravnik predstavi možnosti zdravljenja in načrt uskladi z bolnikovimi željami.

Pogosto zdravniki bolnikom podajo manj informacij, kot si jih le ti želijo. Delno je to povezano z dejstvom, da gre za komuniciranje med dvema strankama, kjer je ena večji strokovnjak na področju in zato odloča, koliko informacij je primernih za drugo stran, da bo le ta lahko sprejela informirane odločitve o nadaljnjem zdravljenju. Zdravniki radi sprejemamo odločitve v imenu bolnikov in jim povemo le to, kar se nam zdi pomembno, npr. le nekatere neželene učinke zdravlil, z mislijo, da jih bo celotni nabor neželenih učinkov odvrnil od rednega jemanja, ali da jih bomo s sporočilom slabe novice preplašili in poslabšali njihovo sodelovanje pri zdravljenju. Tako enostransko informiranje zadržuje moč v rokah zdravnika, ki deluje kot strokovna avtoriteta zaščitniško do bolnika, ki naj zaupa v njegovo dobronamernost in strokovnost.

### Zagotavljanje razumevanja in zapomnjenja informacij

Nekaj načinov podajanja informacij lahko izboljša bolnikovo razumevanje razlage.

- Informacije organiziramo v manjše dele z logičnim zaporedjem. Omogočimo sprotno preverjanje razumevanja in preverjamo potrebo bolnikov po razlagi.
- Jezik naj bo natančen, jasen, stavki kratki, izogibajmo se medicinskemu žargonu.
- Za ponazoritev lahko uporabimo vizualne pripomočke, npr. slikovni material, enostavne diagrame, modele.
- Bolniku lahko izročimo pisna navodila, ki morajo biti prilagojena njegovemu razumevanju pisnega teksta.
- Informacije organiziramo z označevanjem in kategorizacijo.
- Opazujemo bolnikova besedna in nebesedna sporočila glede naših informacij.

### Doseganje skupnega razumevanja z vključitvijo bolnikovih stališč

Doseganje skupnega razumevanja je potrebno zato, ker na njegovi podlagi z bolnikom sklepamo dogovor o nadaljnjih ukrepih. Za poenotenje razumevanja obeh udeležencev posveta je potrebnih nekaj komunikacijskih veščin.

- Pri pojasnjevanju izhajamo iz bolnikovega predhodnega znanja. To nam pomaga pri odločitvi, na katerem nivoju bomo podali informacije bolniku. Ni pametno, da zaradi bolnikove izobrazbe predpostavljamo predhodno znanje in sposobnost razumevanja ter dojetja.
- Bolnik si bolje zapomni pomembne informacije, če jih zdravnik povzame in ponovi. Še bolje je, če bolnik povzame to, kar je slišal in kar sta se dogovorila. Pri tem je treba paziti, da ne zvenimo pokroviteljski.
- Našo razlago prilagodimo in jo povežemo z bolnikovimi pogledi na njegove težave glede na predhodne informacije, pridobljene v začetku posveta.
- Omogočimo bolniku da sprašuje, želi pojasnila, izrazi dvom.

- Preverjamo razumevanje pri bolniku in ga večkrat povabimo, če ima kakšno dodatno vprašanje ali želi še kakšna dodatna pojasnila.

Bolnikovo razumevanje povedanega je slabše v nekaterih okoliščinah, npr. ko je tema pogovora sporočanje slabe novice oziroma nasploh, če je bolnik prestrašen in zaskrbljen. Samo pomnjenje informacij ne zadostuje za bolnikovo sodelovanje, razlago mora razumeti in sprejeti v svoje predstave in okvire o bolezni.

### Skupno odločanje

Pri načrtovanju zdravstvene oskrbe običajno obstaja več možnosti. Za skupno odločanje je pomembno:

- da bolniku omogočimo sodelovanje pri izbiri in soodločanje v takši meri, kot si želi,
- da bolnika sprašujemo o njegovih idejah, predlogih in se pogajamo o najboljši možnosti, ki se zdi sprejemljiva za oba - ob upoštevanju strokovne plati in bolnikovih okoliščin,
- da preverimo, če se bolnik z načrtom strinja in če še ima kakšne pomisleke.

### Logična razlaga in načrtovanje ukrepov

Bolniku moramo razložiti, kaj se dogaja in vprašati, kakšni so vzroki za njegove težave in možni izhodi. Razlago lahko povežemo z bolnikovimi idejami in predstavami. Vsekakor ni dobro izpustiti možnih vzrokov težav, diferencialnih diagnoz in prognoze in se osredotočiti samo na zdravljenje. V tem primeru nismo prepričljivi, saj bolnik ne razume logike dogajanja.

Pri načrtovanju ukrepov se pogajamo:

- Pogovorimo se o vseh možnostih zdravljenja, npr. odprto čakanje, operacija, radikalno obsevanje, zdravlila.
- Razložimo vsak način zdravljenja – prednosti, pomanjkljivosti.
- Ugotovimo bolnikove poglede, prioritete, ovire in motiviranost v zvezi s tem.
- Upošteevamo bolnikovo kulturno ozadje, življenjski slog, prepričanja, zmožnosti.
- Spodbujamo aktivno vlogo bolnika in njegovo odgovornost za svoje zdravje.

## 2.7 Zaključek posveta

V zaključnem delu posveta imamo naslednje cilje:

- Potrditi dogovorjen načrt zdravljenja.
- Pojasnimo naslednje ukrepe.
- Delamo na izboljšanju sodelovanja bolnika pri zdravljenju.
- Bolnika poučimo, kako naj ravna, če se pojavijo zapleti in kdaj oziroma kako naj poišče pomoč. To so varnostni ukrepi, ki zmanjšajo verjetnost, da bo bolnik zaradi neobveščenosti v primeru poslabšanja zdravja nepravilno ravnal.
- Na koncu naredimo še zadnji povzetek posveta in načrta, še zadnjič preverimo skupni dogovor in vprašamo, če je še kaj ostalo nejasno.

Če bolnik v končnem delu posveta predstavi nov problem, je to za zdravnika precej frustrirajoče, a je posledica predhodnih napak v komuniciranju, predvsem v prvem delu posveta. Na koncu se največkrat razkrijejo teme, ki so za bolnika vsaj nekoliko neprijetne, običajno s področja duševnega zdravja ali psihosocialnih problemov. Sicer pa je v

zaključku posveta povzetek zelo pomemben, ker podkrepi sodelovanje bolnika in dogovor s katerim sta se oba strinjala.

### 3 Zaključek

Dobro sporazumevanje je nujno potreben temelj za vse postopke v obravnavi bolnika in je dokazano povezano z zadovoljstvom bolnika, njegovim sodelovanjem pri zdravljenju in z izidom zdravljenja. Profesionalnost sodobnega zdravnika ne predpostavlja le učinkovitega in dobrega kliničnega znanja, ampak tudi temeljne komunikacijske sposobnosti. Osnovne komunikacijske veščine, ki so predstavljene v tem poglavju, so podlaga za obvladovanje komunikacijsko težjih situacij, kot sta npr. sporočanje slabe novice ali sporazumevanje z jeznim bolnikom. Vendar lahko zdravnik naučene komunikacijske veščine v celoti uporabi le, če je tudi njegovo lastno stališče do pomena sporazumevanja pozitivno.

### Literatura

1. The disease illness model (1984). Dosegljivo 20.5. 2016 na [http://www.gp-training.net/training/communication\\_skills/consultation/disease-illness.htm](http://www.gp-training.net/training/communication_skills/consultation/disease-illness.htm).
2. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 2nd edition. Radcliffe Publishing Ltd. 2005.
3. Petek D. Vodenje posveta v ambulantni družinske medicine. V: Švab I, Rotar-Pavlič D. (Ur). Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2012: 175-89.

# Sporazumevanje v timu in s kliničnimi specialisti

Marija Petek Šter

Teme

- Vloge v timu
- Kaj je potrebno za uspešno delo/dobro sporazumevanje v timu
- Kaj je potrebno za sporazumevanje s kliničnimi specialisti

## 1 Uvod

Zdravnik družinske medicine predstavlja vratarja pri vstopu v zdravstveni sistem in je koordinator oskrbe, predvsem, ko gre za bolnika s številnimi kroničnimi boleznimi ali bolnika v paliativni obravnavi.

Timski pristop je na primarnem nivoju zdravstvenega varstva dokazano učinkovit, saj izboljša izide zdravljenja, zmanjša stroške, prispeva k zadovoljstvu bolnikov, zagotavlja kontinuiteto obravnave, poveča zadovoljstvo zaposlenih in prispeva k boljši izrabi človeških virov. Poleg strokovnjakov s področja zdravstva se v oskrbo bolnika vključujejo tudi strokovnjaki s področja socialnega varstva, pogosto v obliki pomoči in nege starostnika na domu. Nikakor pa ne smemo pozabiti na bolnikovo družino, ki je pri oskrbi predvsem kroničnega bolnika zelo pomembna. Včasih se v oskrbo vključujejo tudi drugi (npr. sosedje, neformalni pomočniki na domu). Nezdravstveno osebje pomaga skrbeti za socialne potrebe bolnika, pod strokovnim nadzorom pa se lahko vsaj deloma vključuje tudi pri enostavnejših medicinskih negovalnih posegih, npr. oskrbi bolnikove rane.

## 2 Vloge v timu

Na primarnem nivoju zdravstvenega varstva ožji tim ob bolniku sestavljata osebni zdravnik in diplomirana medicinska sestra (referenčna sestra oz. patronažna medicinska sestra, če gre za bolnika, pri katerem je potrebna nega na domu). V zdravstveni tim se po potrebi vključujejo še drugi zdravstveni strokovnjaki (npr. klinični specialisti, fizioterapevti).

### 2.1 Osebni zdravnik

Je pogosto vodja tima in koordinator celostne oskrbe bolnika, čeprav lahko vlogo vodje tima prevzame katerikoli član tima v odvisnosti od bolnikovega vodilnega problema. Osebni zdravnik bolnika praviloma dobro pozna in je sčasoma z bolnikom vzpostavil dolgotrajen odnos, kar mu daje dobro osnovo za vodenje timske obravnave bolnika.

### 2.2 Bolnik (bolnikovi svojci)

Opolnomočen bolnik in njegovi svojci so lahko v veliko pomoč pri timski obravnavi bolnika, saj bolnik, ki je seznanjen s svojo boleznijo in razume pomen ukrepov, ki jih priporočamo, veliko lažje in bolje sodeluje v zdravljenju.

### 2.3 Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti/patronažna medicinska sestra

Patronažne medicinske sestre so praviloma dobro usposobljene za oskrbo kroničnih bolnikov na terenu po navodilu zdravnika, ki so mu o svojih ugotovitvah tudi dolžne

poročati. Podoben dvosmeren način komuniciranja se vzpostavi tudi med referenčno sestro in osebnim zdravnikom. Referenčna sestra vodi kronične bolnike v skladu s protokolom in o izsledkih obvešča in se posvetuje z osebnim zdravnikom.

## 2.4 Farmacevt

Pri zdravljenju koničnih boleznih se srečujemo s problemi interakcij med zdravili, ki zahtevajo skrben pregled predpisanih zdravil, kjer lahko pomembno vlogo v timu odigra klinični farmacevt. Pri vsakodnevem delu pa zdravnik družinske medicine v tim najpogosteje vključuje lekarniškega farmacevta, ki sodeluje kot član tima za povečanje varnosti zdravljenja in izboljšanja adherence.

## 2.5 Klinični specialisti

Vsaj občasno je potrebno v timsko obravnavo vključiti specialiste različnih strok. Klinični specialist je praviloma v vlogi konzultanta osebnemu zdravniku. Dobra dokumentacija, ki je na razpolago kliničnemu specialistu in postavitev usmerjenega kliničnega vprašanja, pomagata k izbiri zdravljenja, ki je za bolnika optimalno.

## 2.6 Ostali strokovnjaki, ki so občasno del tima

Glede na naravo bolezni oz. problema se v tim vključujejo tudi drugi strokovnjaki s področja zdravstva, socialnega varstva ali drugi služb. Vključimo jih, ko gre za potrebo po rešitvi specifičnega problema (npr. rehabilitacija po zlomu kolka, ki zahteva vključitev fizioterapevta ter socialnega delavca, ki pomaga pri ureditvi začasnih namestitve v dom starejših občanov).

## 3 Kaj je potrebno za uspešno delo/sporazumevanje v timu?

Uspešno delo v timu mora slediti naslednjih zahtevam:

- Skupni cilji, katerih doseganje je mogoče ovrednotiti.
- Učinkovito vodenje in sporazumevanje.
- Poslušanje in spoštovanje prispevka članov tima ter sposobnost podajanja povratne informacije.
- Podpora odločitvam skupine.
- Zaupanje, spoštovanje in prošnja za pomoč, če in ko je potrebno.

Za uspešno delo v timu je potrebno privzeti določena stališča in zadostiti pogojem, kot je prikazano v tabeli 1.

Neprimerno komuniciranje je poleg nejasnih vlog v timu ter pomanjkanja koordinacije dela v timu glavni razlog za težave v timu.

Tabela 1. Pogoji, potrebni za uspešno delo v timu

Značilnosti posameznika	Odnos do drugih	Dodatni pogoji, potrebni za uspešno delo v timu
Neodvisnost	Razumevanje nalog v timu	Jasen namen
Samozavest	Spoštovanje večšin in kompetenc članov tima	Primeren nivo sporazumevanja in kulture
Samozavedanje	Zaupanje v tim	Specifične naloge
Profesionalizem	Sprejemanje različnih vrednot	Jasne vloge v timu
Zaupljivost	Sprejemljivost za ideje članov tima	Primerno vodenje tima
Predanost		Ustrezni člani tima
Prilagodljivost		Zadostni viri

#### 4 Vzroki za težave pri sporazumevanju v timu

Pri komuniciranju v timu se moramo zavedati dejstva, da med člani tima lahko obstajajo različni pogledi na rešitev problema, razlike v percepciji vloge posameznih članov tima in različne želje po komuniciranju z ostalimi člani tima. Razlogi za težave pri sporazumevanju v timu so naslednji:

- Nerazumevanje lastne vloge v timu.
- Nerazumevanje pomena tima in dinamike komuniciranja v timu.
- Nerazumevanje vloge in odgovornosti posameznih članov tima.
- Nezaostne spodbuda članov tima k aktivni vlogi v timu.
- Pomanjkanje večšin v obvladovanju nesoglasij ter emocionalnih reakcij.
- Pomanjkljiva uporaba »skupnega jezika« in upoštevanja zaupnosti.
- Problemi v spoštovanju in zaupanju med člani, spoštovanju članov tima drugih strok ter spoštovanju časa članov tima.

Na primer, če so v tim vključeni bolnikovi svojci, ti včasih želijo vplivati na odločitev bolnika, medtem ko bolniki načeloma želijo ohraniti avtonomijo, s svojci delijo le določene informacije in želijo ohraniti nadzor nad odločanjem.

Pri sodelovanju med zdravniki in farmacevti pa je razlog za težavo v komuniciranju lahko posledica razlik v razumevanju vloge osebnega zdravnika in farmacevta v timu, kar lahko vodi v nesoglasja zaradi narobe razumljenih odgovornosti posameznih članov tima.

#### 5 Kaj je potrebno za sporazumevanje s kliničnimi specialisti?

Komuniciranje s kolegi kliničnimi specialisti mora temeljiti na medsebojnem spoštovanju in zaupanju med dvema enakopravnima sogovornikoma in mora slediti osnovnim načelom profesionalnega komuniciranja, kar pomeni:

- kolega je potrebno poslušati,
- izpostaviti je potrebno, da je v ospredju dobrobit »najinega bolnika«,
- poznavanje in zaupanje v profesionalne kompetence in odgovornost.



Podrejen odnos v sporazumevanju s kliničnimi specialisti in dopuščanje avtoritativne vloge kliničnega specialista v komuniciranju z zdravnikom družinske medicine ruši timsko obravnavo bolnika in lahko predstavlja frustracijo za zdravnika družinske medicine.

V sodelovanju s kliničnimi specialisti se je potrebno zavedati osnovne razlika med »v bolezni usmerjenimi kliničnimi specialisti«, ki sledijo biomedicinskemu konceptu obravnave in »v bolnika usmerjenimi zdravniki družinske medicine«, ki svojega bolnika obravnavajo po načelih bio-psiho-socialne obravnave.

## 6 Zaključek

Dobro komuniciranje znotraj tima prinaša številne prednosti tako za bolnika kot za člane tima in sistem sam. Timsko delo mora potekati v skladu z osnovnimi načeli, ki veljajo za delo v timu, temeljiti mora na enakopravnosti članov tima in njihovih vlog, ki so jasno opredeljene in usmerjene k vnaprej določenemu cilju.

## Literatura

1. Metcalf L, Kinnersley P, Frost P, Thomson A, Usher S. Working in teams. Year five Workshop. Tutor Book 2011/12. Cardiff University School of Medicine.
2. Jaruseviciene L, Liseckiene I, Valius L, Kontrimiene A, Jarusevicius G, Lapao LV. Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract* 2013; 14:118. Dosegljivo na <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/118>
3. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nursing Studies* 2008; 45: 140-53.
4. Al Sayah F, Szafran O, Robertson S, Bell NR, Williams B. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamworking in the Canadian care setting. *J Clin Nursing* 2014; 23: 2968-79.
5. Crotty BH, Walker J, Dierks M, Lipsitz L, O'Brien J, Fischer S et al. Information sharing preferences of older patients and their families. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1492-7.
6. Weiland A, Blankenstein AH, Willems MHA, Van Saase JLCM, Van Daele PLA, Van der Molen H et al. Training specialist to write appropriate reply letter to general practitioner about patient with medically unexplained physical symptoms: A cluster-randomised trial. *Patient Educ Couns.* 2015; 98: 1229-35.
7. Lindquist S. Interprofessional Communication and Its Challenges. In Brown J, Noble LM, Papageorgiou A, Kidd J (editors). *Clinical Communication in Medicine*. John Wiley & Sons Ltd. West Sussex, UK, 2016: p 159-p167.

# Sporazumevanje s posebnimi skupinami

# Sporazumevanje z otroki

Barbara Jemec Zalar, Maja Drobnič Radobuljac

Teme

- ~ Opredelitev značilnosti otrok in sporazumevanja z otroki
- ~ Posebnosti sporazumevanja z otroki
- ~ ~~AA~~ Neprimerno sporazumevanje

## 1 Opredelitev otrok in sporazumevanja z otroki

V tem poglavju se bova posvetili predvsem sporazumevanju z otroki, od dojenčkov pa do tistih, ki hodijo v osnovno šolo. Mladostnikom je namenjeno posebno poglavje.

Otroci v ambulanti družinske medicine predstavljajo posebno skupino bolnikov, ki zahteva drugačen pristop, kot smo ga vajeni pri odraslih. Pri obravnavi otrok predstavljajo pomemben dejavnik pri sporazumevanju in doseganju soglasja njihovi starši oz. skrbniki, ki jih moramo aktivno vključevati v zdravljenje njihovega otroka. Glede na 35. člen Zakona o pacientovih pravicah otrok do 15. leta starosti ni sposoben privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo. V tem primeru o vseh medicinskih postopkih odločajo starši oz. skrbniki. Izjema so nujna stanja s potrebo po nujnem zdravljenju, kjer bi neizvedba zdravljenja utegnila imeti hujše posledice za zdravje otroka. O tem govori 20. člen Kodeksa medicinske deontologije Slovenije, ki zdravnika zavezuje, da ne pristane na odtegnitev nujnega zdravljenja ali na odpust mladoletnega bolnika ali bolnika pod skrbništvom, čeprav to zahtevajo starši ali skrbnik, kadar bi bilo po njegovi presoji z odpustom huje ogroženo bolnikovo zdravje ali zdravje drugih.

## 2 Posebnosti sporazumevanja z otroki

Sporazumevanje z otrokom je odvisno od njegove starosti in zrelosti, od tega koliko razumejo, koliko lahko sodelujejo pri odločanju. Otroci so odkritosrčni, nekateri radi govorijo in povedo prav vse. Vedeti pa moramo, da njihove zgodbe, predvsem v smislu časovnega sosledja, še posebej, kadar si za pridobivanje informacij ne moremo vzeti veliko časa, ne držijo vedno. Nekateri pa pod vplivom drugih dogodkov in informacij včasih zamenjajo, kaj je res in kaj ne. Navezani so na svoje starše, ob katerih se čutijo varni, zato jih, če ni nujno potrebno, ne jemljimo iz njihovega naročja in imejmo tudi s starši prijazen odnos, ker otroci to čutijo. Radi pa tudi ugajajo v pogovoru, tako da je mogoče, da bomo ob zaprtih vprašanjih vedno dobili odgovor da.

Kaj je pomembno za dobro sporazumevanje:

- Pomembno je dobro, prijetno vzdušje.
- Na začetku se predstavimo in pogovor prilagodimo starosti otroka.
- Vzpostavimo odnos tako z otrokom kot s starši/skrbniki, vprašamo tudi po kulturnem okolju in posebnih navadah.
- Opazujemo otroka, kako se počuti.
- Staršem in otroku vedno razložimo, kaj bomo delali.
- Smo potrpežljivi in prijazni.
- Otroka postavimo v središče.
- Pokažemo, da je njihovo mnenje pomembno.
- Upoštevamo in komuniciramo s starši in otroki.

## 2.1 Sporazumevanje z dojenčki

- Z dojenčkom vzpostavimo očesni kontakt, mu sicer govorimo, pozorni smo na mimiko, torej predvsem na nebesedno komuniciranje.
- Bistvo sporazumevanja in predaje informacij pa je v odnosu zdravnik - starši oz. skrbniki.
- Dojenčki zaznavajo čustva svojih staršev oz. skrbnikov, tako da so ob zaskrbljenosti staršev tudi sami vznemirjeni, lahko jokavi.
- Staršem skušamo dajati informacije, ko je otrok miren ali ga varuje drugi od staršev ali medicinska sestra. Ob razburjenem otroku si bo zaskrbljena mama zmogla manj zapomniti.

## 2.2 Sporazumevanje z malčki in predšolskimi otroki

- Pri malčkih se lahko že nekoliko bolj sporazumevamo z besedami, vendar sta v ospredju še vedno predvsem nebesedno komuniciranje in pogovor s starši, pri predšolskih otrocih pa čedalje bolj pridobiva pomen besedno komuniciranje.
- Malček ali predšolski otrok lahko zaradi občutka varnosti sedita v naročju staršev. Tako lahko opravimo večino pregleda.
- Pazimo na očesni stik tako z otrokom kot s starši.
- Pomembno je opazovanje neverbalnega sporazumevanja, spreminjanje mimike na obrazu ob pregledu npr. trebuha. Tudi prizadetost otroka lažje spoznamo po tem, ali je ves čas miren (lahko znak hude prizadetosti), ali je ves čas nemiren, jokav, kakšen je njegov izraz na obrazu – ali se nam smeji ali se kremži, nabira solze.
- Izražamo se jasno, z enostavnimi besedami.
- Ne postavljamo sugestibilnih vprašanj, raje sprašujemo z odprtimi vprašanji.
- Posvet mora biti kratek. Majhni otroci hitro izgubijo zanimanje za določene stvari. Če posvet poteka predolgo, so manj pripravljeni sodelovati in je lahko pregled otežen (otroka zamotimo z igračo, risanjem).

## 2.3 Sporazumevanje s šolskimi otroki

- Pri šolskih otrocih pa je prav, da tudi njim pustimo, da povedo, zaradi kakšne težave prihajajo, kaj se je zgodilo, hkrati pa to dopolnimo s pripovedjo staršev o okoliščinah dogodka, časovnem zaporedju, prejšnjih boleznih in podobno.
- Pri starejših šolarjih spodbujamo in pohvalimo njihovo samostojnost.

## 3 Sporazumevanje s starši oz. skrbniki

Sporazumevanje s starši oz. skrbniki je zelo pomembno, saj otroci dobijo najboljšo oskrbo le v primeru, da starši dobro sodelujejo pri zdravljenju. V kolikor so odklonilni do zdravljenja uradne medicine, bodo pomoč iskali povsod, tudi pri različnih zdravilcih. Pomembno je torej, da si pri starših pridobimo zaupanje. Navajam nekaj posebnih primerov, kjer so dobre komunikacijske veščine lahko ključne.

### 3.1 Odziv na odpor pri bolniku oziroma skrbnikih

Naša razlaga pri bolniku in njegovih starših oz. skrbnikih izzove določene misli, čustva, ki jih je včasih težko prepoznati. Lahko gre za olajšanje, nestrinjanje, jezo, sprijaznjenje,...

Vse kar vidimo, je bolnikovo vedenje. Če imamo pred seboj bolnika oziroma starša, ki je poln jeze ali strahu, naše razlage sploh ne bo poslušal. Bolnikov odpor se največkrat opazi v spremenjenem nebesednem komuniciranju: očesni kontakt, obrazna mimika, drža telesa.

Prepričevanje večinoma ne bo prineslo želenih rezultatov. Izzove lahko samo še dodaten odpor. Bolje se je odzvati na način, da bolnika vprašamo za razlog nestrinjanja in mu pustimo, da s svojimi besedami razloži nestrinjanje. Ravno tako ni primerno, da se obračamo na otroka, da se bo otrok lažje strinjal. Posebno majhni otroci razberejo nebesedno komuniciranje staršev in se odzovejo kot odmev staršev. Pri otrocih, neredko pa tudi pri mladostnikih, je strinjanje staršev ključno za sodelovanje pri zdravljenju, zato bomo najprej morali razumeti strahove in dileme pri straših, jim predlagano morda večkrat razložiti (tako učinke in neželene učinke zdravljenja kot tudi možne posledice nezdravljenja), dovoliti, da si o tem več tudi sami preberejo in pogosto počakati, da starši idejo o zdravljenju sprejmejo. Tako je primerno v primeru nestrinjanja, potrebe po bolj obsežni razlagi, bolnika s starši oz. skrbniki naročiti na kontrolo v kratkem času in jim ponuditi, da si zapišejo svoja vprašanja, o katerih bi se radi pogovorili.

Šele potem bo otrok (ali mladostnik) predlagano zdravljenje lahko pričel sprejemati brez strahu, da bo delal v nasprotju z željami staršev.

V primeru nestrinjanja, potrebe po bolj obsežnejši razlagi, je primerno bolnika s starši oz. skrbniki naročiti na kontrolo v kratkem času in jim ponuditi, da si zapišejo svoja vprašanja, o katerih bi se radi pogovorili.

### **3.2 Obravnava in sporazumevanje z otrokom v odsotnosti staršev**

Pogosto se zgodi, da otrok pride na pregled v spremstvu starih staršev, drugih sorodnikov, prijateljevih staršev ali vzgojiteljev iz vrtca oziroma učiteljev iz šole. Naloga vzgojiteljev oz. učiteljev je, da v primeru nenadnega obolenja ali poškodbe nudijo otroku nujno prvo pomoč in obvestijo starše oz. skrbnike. Če staršev ne uspejo priklicati in je potrebna nujna medicinska pomoč, lahko otroka odpeljejo k zdravniku. Od tod naprej pa glede otroka odloča zdravnik.

Zdravnik mora najprej oceniti, ali je potrebna nujna medicinska pomoč, kar lahko stori brez privolitve staršev oz. skrbnikov. Če ta ni potrebna, je o zdravstvenem stanju otroka dolžan obvestiti starše in od njih pridobiti dovoljenje glede morebitne diagnostike in zdravljenja. Pri tem mora paziti, da zaupnih informacij o zdravstvenem stanju otroka ne posreduje nepooblaščenim osebam (npr. starim staršem, učitelju, ...).

### **3.3 Sporazumevanje v primeru ločenih staršev ali nestrinjanja med starši**

Glede na 35. člen Zakona o pacientovih pravicah se morata starša glede privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo odločati sporazumno. To velja za operativne posege oziroma tiste posege, ki so povezani z večjo stopnjo tveganja. Za ostale medicinske posege lahko da privolitev tisti od staršev, ki je takrat, ko se privolitev daje, prisoten. Ločena starša imata lahko pravno gledano različno pravico glede odločanja o otroku, kar je odvisno od sklepa sodišča. Zdravnik družinske medicine naj se čimprej pozanima, kateri od staršev je pravno upravičen do dajanja privolitve in naj to tudi zabeleži v otrokov zdravstveni karton.

V primeru, da je zdravnik priča nestrinjanju obeh staršev glede zdravstvenih postopkov, ki jih bo deležen otrok, mora stopiti v bran otroku in delovati prvenstveno v njegovo korist.

Otrok ima tudi pravico, da se, kadar o njegovi zdravstveni oskrbi odločajo druge osebe, kolikor je najbolj mogoče, upošteva njegovo mnenje.

## 4 Primeri neprimerne sporazumevanja

Navajam primere, ki otežujejo dobro komuniciranje:

- Pomanjkanje časa: otroci in njihovi starši lahko dobijo občutek, da se zdravniku preveč mudi. Z obravnavo so potem pogosto nezadovoljni. Ena od rešitev je več krajših posvetov in zmanjševanje števila bolnikov, opredeljenih na enega zdravnika.
- Zdravnikov jezik je neprimeren. Jezikovno bariero predstavlja predvsem medicinski žargon. Jezik naj bo preprost, brez nepotrebnih tehničnih izrazov.
- Telefonski pogovori ali samo zvonjenje med posvetom so zelo moteči. Zdravnik naj se razen v nujnih primerih izogne telefonskim klicem med posvetom, bolniki in starši pa naj imajo utišan ali ugasnjen telefon. To je primerno napisati tudi v čakalnici.
- Zdravnik je aroganten ali neprijazen. Če se zdravnik počuti v nadrejenem položaju in bolniki oziroma starši v podrejenem, se verjetno ne bodo držali navodil. Zdravnik z omenjenim vedenjem pri bolnikih doseže le odpor. Veliko bolje je pristopiti razumevajoče, povprašati o strahovih, čustvih, ki se jim porajajo in jih skupno reševati.
- Zdravnik ne upošteva kulturnega ozadja bolnika in staršev. Z navodili, ki se ne ujemajo s prepričanjem v družini, zdravnik ne bo dosegel svojega namena, ampak samo odpor. Npr. če gre za stroge vegetarijance, razlaga o koristnosti mesa verjetno ne bo dosegla svojega namena. Bolje je znotraj njihovega okvira najti najboljšo rešitev, primerne nadomestke. Seveda pa je za to potrebno tudi večje znanje in sposobnost dobrega komuniciranja pri izbranem zdravniku.

## 5 Zaključek

Pri komuniciranju z otroki je bistveno, da vedno sodelujemo tako z otrokom kot njegovimi starši oz. skrbniki. Z otroki se v osnovi sporazumevamo podobno kot z odraslimi, vendar moramo biti pri tem še bolj rahločutni, usmerjeni tako v otroka kot v starše. Potrebno je razvijati primeren odnos med zdravnikom in starši, da je potem lahko omogočeno skupno reševanje težav. Le na tak način lahko najbolj koristimo otrokom, ki so nam zaupani v oskrbo.

## Literatura

1. Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J. Etične in pravne dileme pri obravnavi otrok in mladostnikov. V: Govc-Eržen J, (ur). Otroci in mladostniki. Poglavlja iz družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2010: 7-11.
2. van Dalen J, van den Eertwegh V. Communication in the initial paediatric consultation. Paediatr Respir Rev. 2013;14(4):209-12.
3. Shendurnikar N, Thakkar PA. Communication skills to ensure patient satisfaction. Indian J Pediatr. 2013;80(11):938-43.

# Sporazumevanje z mladostniki

Barbara Jemec Zalar, Maja Drobnič Radobuljac

Teme

- Značilnosti mladostnikov
- Posebnosti sporazumevanja
- Neprimerno sporazumevanje

## 1 Značilnosti mladostnikov

Mladostnik ni več otrok, vendar po drugi strani še ni popolnoma odrasel. Mladostništvo je predvsem zaradi neskladja med hitrostjo razvoja različnih predelov centralnega živčevja (možgani mielinizirajo od dorzalnih proti frontalnim predelom) obdobje impulzivnih nepremišljenih reakcij, saj nadzorni mehanizmi še niso tako dobro razviti kot področja možganov, ki so odgovorna za hiter, avtomatski, čustveni odziv. Zato to obdobje poznamo kot obdobje burnih čustev, čas konfliktov ob osamosvajanju od zanj pomembnih odraslih in truda, da bi mladostnika skupina vrstnikov sprejela medse. Je tudi čas dvomov v podobo lastnega telesa in v lastne sposobnosti, ki jih preizkušajo pogosto tudi preko meja dovoljenega, zato se v tem obdobju najpogosteje pojavljajo različna tvegana vedenja. Ob iskanju identitete radi posnemajo starejše od njih, ki so popularni (idoli). Mladostniki se hitro odločajo, svoje potrebe bi radi čimprej zadovoljili. Sami sebe imajo v določenem trenutku za nezmožljive, takoj za tem pa si ne zaupajo v nobeni odločitvi. Od odraslih pričakujejo, da jih bodo sprejemali kot sebi enakovredne, hkrati pa jih potolažili, razumeli in jim nudili varno zatočišče, ko bodo to potrebovali. Mladostniki imajo lahko zelo veliko energije, interesov in so zelo iznajdljivi. Pogosto nas s svojim znanjem in informiranostjo presenetijo, zato pa lahko spregledamo, da jim ob tem manjka življenjskih izkušenj in razgledanosti, da bi te informacije umestili v kontekst in jih ustrezno vrednotili.

Zaradi vseh teh razvojnih značilnosti mladostnikov je tudi komuniciranje med njimi in njihovim zdravnikom občutljivo in zahteva zdravnikovo predanost delu z mladostniki, njegovo pripravljenost, da jih sprejme, posluša in želi pomagati mladostniku, ki je njegov bolnik.

## 2 Posebnosti sporazumevanja med zdravnikom in mladostnikom

### 2.1 Subtilno sporazumevanje

- Zdravnikovo sporočanje naj bo jasno, direktno, enostavno in razumljivo.
- Besedni in nebesedni del sporočanja naj bosta medsebojno usklajena (zdravnik naj verjame v tisto, kar mu predlaga).
- Dotikanje telesa je primerno samo v dogovoru z mladostnikom (»če se strinjaš, bom sedaj naredil to in to; pregledati te moram, ker bom s tem izvedel to in to).
- Komuniciranje naj bo tenkočutno. Kljub banalnemu problemu mladostnika vedno poslušajmo do konca (če je prišel, zanj ta problem ni banalen).
- Upoštevajmo mladostnika kot osebnost.
- Upoštevajmo njegova stališča, motiviranost in sposobnost za izpeljavo spremembe (ko bo pripravljen, jo bo speljal, če še ni, moramo to razumeti - razen, če se s tem resno ogroža).

- Krepimo mladostnikovo samopodobo v zvezi z zdravjem in občutek sposobnosti za spremembe (pohvalimo, kar je že dosegel).
- Za komuniciranje potrebujemo veliko časa, potrpljenja in vživljanja. Čas, ki ga bomo v odnos vložili na začetku, nam bo prihranil čas pri vseh naslednjih obravnavah, vlil mladostniku zaupanje v nas in mu dal možnost, da se na svojega zdravnika obrne, ko bo v stiski.

## 2.2 Partnerski odnos

- Stopnja partnerstva je odvisna od zrelosti mladostnika.
- Včasih je potreben avtoritativen odnos (postavljanje meja), vendar z veliko mero vživljanja v mladostnika (»Razumem, da tega ne želiš, vendar je to edini način, da boš res bolje. Informacije, ki si jih delil z menoj, te ogrožajo do te stopnje, da jih moram zaupati tvojim staršem ali obvestiti katero od organizacij, ki te lahko zavarujejo...«).
- Pomembno je graditi na zaupanju (Vnaprej povemo, katere informacije smo dolžni deliti z drugimi in katere so zaupne in ostanejo v odnosu zdravnik-pacient: nasilje, ogrožanje sebe ali drugih).
- Mladostnika glede na njegove sposobnosti vpletamo v soodločanje o zdravljenju (vedno soodloča o svojem zdravljenju, če ni razlogov, zaradi katerih bi mu odvzeli opravilno sposobnost; pred 15. letom so v te odločitve vključeni tudi starši, po 15. letu pa samo ob dovoljenju mladostnika).
- Vedno obsodimo neprimerno vedenje, dejanje, ne pa mladostnika kot osebnost.

## 2.3 Pogovor s starši ali brez njih, socialna mreža mladostnika

- Za mladostnika je zelo pomembno, da čuti pripadnost skupini, v kateri je mladostnik pomemben, slišan in viden.
- Mladostnika navajamo, da v socialni mreži sam ureja zadeve glede zdravja in bolezni. Tako krepimo njegov občutek sposobnosti. Izjemoma mora zdravnik nastopiti kot zastopnik mladostnikovih interesov oziroma mediator, če so npr. starši preveč ambiciozni ali športni trener želi, da mladostnik trenira kljub poškodbam ali bolezni. Primer: V ambulanto prihaja 15 letno dekle s svojo mamo in želi samo potrdilo, da se vpiše na športno gimnazijo, v katerem je razvidno, da je dekle zdravo. Dekle trenira ples. Zdravnik ob pregledu zdravstvene kartoteke ugotovi, da je bila pogledana pri ortopedu, ki jo je poslal na magnetno resonanco, ki je razkrila številne degenerativne spremembe, v enem predelu tudi rahlo utesnjen živec v predelu ledvene hrbtenice. Svetoval je fizioterapijo in izogibanje gibom, ki bi lahko pripeljali do poslabšanja stanja. Ko zdravnik to opazi, je njegova naloga, da nastopi preventivno, se pogovori s starši in dekletom, lahko sicer napiše potrdilo, a z omejitvami. Smiselno bi bilo tudi povprašati specialista ortopeda o možnostih ukvarjanja s profesionalnim plesom.
- Mladostniku, starejšemu od 15 let, vedno ponudimo, da na pogovor najprej pride sam, načeloma vprašamo, če želi, da ga spremljajo starši. Sledimo njegovim željam in ponudimo, da starši pridejo zraven ob zaključku pregleda, če mladostnik dovoli, da jim razložimo ugotovitve in predlagamo zdravljenje. Na ta način že v začetku pokažemo, da mladostnika sprejemamo kot bolj zrelo osebo in naredimo



podlago za dober odnos. Večina mladostnikov želi, da so starši ob njih, kadar pa sprejmejo ponudbo, da so v začetku sami, pa nam dajo možnost za pogovor o temah, ki jih pred starši zagotovo ne bi odpirali (tvegana vedenja, spolnost, zlorabe, nasilje). Kadar ocenimo, da nam mladostnik sam ne bi dal objektivnih informacij (konflikti s starši, vedenjske težave), takrat povabimo tudi starše same. Obstaja večna dilema, ali mladostnika obravnavati samega ali v obravnavo vključiti starše. Potrebno je spodbujanje mladostnikov, da o svojih težavah govorijo sami s svojimi besedami, ne da sedemnajstletnik sključeno sedi na stolu, zraven pa mama na dolgo in široko razlaga, kakšne težave ima njen »otrok«.

- V primeru, da imamo pred seboj dominantnega starša, ki vse pove namesto mladostnika, ali da gre za občutljivo temo, je na mestu, da starša pošljemo iz ambulante. To seveda naredimo na subtilen način. Razložimo, da je to naša ustaljena praksa, da potem mladostniki lažje povedo težave na svoj način in da s tem krepimo njihovo samostojnost.

## 2.4 Sporazumevanje z mladostnikom v primeru suma na zlorabo

- Pogovor z mladostnikom, pri katerem sumimo na možno zlorabo, mora biti še toliko bolj rahločuten, biti moramo strokovni, po drugi strani pa empatični, da ne izgubimo zaupanja in nam lahko mladostnik odkrito pove svojo zgodbo. Poleg tega moramo povedano čim podrobneje dokumentirati, saj bodo našemu pacientu vse zabeležene informacije pomagale pri zanj zahtevnih nadaljnjih postopkih.
- Na zlorabo smo pozorni, če pri mladostniku ugotovimo spremembe vedenja, čustvovanja, motnje spanja, zaprtje ali uhajanje blata, uhajanje urina, nočno močenje postelje in druge motnje mikcije, okužbe spodnjih sečil, motnje hranjenja, glavobol, vrtoglavico, utrujenost, bolečine v trebuhu in drugod.
- Kazalniki, ki vzbudijo sum na nasilje v družini, so naslednji: odsotnost razlage za nastanek poškodbe, nasprotujoči si podatki poročevalcev o okoliščinah poškodbe, neujemanje poškodbe s podano razlago nastanka, vedenje mladostnika, vedenje skrbnika in njuna interakcija niso primerni, zakasnjeno iskanje pomoči in obiskovanje vrste zdravnikov drugega za drugim zaradi nestrinjanja z ugotovitvami.
- Pri sumu na zlorabo smo ne glede na starost otroka ali mladostnika do 18 leta dolžni podati sum zlorabe na policijo, pristojni center za socialno delo ali državno tožilstvo. O tem obvestimo starše/skrbnike, razen če bi to lahko ogrozilo varnost otroka. Naše postopke moramo mladostniku razložiti na primeren način, povemo mu, da je pravilno ravnal, ko nam je zaupal težavo in da jo lahko razrešimo le s pristojnimi organi, kjer je možno dobiti različne vrste pomoči.

## 2.5 Sodobni načini sporazumevanja z mladostniki in organizacija dela

- Mladostnik želi uporabljati sodobne načine komuniciranja, npr. elektronsko pošto, sporočila preko SMS, kar mu poskusimo omogočiti.
- Smiselno je naročanje, da ne čakajo predolgo. Če čakajo predolgo, se morda ob nelagodnem vprašanju, ki ga imajo za zdravnika, premislijo in zapustijo čakalnico. Poleg tega pa nas ne sme presenetiti, če naročenega mladostnika ne bo na pregled. Od časa naročanja do pregleda je lahko urgencia že minila. Ob prihodnjem

pregledu mu spoštljivo razložimo, da mora prihodnjič naročeni pregled odpovedati, saj s tem zaseda prostor drugim pacientom. Na ta način mu pokažemo, da ga sprejemamo in hkrati postavimo meje neprimernemu vedenju.

- Ali so v ambulanti naročeni samo mladostniki ali gre za pediatrično ambulanto ali morda za družinsko ambulanto z velikim razponom starosti bolnikov, je odvisno od organizacije zdravstvene službe znotraj zdravstvenega doma. Če je starost bolnikov bolj homogena, se morda mladostniki počutijo bolj varne, sprejete. Po drugi strani pa jih je lahko pred vrstniki v čakalnici sram, se počutijo ocenjevane in zato lahko tudi zelo heterogene ambulante dobro delujejo. Mladostniki lahko ob takšni obravnavi vidijo, da niso sami in se na ta način učijo tudi komunikacijskih veščin in sobivanja z različno starimi ljudmi.

### 3 Neprimerno sporazumevanje

Naj navedem še nekaj primerov neprimernega komuniciranja:

- zdravnik se na mladostnika krega,
- mu daje druge za zgled,
- mu pridiga ali moralizira,
- mu sitnari,
- ga ocenjuje ali mu sodi,
- ga kritizira,
- mu nalaga krivdo,
- mu grozi,
- ga straši.

### 4 Zaključek

Mladostnik je oseba, ki se še razvija in se lahko nahaja na zelo različni stopnji razvoja. V komuniciranju je pomembno, da ga jemljemo kot osebnost, z njim razvijamo partnerski odnos, ga vključujemo v soodločanje. Pomembno je preveriti tudi njegovo razumevanje bolezni in možnosti zdravljenja, njegovo razumevanje posledic nesodelovanja pri predlaganem zdravljenju, morebitne zadržke ali strahove, se z njim odkrito pogovarjati in ga spodbujati k čim večji samostojnosti in odgovorni skrbi za lastno zdravje, z drugo besedo, k čim večji opolnomočenosti.

### Literatura

1. Podkrajšek D. Kako pristopiti k mladostniku? V: Govc Eržen J (ur.) Otroci in mladostniki, učno gradivo – monografija. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2010:49-58.
2. Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini, Priročnik za zdravstveno osebje. Šimenc J (ur.), Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 2015.
3. Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, Uradni list RS, št. 38/2011.

# Sporazumevanje s starostniki

Marija Petek Šter

Teme

- Značilnosti starostnika, ki vplivajo na sporazumevanje
- Značilnosti sporazumevanja s starostnikom (pomembna področja: socialna anamneza, kognitivno stanje, multipli problemi, perspektiva bolnika)
- Priporočila za pogovor s starostnikom

## 1 Značilnosti starostnika, ki vplivajo na sporazumevanje

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

### 1.1 Telesne težave starostnika

Pešanje oz. izguba sluha spremlja večino starostnikov, pri nekaterih pa je prisotna do te mere, da se starostniki brez slušnega aparata ne morejo več normalno sporazumevati. Slušnega aparata nekateri starejši ne nosijo posebno radi, zato moramo z njimi govoriti glasneje. Značilno je, da prihajajo zaradi številnih, večkrat kroničnih problemov in funkcionalnih težav.

### 1.2 Duševne težave

Duševne težave so v starosti pogoste, kar je povezano s prisotnostjo kroničnih bolezni, ki vodijo v telesno ali razumsko usihanje, pogosto pa je sopotnik težav tudi kronična bolečina. Med duševnimi težavami sta najpogostejša depresija in demenca. Depresija, ki se pri starostniku navadno kaže v neznačilni obliki (brez izrazite žalosti ali očitnega depresivnega razpoloženja) in včasih posnema klinično sliko demence (pseudodemence), zmanjša interes starostnika za pogovor.

Če gre za prisotnost demence in s tem povezanega okrnjenega svežega spomina, je pogovor s starostnikom otežen. Starostnik po odhodu iz ordinacije ne ve več, kaj sta se z zdravnikom dogovorila. Nepogrešljiva je prisotnost tretje osebe, običajno so to svojci.

### 1.3 Zdravila

Zaradi pogosto prisotnih telesnih boleznih in duševnih težav starostniki prejemajo številna zdravila, ki jim jih predpiše zdravnik, včasih pa še dodatna zdravila brez recepta. Zdravila, ki zmanjšujejo psihofizične sposobnosti (morfinski analgetiki, benzodiazepini, hipnotiki), zmanjšajo pozornost starostnika, ki ima že tako zaradi bolezni opešan spomin, včasih pa tudi že okrnjene psihofizične sposobnosti.

### 1.4 Socialno ozadje

Osamljenost je pogosto prisotna pri starejših. Osamljeni bolniki včasih pridejo v ambulantno predvsem zato, da bi »poklepetali« z zdravnikom. Če ne poznamo bolnikovega pravega razloga za prihod, lahko simptomatiko bolnika, ki jo uporabi kot »vstopnico« za obisk pri zdravniku, narobe interpretiramo in se usmerimo v diagnostični postopek in zdravljenje telesne pritožbe, katere ozadje je osamljenost (npr. različne vrste bolečine, utrujenost,

pomanjkanje apetita...).

Na sporazumevanje s starejšimi vplivajo tudi splošni nivo razgledanosti in zadovoljstvo z življenjem. Nivo komuniciranja je potrebno prilagoditi bolniku ter sprejeti različnost med bolniki.

## **2 Značilnosti sporazumevanja s starostnikom**

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

### **2.1 Vzpostavitev odnosa in ocena psiho-fizičnega stanja bolnika**

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

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

### **2.2 Pogovor o številnih težavah**

Starejši bolnik praviloma predstavi več problemov ob enem obisku. Včasih problem, ki ga uporabi za vstopnico za obisk pri zdravniku ni najpomembnejši, zato je potrebno bolniku omogočiti, da spregovori o vseh svojih težavah, saj šele tako lahko prepoznamo tiste probleme, ki so pomembni in jih je potrebno reševati takoj in ločiti od onih drugih, katerih obravnavo lahko preložimo na naslednji obisk. Zavedati se je potrebno, da prioritete bolnika in prioritete zdravnika niso vedno enake; smiselno je, da se npr. lotimo diagnostike bolečine v prsih, ki jo bolnik opiše kot ishemično, obenem pa slišimo tudi bolnikovo pritožbo, da slabo spi.

Pomembno je odkriti pričakovanja bolnika, saj sploh ni nujno, da pričakujejo ozdravitev ali izboljšanje pri vseh težavah in se s tem izognemo nepotrebemu zdravljenju in preiskavam. Hkrati pa ni pametno, da zdravnik kar vse težave in bolezni po vrsti pripisuje starosti.

### **2.3 Prepoznavna socialnega ozadja**

Socialno ozadje je pri starostniku zelo pomembno tako za prepoznavo s socialnimi težavami povezanih telesnih in duševnih težav kot za načrtovanje zdravljenja. Za načrtovanje zdravljenja je pomembno ali bolnik, posebno če ima telesne težave oz. spremenjeno ali okrnjeno duševno oz. kognitivno stanje, živi sam in je ob nizkih prejemkih socialno ogrožen, ali živi v krogu razširjene družine, ki mu nudi vsestransko pomoč in podporo.

### **2.4 Perspektiva starostnika**

Starostniki si načeloma želijo informacije deliti z družinskimi člani, toliko bolj, kolikor bolj krhki postajajo, vendar pa želijo ohraniti nadzor nad informacijami. Večkrat s svojimi otroki ne želijo govoriti o boleznih in zdravljenju iz preteklosti, ker jih ne želijo vznemirjati s problemi, ki so del preteklosti.

## 3 Priporočila za pogovor s starostnikom

Pri pogovoru s starostnikov sledite naslednjim priporočilom:

### 3.1 Vzpostavitev odnosa:

- Za pogovor potrebujete potrpežljivost in dovolj časa.
- Aktivno poslušanje in vzpostavitev empatičnega odnosa ključno pripomoreta k uspešnemu sporazumevanju s starostnikom.
- Bodite vljudni, pazite, da starostnika ne boste podcenjevali v njegovih zmožnostih.
- Spoštujte bolnikovo avtonomijo, posebno še, če pogovor poteka v prisotnosti tretje osebe.
- Govoriti morate z mirnim glasom, vendar ne smete šepetati. Glasnost govora prilagajamo glede na morebitno okvaro sluha.
- Uporabite lahko obziren, nežen dotik, če se zdi primeren (pozor: dotik, uporabljen v neprimernih okoliščinah, lahko bolnik razume kot ponižujoč).

### 3.2 Prepoznavna bolnikovih težav in postavitev prioritet

Praviloma starejši bolniki prihajajo k zdravniku zaradi več težav.

- Poskušajte opredeliti resnost in pomembnost predstavljenih težav in ob tem prepoznati morebitne dodatne težave, ki jih bolnik sicer ne omenja, so pa za bolnikovo nadaljnje zdravljenje oz. prognozo in funkcioniranje pomembne.
- Primerno je, da zdravnik pristopi sistematično in preveri morebitno prisotnost težav po organih in organskih sistemih (npr. težave s sluhom, vidom, pljuči...).
- Sledi ovrednotenje bolnikovih težav, kjer je potrebno upoštevati vidik bolnika, ob tem pa bolniku predstaviti pomembnost obravnave s strani zdravnika prepoznanih pomembnih težave.

### 3.3 Prepoznavna bolnikovih pričakovanj in pričakovanj svojcev

- Pomembno je, da vemo, kaj bolnik pričakuje, saj šele na osnovi poznavanja bolnikovih pričakovanj lahko ponudimo za bolnika sprejemljivo rešitev. Pričakovanja starejših bolnikov so pogosto realna.
- Z nerealnimi pričakovanji pa se večkrat srečujemo, ko se pogovarjamo s svojci starostnikov, ki težko sprejmejo cilje obravnave in omejitve zdravljenja pri starostnikih.

### 3.4 Razjasnjevanje in oblikovanje zaključkov

- Potem, ko zberemo potrebne informacije in prepoznamo bolnikova stališča, sledi preverjanje, ali smo pravilno razumeli, kar je bolnik želel povedati.
- Na osnovi pridobljenih informacij in bolnikovih pričakovanj oblikujemo skupen načrt obravnave.
- Če sogovornik odklanja neko dejanje, pustimo, da tako ostane in pozneje znova poskusimo doseči soglasje.

### 3.5 Pogovor o psihosocialnem ozadju/občutljivih temah

- Praviloma ljudje o občutljivih temah ne govorijo radi sami od sebe, pa naj gre za telesne težave, kot je npr. uhajanje vode, ali npr. nasilje v družini.
- Naloga zdravnika je, da obzirno povpraša po morebitnem socialnem ozadju težav in svoja vprašanja predstavi v kontekstu celostne obravnave bolnika.
- Pri občutljivih temah postavi vprašanje v kontekstu generalizacije (npr: »Mnogi starejši ljudje imajo težave...«), ali poveže z bolnikovo kronično boleznijo (npr. »Mnogi bolniki s sladkorno boleznijo...«).
- Pri občutljivih temah razložijo smiselnost vprašanja (npr: »Da bi lažje razumel(a) vaše težave bi vas vprašal(a) glede...«)

### 3.6 Časovni vidik pogovora s starostnikom

- Zaradi multiplih težav je posvet s starostnikom daljši. Vsak dodatni problem posvet podaljša za približno dve minuti.
- Nekateri starostniki zdravnika obiščejo tudi - ali predvsem zato, da bi z njim poklepetali. Kratek klepet lahko pripomore k vzpostavitvi odnosa in razkrije morebitne dodatne okoliščine, ki so za zdravljenje bolnika pomembne.
- Zdravnik mora znati oceniti razmerje med časom za klepet in časom za strukturiran posvet.

## 4 Zaključek

Pogovor s starostnikom ob praviloma prisotnih sočasnih stanjih zahteva več časa. Zaradi prisotnih ovir v sporazumevanju in težjega prilagajanja starejših ljudi na spremembe, mora biti zdravnik potrpežljiv. Starejši ljudje imajo veliko življenjskih izkušenj in praviloma jasno oblikovana pričakovanja od zdravljenja, ki jih moramo prepoznati, preden predlagamo načrt zdravljenja.

## Literatura

1. Lloyd M, Bor R. Communication skills for medicine. London: Churchill Livingstone, Elsevier, 2009.
2. Adelman AM, Daly MP, Weiss BD eds. 20 common problems in Geriatrics. New York: McGraw Hill 2001.
3. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence based medicine and shared decision making. JAMA 2014; 312: 1295-6.
4. Kodermac M. Sporazumevanje v starosti in med boleznijo. Diplomsko delo. Univerza v Mariboru, fakulteta za zdravstvene vede. Maribor, 2009.
5. Selič P. Novi odročnik: nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares, 2007.
6. Crotty BH, Walker J, Dierks M, Lipsitz L, O'Brien J, Fischer S et al. Information Sharing Preferences of Older Patients and Their Families. JAMA Intern Med. 2015;175(9):1492-7.
7. Van Kempen J, Robben SHM; Zuidema SU, Olde Rikkert MGM, MJF et al. Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. BJGP 2012; e554.

# Sporazumevanje z osebami iz drugega kulturnega okolja

Erika Zelko

Teme

- Vpliv kulture in prepričanj na sporazumevanje
- Vpliv lastnih kulturnih prepričanj na sporazumevanje z osebo drugega kulturnega okolja
- Vodenje sporazumevanja ob spoštovanju značilnosti druge kulture
- Vloga prevajalcev

## 1 Uvod

Uspešno sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom pomeni, da bolnik razume naravo bolezni, je zadovoljen z obravnavo in adherenten pri izvedbi terapije. Dolžina študija in specifična subkultura oblikujeta zdravnika, a se moramo zavedati, da smo bili del neke skupnosti pred in ostajamo del skupnosti tudi po koncu študija medicine. Opredeľjujejo nas naše družine, lokalna okolja, religija ali pripadnost socialnemu razredu. S sabo prinašamo lastne poglede, ideje, izkušnje, predpostavke in predsodke, ki lahko v veliki meri vplivajo na naše delo z bolniki. V osnovi se percepcija zdravja in bolezni med zdravnikom in bolnikom pogosto zelo razlikujeta, ne oziraje se na kulturno okolje, iz katerega izhajata. Zdravniki definiramo bolezen kot merljivo odstopanje od normale v telesu, ki vodi do spremembe strukture ali/in funkcije organa. Bolnik ali njegova okolica običajno dojemajo bolezen kot subjektivno nelagodje, ki ga občutijo. Kleinman je tako v pomoč pri komuniciranju predlagal Explanatory Model (EM – pojasnjevalni model), ki ga uporabljata tako bolnik kot zdravnik pri interpretaciji bolezni in načrtovanju zdravljenja. EM ali pojasnjevalni model je definiran kot eden izmed možnih načinov opredelitve procesa nastanka in zdravljenja bolezni, ki v ambulantni vedno vzpodbudi transakcijo med sogovornikoma. Bolnikov EM je običajno zelo hitro spremenljiv in močno individualiziran. Zdravnikov EM pa temelji na z dokazi podprti medicini.

## 2 Posebnosti pri sporazumevanju z bolnikom iz drugega kulturnega okolja

### 2.1 Jezikovne ovire

Nepoznavanje ali slabo poznavanje jezika večine je pogosta težava predstavnikov etničnih skupin, ki tako težko vzpostavijo zaupni odnos z zdravnikom in takšno komuniciranje običajno vsebuje manj socialno-čustvenih interakcij med govorcema. Pomembna komponenta pogovora je neverbalno sporazumevanje in poznavanje posebnosti nekaterih kultur (npr. očesni kontakt – ni vedno zaželen ali mogoč).

### 2.2 Napačna razlaga bolnikovega »jezika stiske«

Pri delu s posamezniki iz drugega kulturnega okolja je dobro poznati »kulturno pogojene sindrome«, ki definirajo interakcije in komuniciranje med bolnikom in zdravstvenim osebjem. Npr. Romi pogosto reagirajo ob težavah zelo čustveno in jih tako hitreje opredelimo kot nevrotike v primerjavi s predstavniki ekonomskih migrantov, ki v strahu za

delovno mesto minimalizirajo svoje težave in lahko nehote usmerijo zdravnika v drug diagnostični algoritem.

### 2.3 Neskladnost pojasnjevalnih modelov

Medicinsko osebje in laiki se pogosto razlikujemo v interpretaciji vzroka obolenja, diagnoze in zdravljenja. Pomen čustvene in socialne komponente bolezni za bolnika in njegovo okolico, še posebej v okoljih, kjer je vpliv nadnaravnih sil v povezavi z boleznijo še močno prisoten, ni zanemarljiv. Bolezen kot kazen in eksorcizem kot oblika zdravljenja sta prisotna tudi v našem kulturnem okolju.

### 2.4 Različni vrednostni sistemi in bolezni brez diagnoz

V raziskavah, ki so jih izvedli z namenom ocene komuniciranja zdravnikov s predstavniki drugih kulturnih okolij, so bolniki izpostavili željo po spoštljivi obravnavi in sprejemanju njihove drugačnosti. Občutek, da je nekaj narobe, je pogost pojav, ki ga zahodna medicina s svojimi postopki težko objektivizira in ga neredko zasledimo pri posameznikih iz drugih kulturnih okolij, kjer so pomembne komponente zdravja tudi čustveno, socialno in duhovno ravnovesje. V tem primeru bolniku, ki se počuti bolan, zatrtjevanje, da ni nič narobe, ker nismo nič našli, ne pomaga.

### 2.5 Težave z izrazoslovjem

Sporazumevanje v zdravstvu poteka običajno v mešanici medicinskega žargona in pogovornega jezika okolja, v katerem se odvija. Medicinsko izrazoslovje je v zadnjih letih postalo izrazito tehnično in četudi ga v pogovoru uporabljata tako zdravnik kot bolnik, to še zdaleč ne pomeni, da oba mislita enako. Npr., če zdravnik vpraša, ali ima bolečine v želodcu, ga bolnik lahko razume, da ga sprašuje o bolečinah v trebuhu.

### 2.6 Sodelovanje pri zdravljenju in terapija

Pri komuniciranju uporabljamo preprost jezik, enostavne razlage in občasno preverimo, ali nas bolnik razume. Posebej pomembno je to v primeru, ko terapevtski postopki niso prijetni ali so v nasprotju z njegovimi lastnimi prepričanji. Potrebno je doseči dogovor glede terapevtske obravnave, ki bo sprejemljiv za oba. Primer: v nekaterih okoljih ločijo bolezni, hrano in zdravila po principu »vroče« in »hladno«. Penicilin spada med »vroča« zdravila in je tako neprimeren za zdravljenje »vroče« bolezni. Terapijo s penicilinom, ki se uporablja za »hladne« (revmatska vročica) bolezni takoj prekinemo, če se ob tem pojavi še »vroča« (driska) bolezen. Ne smemo pozabiti, da tudi »uspeh zdravljenja« nikakor ni vedno enak za bolnika in zdravnika.

### 2.7 Vloga prevajalcev

Dobro sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom je pogoj za v bolnika usmerjeno in dobro zdravstveno oskrbo. V kolikor je jezikovna bariera velika, je uporaba prevajalcev ena izmed možnosti za uspešno obravnavo. V literaturi je izpostavljena uporaba profesionalnih prevajalcev, ki so večji jezika in medicinske terminologije ter hkrati nevtralni v odnosu do bolnika in zdravstvenega osebja. V trikotniku bolnik – zdravnik – prevajalec je potrebno upoštevati ustrezní časovni okvir in individualno prilagojen pristop zdravnika do bolnika. Manj zaželjena je uporaba sorodnikov ali znancev kot prevajalcev, saj je doseganje objektivnosti pri taki obravnavi izjemno težko (nasilje v družini, zlorabe, spolne bolezni, ginekološke težave...).



## 3 Kako torej ravnati v ambulanti?

### 3.1 Fizična dostopnost je enakovredna komunikacijski dostopnosti

- Prostori, ki so na voljo uporabniku, naj bodo dobro označeni.
- Poskrbi, da bo na voljo dovolj časa (dvojni ali daljši termini, ko je obisk predhodno napovedan).

### 3.2 Dodatna pomoč pri sporazumevanju z zdravstvenimi delavci

- Bodi pozoren na neverbalno sporazumevanje (mimika obraza in govorica telesa, kretnje).
- Uporabi slikovni material, fotografije.
- Pozanimaj se, ali je dostopen kulturni meditor ali prevajalec (npr. za gluhoneme osebe).
- Ne pričakuj, da bodo vsi sposobni uporabljati pametne telefone in internet.

### 3.3 Učinkovito sporazumevanje

- Komuniciranje je »dvosmerna cesta«, kjer poslušáš in si slišán.
- Usposobi se za učinkovito komuniciranje, kar pomeni uporabo enostavnega izrazoslovja, govor naj bo jasen, navodila kratka in preprosta.
- Bodi prilagodljiv, uporabi različna sredstva za učinkovito delo v ambulanti, še posebej, če je etnično mešana (telefon, internet, slikovni material, zloženke, pisna navodila – po možnosti v različnih jezikih).
- Ne obupaj prehitro, bodi potrpežljiv.

### 3.4 Aktivno vključevanje uporabnika

- Sprejmi drugačnost.
- Bodi empatičen.
- Pozanimaj se o bistvenih značilnostih kulture iz katere sogovornik izhaja.
- Ugotovi, kaj že ve in kaj ga zanima.

## 4 Zaključek

Migracije in globalizacija vplivajo tudi na spremembe v sestavi populacije. Obravnava bolnika iz drugega kulturnega okolja zato zahteva občasno samorefleksijo in zavedanje lastnih norm in vrednot, ki jih vnašamo v našo interakcijo z bolnikom.

## Literatura

1. Helman CG. Culture, Health and Illness. London 2007.
2. Hadziabdic E, Albin B, Hjelm K. Arabic-speaking migrants attitudes, opinions, preferences and past experiences concerning the use of the interpreters in helthcare: a postal cross-sectional survey. BMC. 2014; 7: 71-83.
3. Rocque R, Leanza Y. A Systematic Review of Patients Experiences in Communicating with Primary Care Physician: Intercultural Encounters and a Balance between Vulnerability and Integrity. PloS One. 2015; 10: 10-34.

4. Wiking E, Sundquist J, Saleh-Stattin N. Consultation between Immigrant Patients, Their Interpreters and their General Practitioners: Are they real meetings or just Encounters? A Qualitative Study in Primary Health Care. *Int J Family Med.* 2013: 794937.
5. Schouten B, Meeuwesen L, Harmsen HAM. GPs Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. *J Immigr Minor Health.* 2009; 11: 468-75.
6. Mock-Muñoz de Luna C, Bodewes A, Graval E, Ingleby D. Appendices I-VI, Synthesis Report. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015.

# Sporazumevanje z gluhihimi osebami

Matej Zupan, Manca Nolimal

Teme

- Opredelitev gluhosti
- Izzivi sporazumevanja z gluhihimi
- Model ustreznega sporočanja in osnovni principi sporazumevanja z gluhihimi

## 1 Uvod

Učinkovito komuniciranje med pacientom in zdravnikom je bistvenega pomena za uspešni diagnostični pristop in ustrezno zdravljenje posameznika. Gluhi in naglušni uporabljajo različne načine sporazumevanja. Nekateri uporabljajo znakovni jezik, drugi tolmača, mimiko ali pisni način izražanja. Metode komuniciranja z gluhihimi v klinični praksi se razlikujejo glede na posameznikove želje in so prilagojene kompleksnosti težav posameznika.

## 2 Opredelitev gluhosti

Gluhi in naglušni predstavljajo zelo heterogeno skupino v populaciji. Za gluhosto ni splošno sprejete definicije. Vzroki za gluhosto so lahko različni, vključno z nesrečami, dednostjo, boleznimi in poškodbami. Posledice gluhoste so odvisne od vzroka in od uspešnosti rehabilitacije posameznika. Gluhosto lahko opredelimo glede na medicinski ali socialni vidik.

### 2.1 Medicinski model

Temelji na izmeri izgube sluha, kar omogočajo natančni merilni instrumenti. Skladno z definicijo Svetovne zdravstvene organizacije, Mednarodna klasifikacija okvar, prizadetosti in oviranosti ICD-10, opredeljuje gluhe osebe kot tiste osebe, »ki imajo povprečno izgubo sluha na frekvencah 500, 1000 in 2000 hercov na nivoju 91 dB ali več. Sem spadata popolna izguba sluha in zelo težka izguba sluha (več kot 91 dB)«.

Na izobraževalnem področju se uporabljajo Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami, ki ločijo otroke z najtežjo izgubo sluha (povprečna izguba v govornem območju od 91 do 110 dB) in otroke s popolno izgubo sluha – gluhi otrok (povprečna izguba v govornem območju nad 110 dB).

### 2.2 Socialni model

V mednarodnem prostoru so gluhe osebe opredeljene kot osebe, ki so popolnoma izgubile sluh, posebno pa tiste, ki zaradi oteženega sporazumevanja uporabljajo jezik gluhih kot svoj naravni jezik.

V Sloveniji je v uporabi opredelitev gluhe osebe, kot je zapisana v Zakonu o uporabi slovenskega znakovnega jezika (Ur. l. RS, št. 96/2002). »Gluha oseba je oseba, ki je povsem brez sluha, oziroma oseba, ki zaradi otežkočenega sporazumevanja uporablja znakovni jezik kot svoj naravni jezik.«

Osebnostni in socialni razvoj gluhih in naglušnih poteka po enakih stopnjah kot pri slišičih, a s časovnim zamikom. Enega izmed glavnih razlogov predstavlja manj uspešno zgodnje

komuniciranje z gluhihimi v bližnjem okolju. Izguba sluha vpliva na razvoj zaznavanja, koordinacije, motorike, organizacije in orientacije, pomnjenja ter mišljenja, zato je njihov socialni razvoj upočasnen. Prav tako lahko gluhoti povzročata osamljenost, motnje koncentracije, zavračanje podpore okolice, umik v notranjost in stalni občutek izoliranosti in ogroženosti. Gluha oseba je vseskozi stisnjena v kot informacijske blokade, je v podrejenem položaju do slišočih informatorjev in ima venomer občutek odvisnosti, kar posledično vpliva na nezaupanje do slišočih.

### **3 Izzivi v sporazumevanju z gluhihimi in naglušnimi**

Za ustrezno obravnavo gluhega pacienta mora zdravnik spoštovati njegove želje in mu nuditi čim bolj varno okolje. V sporazumevanju z gluhihimi si mora zdravnik vzeti dovolj časa, da ustrezno obrazloži klinično sliko in diagnostični ter terapevtski postopek pacientu.

Problemi, ki jih osebe z okvaro sluha pri uporabi zdravstvenega varstva navajajo, so:

- neenakost v dostopu do zdravstvenih informacij,
- obravnava oseb z okvaro sluha kot manj inteligentnih,
- izguba zaupanja v zdravnika in občutek izoliranosti,
- nezmožnost branja z ustnic zaradi prehitrega govorjenja ali uporabe zaščitnih mask,
- nerazumevanje navodil glede prejemanja terapije,
- nerazumevanje razlage in okrnjena priprava pacienta na različne preiskave.

### **4 Vloga tretje osebe**

Pri obravnavi gluhega ali naglušnega pacienta je med posvetom večkrat prisotnostna tretja oseba. To je največkrat družinski član ali pa profesionalni tolmač. Pri tem moramo paziti, da je naša pozornost vseeno osredotočena na bolnika in njegove težave. Ena izmed prioritete zdravnika je načelo zaupnosti in spoštovanje posameznika. Ko obravnavamo občutljive teme, moramo biti ob prisotnosti tretje osebe na omenjene vrednote še posebej pozorni.

### **5 Napake pri sporazumevanju z gluhihimi**

- Gluhota je nevidna invalidnost in jo opazimo le ob stiku z gluho osebo.
- Govorimo glasno, ker mislimo, da nas bo gluha oseba slišala.
- Pisno komuniciramo, ker menimo, da je zapisana beseda razumljiva.
- Istočasno govorimo in pišemo.
- Pri govorjenju obračamo glavo tako, da oseba z okvaro sluha ne vidi naših ustnic.
- Občasno zakrivamo usta.
- Uporabljamo nerazumljive kratice ali strokovne izraze.

### **6 Načini premagovanja motenj pri sporazumevanju**

Pri medsebojnem sporazumevanju uporabljamo tako verbalne kot neverbalne prvine komuniciranja. Verbalni način zahteva obvladovanje pogovornega jezika. Izvajamo ga z govorjeno in pisano besedo. Z gluho osebo lahko komuniciramo pisno, ustno ali s pomočjo tolmača za znakovni jezik.

## 6.1 Pisno sporazumevanje z gluho osebo

Gluhe osebe se v pisni besedi izražajo na podoben način kot je strukturiran znakovni jezik. Značilno zanj je, da nima enake slovnice kot govorni jezik na istem geografskem področju, saj je znakovni jezik neodvisen od govornega in se razvija znotraj skupnosti gluhih.

Osebam, ki znakovnega jezika ne obvladajo, so lahko zapisi gluhih oseb težje razumljivi.

Pisno sporazumevanje z gluho osebo naj bo prej izjema kot pravilo. Kadar se njegovi uporabi ni mogoče izogniti, bo najučinkoviteje, če imamo v mislih naslednja priporočila:

- Besedilo naj bo kratko.
- Izognimo se strokovnim izrazom.
- Če uporabljamo tujke, razložimo njihov pomen.
- Izogibajmo se uporabi kratic.
- Stavki morajo biti kratki; uporabljajmo enostavne povedi.
- Izognimo se rabi prisposodob (npr. bolje vrabec v roki kot golob na strehi).
- Izognimo se nikalnim stavkom.

## 6.2 Ustno sporazumevanje z gluho osebo, če oseba bere z ustnic

- Ne dvigujmo glasu, saj nas gluha oseba ne sliši.
- Govorimo počasneje in razločno.
- Ne pačimo se in pazimo na obrazno mimiko.
- Izogibajmo se sočasnemu govorjenju in pisanju.
- Ne obračajmo glave, temveč gluho osebo ves čas gledajmo v obraz.
- Sproti preverjajmo razumevanje povedanega (čeprav nam gluha oseba med pogovorom prikima, še ne pomeni, da je povsem razumela povedano).

## 6.3 Sporazumevanje ob prisotnosti tolmača slovenskega znakovnega jezika

Leta 2002 je bil sprejet Zakon o uporabi slovenskega znakovnega jezika (Ur. l. RS., št. 96/2002), ki določa pravico gluhih oseb uporabljati slovenski znakovni jezik in pravico gluhih oseb do informiranja v njim prilagojenih tehnikah ter obseg in način uveljavljanja pravice do tolmača za znakovni jezik pri enakopravnem vključevanju gluhih oseb v življenjsko in delovno okolje ter vse oblike družbenega življenja ob enakih pravicah in pogojih ter z enakimi možnostmi, kot jih imajo osebe brez okvare sluha. Gluhe osebe imajo tako pravico do tolmača v vseh postopkih pred državnimi organi, organi lokalne samouprave, izvajalci javnih služb in izvajalci javnih pooblastil. Stroške tolmačenja krijejo navedene institucije ne glede na to, ali so tolmača same naročile ali je tolmač prisoten na zahtevo gluhe osebe.

Napotki za sporazumevanje z gluho osebo ob prisotnosti tolmača slovenskega znakovnega jezika:

- Gluho osebo gledamo v obraz.
- Nagovarjamo gluho osebo in ne tolmača.
- Govorimo počasneje, da nam tolmač lahko sledi.
- Vzamemo si več časa.
- Izogibamo se stavkom, kot so: »Povejte gluhi osebi ...« ali »Kasneje mu razložite, ...«
- Tolmač ni odgovoren za tolmačeno vsebino, ki jo izpove gluha oseba.

- Tolmač ni ne svetovalec ne spremljevalec gluhe osebe.

## 7 Zaključek

Glavni cilj je vsekakor doseči z bolnikom najustreznejše sporazumevanje, da bo lahko čimbolj samostojno, brez zadržkov izražal svoje želje in potrebe. Kadar obstaja ovira, moramo odkriti najustreznejši način, da le-to premagamo in sporazumevanje prilagodimo potrebam posameznika.

## Literatura

1. Župančič B. Komunikacijske ovire oseb z okvaro sluha pri uporabi zdravstvenega varstva. [magisterska naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2015.
2. Meador Helen E., Zazove P. Health care interaction with deaf culture. *J Am Board Fam Med.* 2005; 18(3): 218-22.
3. Pereira PC, Fortes PA. Communication and information barrier to health assistance for deaf patients. *Am Ann Deaf.* 2010;155(1):31-7.
4. Kale E, Syed HR. Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Educ Couns.* 2010;81(2):187-91.
5. Scheier DB. Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature. *J N Y State Nurses Assoc.* 2009;40(1):4-10.
6. Fišer D. Pravica gluhih do tolmača. Pridobljeno 21. 4. 2016, s <http://www.mdgnvelenje.si/index.php/pravica-do-tolmača>
7. Bauman J. Da bo komunikacija z gluho osebo lažje stekla. [Internetna knjižica]. Zavod Združenje tolmačev za slovenski znakovni jezik, 2016. Dostopno 18.4.2016 na: [http://img.rtvsl.si/up/drown/files/2016/01/11/266128\\_ebo-knji-ica\\_web.pdf](http://img.rtvsl.si/up/drown/files/2016/01/11/266128_ebo-knji-ica_web.pdf)

# Sporazumevanje v zvezi s spolnostjo

Davorina Petek

Teme

- Sestavni deli spolne anamneze
- Klinične vsebine
- Značilnosti sporazumevanja o občutljivih temah

## 1 Uvod

Pogovor o spolnosti sodi v širši krog pogovora o občutljivih temah in so zanj potrebne posebne veščine. Spolno življenje predstavlja del celotnega bio-psiho-socialnega blagostanja. Klinične vsebine najpogosteje zajemajo tako področje preventive (preprečevanje spolno prenosljivih okužb (SPO), cepljenje proti hepatitisu B, humanemu papilloma virusu), kot zgodnje odkrivanje SPO in obravnavo spolne disfunkcije. Zavedati se je potrebno vpliva lastnih stališč in pomena nevtralnega neobsojajočega jezika v posvetu.

## 2 Sestavni deli spolne anamneze

Klinične vsebine spolne anamneze so naslednje:

- trenutna težava, vrsta simptoma, trajanje (npr: izcedek, dizurija, zatrdline v genitalnem področju, bolečina v genitalnem področju)
- spolni partner(ji) – spolna praksa in orientacija: spol partnerja, datum, trajanje kontakta, vrsta spolnega kontakta, lokacija (tujina?)
- kontracepcija
- druga tveganja spolno prenosljivih bolezni (i.v. droge, igle)
- predhodne SPO
- ginekološka anamneza

## 3 Težave pri posvetu o spolnosti

Posvet o spolnosti je lahko težavnejši, če se zdravnik in bolnik po letih zelo razlikujeta, če sta različnih spolov in če so bolniki iz drugih etničnih skupin oziroma kulturološkega okolja.

### 3.1 Težave s strani zdravnika

Kot pri vsakem posvetu je prva zdravnikova težava morebitno nepoznavanje kliničnega področja, posebej, ker pri nas deluje ginekološka služba na primarnem nivoju in se zaradi tega s pacientkami redkeje srečujemo v prvi obravnavi takih problemov. Pomembna ovira so lahko zdravnikova lastna stališča do spolnosti, občutek, da vdira v zasebno področje bolnika, tudi prebližnje poznavanje bolnika in časovne omejitve.

### 3.2 Težave s strani bolnika

Bolnike lahko ovira sramežljivost, zaskrbljenost glede zaupnosti podatkov, skrbi jih lahko, da jih bo zdravnik obsojal, ali da bo njihov problem za zdravnika preveč banalen. Veliko oviro predstavlja nezmožnost, da z zdravnikom navežejo dober terapevtski odnos.

## 4 Temeljni vidiki sporazumevanja o spolnosti

Vidiki sporazumevanja v zvezi s spolnostjo so naslednji:

- Zaupnost: kljub temu, da ljudje na splošno poznajo našo zavezanost k zaupnosti podatkov, je v pogovoru o občutljivi temi potrebno to dodatno poudariti. To lahko doprinese k večji odkritosti bolnikov in vzpostavitvi varnega okolja.
- Dovoljenje in razlaga: bolnike prosimo za dovoljenje o vpogledu v občutljive teme in ponudimo razlago, zakaj je to potrebno.
- Upoštevanje konteksta bolnika: njegove ideje, občutki, prepričanja, skrbi in pričakovanja.
- Pomembna so stališča o spolnosti tako zdravnika kot bolnika. Zdravnikov profesionalni odnos naj ne bi dovolil, da njegova stališča ovirajo posvet v zvezi s spolnostjo, prav tako pa naj bi ugotovil stališča bolnika in vpliv le teh na njegove težave.
- Neobsojajoče sprejemanje, brez predvidevanja dejstev.

## 5 Značilnosti sporazumevanja o spolnosti

1. Kako začnemo pogovor?
  - lahko s splošnim vprašalnikom ali usmerjenim na določeno področje spolnosti (npr. erektilna disfunkcija),
  - v sklopu splošne anamneze: npr: »...Spolno zdravje je pomembno, zato ljudi vedno vprašam o teh podatkih...«,
  - s posploševanjem: »Bolnike pogosto zanima...« »Mnogi bolniki s temi težavami...«,
  - povežemo kronične bolezni s spolnim zdravjem (npr: »Mnogi bolniki s sladkorno boleznijo opazijo...«).
2. Pogovor o spolnosti je lahko osrednji razlog bolnikovega obiska ali samo en del, temu prilagojen pa je tudi obseg anamneze.
3. Vzpodbujamo razgovor z verbalnimi in neverbalnimi vzpodbudami, pazimo, da se pri posvetu obdrži fokus. Posebej pomemben je očesni kontakt.
4. Razjasnimo bolnikova vprašanja, ki so lahko postavljena zelo nejasno.
5. Uporabljamo ustrezen jezik
  - ne evfemizmov,
  - izogibamo se žargonu,
  - izražanje prilagodimo bolniku,
  - izražamo se direktno, nedvoumno, strokovno.
6. Pazimo na ravnovesje med odprtimi in zaprtimi vprašanji, vrstni red je lahko ravno obraten - najprej zaprta, usmerjena vprašanja, nato odprta.
7. Postavljamo le vprašanja, ki jih potrebujemo v obravnavi težav.
8. Označimo/napovemo težavna vprašanja.

## 6 Zaključek

Pogovor o spolnosti sodi med pogovore o občutljivih temah. Za razkrivanje, ki je težavno, potrebuje bolnik občutek varnega okolja, zaupnosti podatkov, s strani zdravnika pa



dobronamernost in razumevanje brez (vnaprejšnjega) obsojanja ali podcenjevanja njegovih težav.

## Literatura

1. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United kingdom. *J Sex Med.* 2013;10:2658-70. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x.
2. Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. *Am Fam Physician.* 2002; 66(9):1705-12.

# Sporazumevanje z bolnikom z duševno motnjjo

Lea Gril-Jevšek, Zalika Klemenc-Ketiš

## Teme

- Opredelitev posebnosti sporazumevanja z bolnikom z duševno motnjjo
- Sestavni deli psihiatrične anamneze
- Skupne značilnosti sporazumevanja z bolniki z duševnimi motnjami
- Klinične vsebine
- Nebesedno sporazumevanje z bolniki z duševnimi motnjami
- Težave pri sporazumevanju z bolniki z duševnimi motnjami

## 1 Uvod

Duševne motnje so med prebivalstvom in med obiskovalci zdravnika družinske medicine zelo pogoste. Njihovo prepoznavanje je včasih težko, ker nas telesni znaki lahko zavedejo v iskanje telesne bolezni ali zanikanje bolezni. Za uspešno prepoznavo, zdravljenje in vodenje bolnikov z duševnimi motnjami moramo zdravniki dobro obvladati veščine in spretnosti sporazumevanja, predvsem pa moramo znati bolnika dejavno vključevati k razjasnjevanju ozadja njegovih težav in povezavi duševnih motenj s telesnimi znaki. Taki bolniki se počutijo bolj zdravi, so bolj zadovoljni in manj pogosto iščejo pomoč zdravstvene službe.

Pri bolnikih z duševnimi motnjami je še posebej pomemben celosten pristop, prav tako pa tudi v bolnika usmerjen pristop in njegova celovita obravnava.

## 2 Sestavni deli psihiatrične anamneze v ambulanti zdravnika družinske medicine

### 2.1 Opis sedanjih težav

Bolnik s svojimi besedami opiše težave in okoliščine, ki so ga privedle do zdravnika. Spodbujamo ga k opisu razpoloženja, občutkov, strahov, psihopatoloških doživetij (blodnje, halucinacije) in subjektivnega doživljanja le-teh. Poizvedujemo o morebitnih spremembah bolnika do samega sebe in okolice, druženju z ljudmi ali nagnjenosti k izolaciji, odnosu do dela, prehranjevanja. Ocenimo energetske opremljenost ter stopnjo motivacije za spremembo nastalih težav. Iščemo prisotnost sprožilnih in olajševalnih okoliščin opisanih simptomov. Opredelimo trajanje težav ter morebitno pojavljanje enakih ali podobnih težav v preteklosti. Poizvedemo o dosedanjih postopkih zdravljenja.

### 2.2 Družinska anamneza

Iščemo prisotnost duševnih motenj, zasvojenosti, samomorov ter bolezni centralnega živčevja pri ožjih družinskih članih. Ugotavljamo vpliv družine na prisotnost duševne motnje ter raziščemo značilnosti družine in njenih članov (položaj bolnika, medsebojni odnosi, vzgoja, vrednote, čustveno ozračje, prikrajšanja, agresivnost, revščina, zlorabe, delikventnost,...).

## 2.3 Osebna anamneza

Zberemo podatke o posameznih obdobjih bolnikovega življenja (rojstvo, predšolsko, šolsko in adolescentno obdobje, odraslo obdobje). V odraslem obdobju nas zanima predvsem poklicno področje, partnersko oz. družinsko življenje, socialno področje in vrednostni sistemi ter zdravstveno področje.

## 3 Skupne značilnosti sporazumevanja z bolniki z duševnimi motnjami

Izjemnega pomena sta zagotavljanje pomirjujočega okolja in neobsojajoče sprejemanje bolnikovih zdravstvenih in drugih težav. Pokažemo empatijo, toplino in razumevanje. Z bolnikom se ne prerekamo. Pazimo na ravnovesje odprtih in zaprtih vprašanj, večina vprašanj naj bo odprtega tipa, saj z njimi lažje razkrivamo bolnikove probleme in si olajšamo razumevanje njegove perspektive. Ob tem smo ves čas pozorni na ponujene čustvene, socialne, psihične in druge iztočnice za razreševanje bolnikovih težav. Smiselno je ves čas ponujati podporo in sproti preverjati bolnikovo razumevanje. Ob tem ne govorimo veselo ali pretirano optimistično, ne poskušamo klepetati z bolnikom, damo mu vedeti, da ni sam in ga spodbujamo k aktivnostim, ki ga sedaj ali so ga v preteklosti razveseljevale. Izdelamo načrt in dorečemo ter sproti prilagajamo cilje zdravljenja. Vse to naj bo prilagojeno potrebam in zmožnostim bolnika. Pomemben je poduk bolnika o pravilnem ravnanju v primeru krizne situacije ter natančna časovna in krajevna opredelitev kontrolnih in morebitnih izrednih posvetov.

## 4 Posebnosti sporazumevanja z bolnikom z duševno motnjo

### 4.1 Bolnik z depresivno motnjo

Na posvet velikokrat pride z »vstopnico« telesnih težav, čeprav se zaveda, da so le-te povezane z duševnim zdravjem. Govori tiho, upočasnjeno, monotono, zdravnik ima občutek, da »vleče« informacije iz bolnika, pogoste so epizode tišine.

Zdravniki moramo ob predstavljeni telesni težavi (glavobol, nespečnost, utrujenost, hujšanje...) raziskati okoliščine oz. sprožilce (razmere doma, v službi...) le-te. Vsako telesno težavo moramo jemati resno in opraviti usmerjen telesni pregled. Depresijo opredelimo na podlagi diagnostičnih kriterijev (časovni, simptomatski). Vedno preverimo stopnjo samomorilnosti. Vkolikor je ta visoka oz. ima bolnik izdelan samomorilni načrt, mu je potrebno predstaviti potrebo po bolnišničnem zdravljenju.

Bolniku jasno razložimo značilnosti depresije. Ob tem nam je lahko v pomoč pristop z generaliziranjem (pogosta bolezen, »ali poznate koga z depresijo?«). Vedno previdno preverimo, katere aktivnosti bolnik še zmore in ga spodbujamo k tistim, ki so ga v preteklosti razveseljevale. Pri delovno aktivnih ocenimo delazmožnost. Smiselno je, da v obravnavo vključimo družinske člane oz. osebe, ki jim bolnik zaupa in meni, da bi mu pri zdravljenju lahko bile v oporo.

Predstavimo in predlagamo možne oblike pomoči in zdravljenja (zdravila, napotitve, postopna aktivacija, pozitivne misli,...). Ob koncu posveta jasno opredelimo časovno in krajevno pogostnost in pomembnost rednih ali izrednih kontrolnih posvetov, bodisi v ambulanti zdravnika družinske medicine bodisi v psihiatrični ambulanti.

Napake pri sporazumevanju z depresivnim bolnikom:

- (pre)ozka usmeritev reševanja telesnih težav, opogumljanje (»saj bo vse v redu«, »to še ni najhujše«, »pred vami je še celo življenje«; s tem ojačujemo bolnikovo negativno samopodobo),
- s prekinjanjem tišine zmanjšujemo lastno neugodje (uporabimo lahko spodbujevalce pripovedi, kot npr. »ali mi lahko poveste, o čem razmišljate«, parafraziramo, ponovimo zadnje bolnikove besede ali uporabimo kratke spodbujevalne besede),
- delimo nasvete, kaj naj bolnik počne (»pojdite na počitnice«; s tem lahko povečujemo bolnikove občutke krivde in nevrednosti).

## 4.2 Bolnik s psihotično motnjo

Ob posvetu navaja eno ali več (nerealnih) telesnih težav, do katerih ima zmanjšano kritičnost ali je do njih popolnoma nekritičen. Izražena je vznemirjenost, nezaupljivost, slabši očesni kontakt, lahko prostorska oddaljenost od zdravnika.

Bolnikovo telesno težavo obravnavamo resno (usmerjen telesni pregled). Ob prepoznavi spremenjenega toka bolnikovega razmišljanja dajemo občutek razumevanja in poskusimo vzpostaviti čim večjo mero zaupanja. Pomembno je aktivno poslušanje, spodbujanje pripovedi, izogibanje prerakanju z bolnikom. Preveriti moramo stopnjo samomorilnosti, predvsem pa kritičnosti do lastnih zdravstvenih težav ter možnost, da škoduje drugim ali naredi večjo materialno škodo.

Če je bolnik še deloma kritičen do svojega stanja, mu je potrebno nedvoumno povedati, da so njegove težave posledica bolezni. Potrebno mu je predstaviti možnosti ter nujnost potrebe po zdravljenju. Če pa je bolnik povsem nekritičen in ogroža sebe ali druge ali povzroča večjo materialno škodo, je potrebno izvesti postopek prisilne hospitalizacije.

Kadar psihotičen bolnik navaja halucinacije, se z njim sporazumevamo potrpežljivo, pri tem pa uporabljamo počasen in miren govor. Uporabljamo kratka in enostavna vprašanja (»Ali slišite glasove poleg mojega?«, »Kaj vam govorijo?«, »Opišite mi, prosim, kaj vidite/slišite/občutite/vonjate/okušate?«). Ne pretvarjamo se, da tudi mi doživljamo halucinacije, hkrati pa bolnika ne prepričujemo, da ne obstajajo (»Jaz ne slišim glasov, ki jih opisujete vi, slišim samo glasova najinega pogovora, vendar vam verjamem, da jih slišite vi.«). Nedvoumno ga seznanimo z dejstvom, da so halucinacije posledica bolezni in da potrebuje ustrezno zdravljenje. Razumevanje stanja pri bolniku zmanjšuje stres, zmedenost, tesnobo in halucinacije same.

V sklopu nebesednega sporazumevanja brez bolnikovega dovoljenja ne vdiramo v njegov osebni prostor (razdalja cca. 1 meter) in se ga ne dotikamo.

Bolnik s psihotično motnjo je lahko tudi agresiven. Na ta način izraža svoje misli, občutke sramu, manipulacije, egoizem ali nemoč na način, ki je za družbo najbolj nesprejemljiv in ogrožajoč. Pri verbalnem nasilju bolnik uporablja ostre besede, žaljivke, preklinja, obtožuje in omalovažuje. Pri fizičnem nasilju pa lahko pljuva, grize, ima težnje k napadu ali celo napada ljudi ter povzroča materialno škodo.

Izrednega pomena je vzpostavitev zaupanja, varnosti in spoštovanja s tovrstnim bolnikom. To dosežemo tako, da ne vstopamo v njegov osebni prostor (agresiven bolnik potrebuje do 4x več prostora, zato smo od njega oddaljeni 1-2 metra ali poskrbimo, da je med nama fizična ovira, npr. miza). Delujemo mirno in sproščeno, uporabimo pomirjujoč in tih ton našega glasu (vpitje, sarkazem, nestrpnost dodatno dvigujejo prag napetosti). Ne kažemo

strahu, ampak spoštovanje. Bolnika poslušamo in poskušamo razumeti zakaj je agresiven, dajemo mu jasna in dosledna sporočila, da je agresivno vedenje nesprejemljivo. Seznanimo ga s posledicami agresije v kolikor ne bo upošteval naših navodil (klic organov pregona, izvedba prisilne hospitalizacije). Bolnikove agresije nikoli ne smemo jemati osebno in moramo vedno poskrbeti za to, da zmanjšamo osebno tveganje na minimum.

Napake pri sporazumevanju z bolniki s psihotično motnjo:

- neprepoznavanje stopnje bolnikove kritičnosti do lastnih zdravstvenih težav ter potencialne ogroženosti sebe in drugih, ki jo s svojo boleznijo povzroča bolnik,
- neustrezne odločitve o nadaljnjih postopkih ukrepanja,
- spuščanje z bolnikom v konflikt,
- laganje (»samo na en pregled boste šli, dobili zdravila in bo vse v redu«).

Sporazumevanje s psihotičnim bolnikom je umetnost, ki zahteva osebnostno in profesionalno zrelost, znanje in izkušnje!

### 4.3 Bolnik s somatoformno motnjo

Na posvet pride obvezno z »vstopnico« telesnih težav, katerih simptome opisuje zelo natančno in nazorno. Nima uvida, da so vzrok telesnim težavam duševne motnje. Od zdravnika pričakuje opravljanje številnih in najrazličnejših diagnostičnih postopkov za razjasnitev telesnih težav in je pri tem vztrajen in zahteven. Navadno je tudi vznemirjen, zaskrbljen, prestrašen.

Vsako bolnikovo telesno pritožbo moramo jemati resno in opraviti usmerjen klinični pregled ter smotrne preiskave. Ob predstavljenih bolnikovih telesnih težavah raziščemo okoliščine (odprta vprašanja, razmere doma, v službi) ter dajemo občutek razumevanja in opore (empatija). Razložimo mehanizem nastanka telesnih znakov kot posledico duševnih procesov in jih povežemo z odkritimi psihosocialnimi vzroki. Bolnika dejavno vključimo v reševanje težav. S tem mu odvmemo občutek krivde zaradi duševne motnje, potrdimo resničnost njegovih težav ter okrepimo partnerski odnos. Skupaj načrtujemo smiselne diagnostične postopke in zdravljenje.

V pomoč nam je uporaba specifičnih veščin sporazumevanja: parafraziranje in delitev misli z bolnikom (»razmišljam, ali je vaše stiskanje v prsnem košu res posledica bolezni srca, ali pa sta morda kriva stres in zaskrbljenost?«), uporaba označevalcev razgovora (»rad bi preveril, ali sem vas pravilno razumel...«-napoved povzetka), izražanje podpore (»razumem, da vas skrbi«), partnerstvo (»pri vašem zdravljenju bova sodelovala in se sprti dogovarjala, kar bo potrebno«), senzibilnost (»rektalni pregled je za vas morda neprijeten, a se bom potrudil, da ga bom opravil hitro in neboleče«).

Napake pri sporazumevanju z bolniki s somatoformno motnjo:

- zanikanje (»nič ni narobe z vami«; s tem namigujemo na to, da si bolnik izmišljuje in ga omalovažujemo zaradi duševne bolezni),
- preslišanje iztočnic, ki jih podaja bolnik,
- zarotništvo (bolniki se sami podučijo o možnosti duševnega ozadja svojih težav in to zdravniku povedo, ta pa se neustrezno odzove: »saj sem vam to že zadnjič poskušal pojasniti, pa me niste poslušali«).

## 5 Pomen nebesednega sporazumevanja z bolnikom z duševno motnjo

Bolniki z duševnimi motnjami so zelo dobri opazovalci našega nebesednega sporazumevanja. Pomembno je, da zavzamemo ustrezno razdaljo do bolnika, pri kateri se

oba počutita udobno. Trudimo se, da ne »vstopamo v bolnikov prostor«. Vzdržujemo očesni stik, a ne s strmenjem v bolnika. Najustrežneje je nekaj trenutkov gledati v oči, nato za nekaj trenutkov umakniti pogled in nato ponovno vzpostaviti očesni stik. Med posvetom ne počnemo stvari, ki bi utegnile prekiniti bolnikovo pripoved. Izražamo zanimanje, skrb in pozornost s pomočjo telesne drže in izrazov na obrazu.

## 6 Težave pri sporazumevanju z bolnikom z duševno motnjo

### 6.1 Težave na strani bolnika:

- zaskrbljenost glede zaupnosti podatkov,
- skrb pred morebitnim obsojanjem zdravnika ali banaliziranjem njegovih zdravstvenih težav,
- nezmožnost vzpostavitve dobrega terapevtskega odnosa z zdravnikom.

### 6.2 Težave na strani zdravnika:

- morebitno nepoznavanje oz. slabše poznavanje kliničnega področja,
- nezadostna poučenost o kriznih in drugih kratkih intervencijah,
- doživljanje frustracij ob predstavljenih psihosocialnih težavah,
- napačno lotevanje bolnikovih duševnih težav z izogibanjem (potrditev bolnikove domneve o telesnem značaju težav, ponujeno zdravlilo za "srce in živce" in s tem zamaskiranje bistva problema, prelaganje bolnikove težave na ramena drugega kliničnega specialista),
- zdravnikova lastna stališča do duševnih motenj, občutek, da vdira v zasebno področje bolnika,
- prebližnje poznavanje bolnika,
- časovne omejitve.

## 7 Zaključek

Pri sporazumevanju z bolnikom z duševno motnjo je pomembno bolnika dejavno vključiti v razlago in razumevanje zdravstvenih težav, povezanih z duševnimi motnjami, kar še zlasti velja za somatoformne motnje. Zdravnik družinske medicine je v edinstvenem položaju, saj zagotavlja dolgotrajno oskrbo bolnika ter pomoč in podporo v številnih, za bolnika težavnih okoliščinah.

## Literatura

1. Kersnik J. Obravnava duševnih motenj v družinski medicini. Med Razgl 1999; 38(2): 265-80.
2. Kersnik J. Osnove družinske medicine. Maribor: Medicinska fakulteta; 2007.
3. Petek D. Vodenje posveta v ambulanti družinske medicine. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 175-89.
4. Tomori M. Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta, 1999.

# Sporazumevanje ob koncu bolnikovega življenja

Vesna Homar

Teme

- Opredelitev pojmov
- Namen sporazumevanja ob koncu življenja
- Dejavniki, ki omejujejo sporazumevanje ob koncu življenja
- Predstavitev tehnik, ki olajšajo sporazumevanje v obdobju ob koncu življenja

## 1 Uvod

Obdobje ob koncu življenja je del življenja, ko je z medicinskega gledišča bolnikova smrt zaradi obravnavane bolezni neizogibna. Obdobje ob koncu življenja časovno ni omejeno – lahko traja mesece, tedne, dneve, redko samo ure. Umiranje je zadnja faza obdobja ob koncu življenja, ko se pojavijo znaki ugašanja življenjskih funkcij (vezanost na posteljo, pitje po požirkih, neredno dihanje, motnje zavesti, nezmožnost zaužitja tablet). Obdobje umiranja traja običajno nekaj dni, lahko le nekaj ur.

## 2 Namen sporazumevanja ob koncu življenja

Bolnik mora ob koncu življenja sprejeti pomembne odločitve. Nekaj jih je povezanih z zdravljenjem oz. lajšanjem zdravstvenih težav, večina pa zadeva ureditev osebnih stvari in odnosov. Večina ljudi želi vedeti, kaj se bo z njimi dogajalo, da lahko oni in njihovi bližnji preostali čas čimbolj kvalitetno izkoristijo.

## 3 Dejavniki, ki omejujejo sporazumevanje ob koncu življenja

- Bolnik je navadno v slabi fizični, psihični kondiciji in ima zmanjšano možnost koncentracije.
- Zdravniku, bolniku ali svojcem pogosto ni prijetno govoriti o umiranju, smrti, preostalem času.
- Bolnik ali svojci pogosto pričakujejo eksaktne odgovore, ki jih medicinsko ne moremo dati (npr. Koliko časa je ostalo?).
- Bolnik, ki se zaveda svoje prognoze, ima v obdobju ob koncu življenja še številne druge stvari za razrešiti, zato lahko nameni medicinskemu osebju le kratek čas in energijo.

## 4 Predstavitev tehnik, ki olajšajo sporazumevanje v obdobju ob koncu življenja

### 4.1 Vzpostavitev odnosov in razmerij

Z bolnikom želimo vzpostaviti zaupen odnos, ki bo bolniku in svojcem v pomoč. Lažje je, če se je odnos med zdravnikom in bolnikom ter svojci zgradil že v preteklosti, zato je pomembno, da bolnika ob koncu življenja oskrbuje izbrani zdravnik.

Potrebno je tudi:

- določiti osebo, ki lahko sprejema odločitve, ko bolnik tega ne zmore sam,
- seznaniti se z bolnikovimi splošnimi načeli in željami, ki bodo vplivale na obdobje ob koncu življenja,
- biti pripravljen govoriti o smrti, umiranju, ko to željo nakaže bolnik.

## 4.2 Razjasnitev prognoze

Pogovor o prognozi je zelo nepredvidljiv, ker pred njim ne vemo, koliko informacij bolnik že ima in do kakšne mere jih razume ter sprejema. Pogosto bolniki rečejo: »Nič mi niso povedali,« pa to ne drži, vendar bolnik ni zmozel informacije predelati. Zato je pomembno, da ključne informacije večkrat ponovimo, po možnosti v prisotnosti svojca, če to ni v nasprotju z bolnikovimi željami.

Bolniki se lahko tudi oklepajo izjave ene osebe, ki je v njih vzbudila pretirana pričakovanja (npr. »Zdravnica v bolnišnici mi je rekla, da bi mi pomagala samo še biološka zdravila.«). Takšne dileme je potrebno razčistiti, da bolnik in svojci vedo, da je bilo aktivno zdravljenje v resnici izčrpano.

Za pogovor o prognozi je pomembno:

- da poteka v skladu z načeli sporočanja slabe novice – bolnik odloča kdaj, koliko, v kakšnem tempu in s kom bomo govorili o prognozi.
- Sporočila naj bodo jasna, nedvoumna.
- Poudariti je treba omejitve prognosticiranja (npr.: na direktno vprašanje »Koliko časa mi je še ostalo?« lahko odgovorite: »Nihče vam ne more natančno povedati, koliko časa, vendar govoriva verjetno o tednih, ne o mesecih ali letih.«).
- Če odgovora ne vemo, odgovorimo »Ne vem, poskusil bom izvedeti.«

## 4.3 Pogovor o željah, stališčih in pričakovanjih

Z bolnikom se je potrebno pogovoriti o njihovih željah, pričakovanjih in stališčih glede obdobja, ki je pred njimi, in zdravljenja. Bolniki in svojci imajo lahko glede paliativnega zdravljenja številne predsodke (»Ko dobiš morfij/kisik, je pa konec.« »Če ne zmore jesti, mora dobiti hrano v žilo.«), ki jih je potrebno odkriti in se o njih pogovarjati.

Skoraj vsi terminalno bolni preizkusijo tudi komplementarne ali alternativne oblike zdravljenja, o čemer je prav, da se izbrani zdravnik z njimi pogovori.

## 4.4 Plan zdravljenja

Bolnik mora razumeti, kakšne možnosti zdravljenja ima. Pogosto bolniki mislijo, da jih ne bomo več zdravili, ker so neozdravljivo bolni. Povedati jim moramo, da jih bomo zdravili do konca (npr. »Oba veva, da se vaše bolezni ne da pozdraviti. Vendar lahko do konca zdraviva vse tegobe, ki jih vaša bolezen povzroča.«).

Z bolnikom in svojci se je smiselno pogovoriti tudi o možnostih in smiselnosti invazivnega zdravljenja (npr. parenteralne hidracije, oživljanja), napotovanja v bolnišnico ter iskanja pomoči v primeru nenadnega poslabšanja stanja.

## 4.5 Sodelovanje članov tima

V obdobju ob koncu življenja prihaja bolnik v stik z več zdravstvenimi delavci. Pomembno je, da dobiva od vseh približno enake informacije. Že najmanjše razhajanje lahko vzbudi



dvom ali lažno upanje. Zato je smiselno, da zdravnik družinske medicine predstavi bolnika vsem vpletenim (medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, urgentni tim ipd.). Predstavitev je lahko ustna ali pisna (npr. paliativni načrt, načrt ukrepanja v primeru poslabšanja).

## 5 Zaključek

Pogovor z bolnikom ob koncu življenja je zahteven za vse vpletene. Pa vendar je zdravnik družinske medicine tisti, ki zdravi bolnika v vseh obdobjih – pred boleznijo, med boleznijo in ob koncu življenja.

Sporazumevanje olajšajo: že zgrajen dober, odkrit in pošten odnos med bolnikom, svojci in zdravnikom, sporočanje novice na subtilen način, aktivno poslušanje, spodbujanje vprašanj in občutljivost za to, kdaj se bolnik želi pogovarjati o smrti.

## Literatura

1. Ngo-Metzger Q, August KJ, Srinivasan M, et al. End-of-life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication. *Am Fam Physician*. 2008; 77.2: 167-74.
2. Benedik J. Oskrba ob koncu življenja. *Onkologija*. 2011; 15(1): 52-58
3. Sleeman KE, Collis E. Caring for a dying patient in hospital. *BMJ*. 2013; 346
4. Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, et al. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. *Arch Intern Med*. 2001;161(6): 868-74.

# Sporazumevanje v posebnih okoliščinah

# Motivacijski pogovor

Marko Kolšek

Teme

- Aktivno poslušanje
- Pomembnost in zmožnost za spremembo – pripravljenost za spremembo
- Strategije za povečevanje motivacije

## 1 Uvod

Motivacijski pogovor je potreben oz. smiseln takrat, ko sogovornik – pacient - potrebuje pomoč pri razmisleku ali/in odločitvi za neko novo vedenje ali spremembo vedenja, ki bi lahko bilo pomembno za njegovo zdravje. Pri delu zdravnika s pacienti je takšnih situacij zelo veliko; n.pr. diete ob nekaterih boleznih, redna telesna aktivnost, vaje za hrbtenico, redno jemanje predpisanih zdravil, umivanje zob, uporaba kondoma, povijanje nog, kajenje, pitje alkohola.

Kadar gre za akutne dogodke ali kratkotrajno ukrepanje, pacienti pogosto ne potrebujejo posebne pomoči za odločitev za neko aktivnost (n.pr. razgibavanje sklepa po imobilizaciji, jemanje antibiotika pri akutni okužbi ipd.).

Kadar gre za nove aktivnosti, ki naj bi trajale daljše obdobje (n.pr. redne vaje za hrbtenico) ali za spremembo ustaljenega vedenja (n.pr. opustitev kajenja, dieta ob novo ugotovljeni sladkorni bolezni), pa ponavadi to ni tako preprosto, kot si pogosto predstavljamo: zdravnik naj postavi diagnozo, pacientu da konkreten nasvet in naslednji dan je novost ali sprememba vedenja že uresničena.

Človek svojega vedenja dolgoročno praviloma ne spreminja čez noč. Za to mora biti pripravljen – motiviran. Kadar izgleda pacient nemotiviran za spremembe ali za upoštevanje zdravnikovega svetovanja, neredko pomislimo, da je nekaj narobe s pacientom in da se tukaj ne da nič narediti. Te predpostavke so običajno napačne, kajti nihče ni popolnoma nemotiviran. Motivacija za morebitno spremembo ni nekaj statičnega, ampak se glede na okoliščine in notranje dejavnike ali pa vplive od zunaj lahko spreminja. Zdravnik lahko z ustreznim pristopom poveča pripravljenost za spremembo vedenja pri pacientu, z neustreznim pristopom pa jo lahko celo zmanjša – vse je odvisno od načina komuniciranja oz. od odnosa zdravnik – pacient.

Iz izkušenj in raziskav vemo, da preprost nasvet redko spodbudi pacienta k večji spremembi vedenja. Le izjemoma n.pr. pacient takoj preneha kaditi, če mu zdravnik svetuje, naj opusti kajenje; prav tako je malo verjetno, da pacient kar naenkrat povsem spremeni prehrano, če mu ugotovijo sladkorno bolezen. Preprost nasvet kot navodilo ali priporočilo, izrečeno v enem ali nekaj stavkih, je morda uporaben takrat, kadar gre za navodila za ravnanje v situaciji, s katero bolnik nima izkušenj (n.pr. zaradi zloma podlahti bolnik dobi mavec in mu svetujemo, da giblje s prsti), kar seveda ne pomeni, da bo večina bolnikov to res upoštevala. Takšne spremembe so seveda še težje, če gre pri pacientu za tvegano vedenje, ki trenutno še ne dela nobenih težav (n.pr. povišan krvni tlak, tvegano pitje alkohola) ali pa za aktivnost, ki bi lahko dolgoročno zmanjšale možnost za težave v kasnejšem življenju (n.pr. vaje za krepitev mišic medeničnega dna pri nosečnici, ustrezne diete pri različnih boleznih).

Kljub vsemu pa imamo glede zdravja vsi ljudje neke želje, cilje, aspiracije, nikomur ni vseeno, kako se počuti in kako bo z njegovim zdravjem v prihodnosti. Zato je to področje vedno odprto in je nanj dolgoročno z ustreznim pristopom možno vplivati.

Motivacijski pogovor oz. svetovanje za spremembo vedenja, povezanega z zdravjem, temelji na elementih kognitivno-vedenjskih pristopov, motivacijskega intervjuja ter modela motivacijskega kroga (Prochaska in DiClemente). Za vsakdanjo rabo sta ga razvila Rollnick in Miller s sodelavci v poznih 80. letih prejšnjega stoletja, kasneje pa so to metodo dopolnjevali tudi drugi.

Svetovanje je lahko izvedeno v enem pogovoru, pogosteje pa poteka v več pogovorih. Pri takšnem svetovanju mora biti aktiven tudi pacient, oz. še boljše predvsem pacient, zdravnik pa je empatičen, aktivno poslušal, uporablja nebesedne in besedne veščine sporazumevanja, ponavadi je predvideno spremljanje posameznika skozi daljši čas.

## 2 Stopenjski model spreminjanja – motivacijski krog (Prochaska in DiClemente)

Že dolgo je bilo znano, da je veliko težav, ki jih imajo ljudje, povezanih z njihovim vedenjem. Rezultati svetovanj tem ljudem za spremembo vedenja so bili relativno slabi, čeprav so ljudje poznali tveganja. Prochaska in DiClemente sta razvila model, ki omogoča boljše razumevanje, kaj se dogaja v mislih človeka z nekim vedenjem, ki bi ga bilo smiselno spremeniti, da bi si s tem zmanjšal tveganje za morebitne posledice tveganega ali škodljivega vedenja. Ugotovila sta, da pogosto ni mogoče doseči spremembe kar čez noč, ampak gre za bolj ali manj dolgotrajen proces, ki na koncu lahko privede do spremembe. Ta proces sta opisala s krogom (Slika 1).

Slika 1. Stopenjski model spreminjanja (Prochaska in DiClemente)



Pri tem pomeni:

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

- kontemplacija – obdobje, ko človek razmišlja, da bi bilo dobro enkrat spremeniti neko vedenje, a je glede tega ambivalenten - razdvojen, negotov;
- pripravljalo obdobje – človek razmišlja, kako bi to spremembo izvedel, a še ni povsem odločen zanjo, še vedno je ambivalenten, negotov;
- akcija – človek se odloči za spremembo in dejansko spremeni neko vedenje, ki lahko neugodno vpliva nanj;
- vzdrževanje – obdobje, ko človek vztraja v novem, spremenjenem vedenju; če ga vzdržuje dovolj dolgo, nekako izstopi iz tega kroga, ponotranji to spremenjeno vedenje in to preide v njegovo »običajno« vedenje;
- recidiv ali relaps – je povrnitev v prejšnje vedenje, ker novo, spremenjeno vedenje ni bilo dovolj utrjeno ali so prevladali drugi motivi, ki niso spodbujali novega vedenja.

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

## 2.1 Primeri dejavnikov, ki vplivajo na prehajanje med stopnjami motivacijskega kroga

### Notranji dejavniki:

- Naš sogovornik ima glavobol po pivskih večerih (spodbuda za spremembo).
- Naš sogovornik se je ob opustitvi kajenja slabše počutil, bil je nervozen, težje je zbrano razmišljal (spodbuda za opustitev akcije in povratek na prejšnje vedenje).
- Naši sogovornici vse bolj uhaja urin (spodbuda za redno izvajanja Keglovih vaj).

### Zunanji dejavniki:

- Ženo našega sogovornika moti njegovo pitje alkohola (spodbuda za spremembo).
- Prijatelji našega sogovornika, s katerimi se redno dobiva na partiji taroka, tudi kadijo (spodbuda proti prenehanju kajenja).
- Znanec ali prijatelj zbolil zaradi okužbe s HIV (spodbuda za manj tvegano spolno vedenje).

## 2.2 Aktivno poslušanje

Zdravnik mora pogovor prilagoditi posameznemu človeku in stopnji na opisanem modelu motivacije za spremembo. Z ustreznim sporazumevanjem lahko pomaga pacientu, da hitreje preide iz obdobja prekontemplacije ali kontemplacije do akcije; velja pa tudi obratno: z neustreznim sporazumevanjem lahko pri njem krepil odpor za spremembo. Pomembno je, da z metodo aktivnega poslušanja uporablja k človeku usmerjen pristop, zna direktivno voditi pogovor, se ustrezno pogaja s pacientom in ustvari takšno vzdušje v pogovoru, da pacient nima občutka, da ga nekdo sili v nekaj, za kar se sam še ni resno odločil.

Temelj pogovora je aktivno poslušanje, pri čemer moramo med drugim biti izredno pozorni, da se trudimo razumeti, kaj nam sogovornik pove. Pogosto se dogaja, da zdravnik pacientovih besed (in/ali vedenja) ne razume enako, kot so bile mišljene. Izogibati se je treba predpostavke: »Saj vem, kaj misli, vem, kaj je želel povedati«. Zato je treba veliko in radovedno spraševati. V pogovoru moramo večkrat preveriti, ali smo prav razumeli

sogovornika, kar napravimo tako, da občasno naredimo kratek povzetek do tedaj povedanega in/ali da s svojimi besedami ponovimo, kar je povedal sogovornik. V pogovoru uporabljamo odprta vprašanja, ki se začnejo z vprašalnicami: kdaj, kako, kje, na kakšen način, ... S takšnimi vprašanji pridobimo veliko več pomembnih podatkov, kot pa z vprašanji, ki se začnejo z vprašalnico »Ali ...«, saj na to sogovornik lahko odgovori samo z »Da« ali »Ne«. Eno od nepisanih pravil motivacijskega pogovora je, da naj pacient govori več kot zdravnik.

### **2.3 K bolniku usmerjen pristop**

Tak pristop vključuje razumevanje posameznikovega doživljanja bolezni ali tveganega vedenja, njegova stališča in prepričanja, njegovih občutkov, skrbi, bojazni, pomislekov, dvomov, pričakovanj in vpliva bolezni ali vedenja na njegovo življenje – različne vidike njegovega življenja: somatske, čustveno-doživljajske, življenjske pogoje, način življenja, zmožnosti za vsakdanja življenjska in delovna opravila ter vpliv na njegovo družino, delovno okolje, prijatelje in okolico (SWEN model po Voljču).

### **2.4 Direktivno vodenje pogovora**

To ne pomeni avtoritativnosti, ampak je to usmerjanje pogovora v želeno smer. Zdravnik daje pogovoru smer in strukturo, pacient pa večji del vsebine. Ob tem zdravnik aktivno posluša, je odziven in empatičen. Človeka ne prekinja, ampak spodbuja k dodatnim opisom, da si lažje ustvari sliko njegovega stanja in hkrati vodi pogovor tako, da daje pacientu odgovornost za njegove odločitve in življenje. Pacientu ne »predava ali pridiga«, še manj prepričuje, ampak predvsem posluša.

### **2.5 Pogajanje**

Pošteno pogajanje pomeni, da so sogovornikova stališča in prepričanja enakovredna stališčem zdravnika. To ne pomeni, da se mora zdravnik s pacientovimi stališči strinjati, ampak da jih sprejme in upošteva. Ob tem morajo biti strokovna stališča, ki jih ima zdravnik, povsem jasno razvidna. Sama stališča ne morejo biti »predmet pogajanja« - npr. meja manj tveganega pitja alkohola za odraslega zdravega moškega je do 14 enot alkohola na teden – to ne more biti predmet pogajanja. Lahko se v pogovoru dogovorita, da bo bolnik upošteval mejo 21 enot alkohola na teden, če ne more ali noče sprejeti strokovno sprejete meje. Zdravnik mora seveda človeku ob tem povedati, da takšen njun dogovor pomeni večje tveganje za morebitno škodo zaradi pitja, kot če bi upošteval mejo manj tveganega pitja. V pogajanjih ne smemo prepričevati, saj to pri sogovorniku rodi odpor. V pogajanjih ne gre za to, kdo bo zmagal, ampak kako dober dogovor bosta sprejela, kakšen je njun skupni cilj in razjasnitev, kakšno vlogo ima vsak od njiju pri tem dogovoru.

### **2.6 Ustrezno vzdušje v pogovoru**

Aktivno poslušanje, empatičen pogovor in dogovarjanje dajejo poudarek procesu, ne le vsebini pogovora. Ni pomembno samo, KAJ oz. o čem se pogovarjamo, ampak je vsaj tako pomembno (če ne celo nekoliko bolj), KAKO se pogovarjamo. Ustrezno vzdušje v pogovoru zagotavlja, da sta na koncu pogovora zadovoljna oba – pacient in zdravnik, kar daje priložnost, da se bosta v naslednjem obdobju še lahko pogovarjala in iskala poti za izboljšanje in/ali vzdrževanje zdravja. V takšnem vzdušju se človek lahko svobodno pogovarja in razmišlja o morebitni spremembi vedenja brez prisile ali prepričevanja ter brez vsiljenih ali prezgodnjih odločitev.

### 3 Svetovanje za spremembo vedenja, povezanega z zdravjem

Pred svetovanjem za spremembo vedenja je smiselno vprašati sogovornika, če je pripravljen za pogovor oz. nekaj vprašanj v zvezi s tem vedenjem. V takšnem pogovoru je vedno smiselno ugotoviti, v katerem delu motivacijskega kroga je pacient in temu prilagoditi način in vsebino pogovora.

Za lažje prepoznavanje in izbiro, čemu dati poudarek v motivacijskem pogovoru za spremembo vedenja, je priporočljivo razčleniti pripravljenost (motivacijo) za spremembo na dva osnovna elementa:

- pomembnost morebitne spremembe in
- zmožnost oz. samozaupanje, da bi sprememba vedenja uspela, če bi se zanjo odločil.

Ko ugotovimo stopnjo pomembnosti in zmožnosti za morebitno spremembo, nam to pomaga pri odločitvi, na kaj je treba usmeriti motivacijski pogovor.

Izhajamo lahko iz osnovne ugotovitve, ki je razumljiva vsakomur: nihče ne spreminja svojega vedenja ali navad, če mu to ni resnično pomembno in če ne verjame vase (si ne zaupa, se ne čuti zmožnega), da bi mu sprememba uspela, če bi se odločil zanjo.

Zato je treba v pogovoru ugotoviti ta dva elementa pripravljenosti za spremembo.

- V zvezi s pomembnostjo se človek sprašuje: Kaj bom pridobil? Ali je vredno truda? Kaj se bo spremenilo? Česa me bo ta sprememba »stala«?
- V zvezi s zmožnostjo se človek sprašuje: Ali zmorem? Kako naj to izvedem? Kako se bom sprijel z ...? Kaj bom lahko spremenil? Ali mi bo uspelo, če...?

Ta dva elementa lahko zdravnik ugotovi iz samega pogovora ali pa preprosto vpraša pacienta, da mu pove svojo oceno za pomembnost in zmožnost za morebitno spremembo. Pomembno je, da je pogovor res empatičen, da se zdravnik iskreno zanima za sogovornikova razmišljanja, stališča brez vnaprejšnjih sodb o njih, brez vrednotenja, brez nasvetov in predlogov za akcijo ali nagovarjanja k čim prejšnji spremembi, če sogovornik ni res pripravljen zanjo, to pomeni, če tako pomembnost kot zmožnost nista zelo visoki. Cilj analize teh dveh elementov je ugotoviti, na kaj se moramo usmeriti v nadaljnjem pogovoru. Tak motivacijski pogovor pravzaprav pomaga sogovorniku, da na glas strukturirano razmišlja in si odgovarja na vprašanja, ki si jih sam sebi verjetno ne bi postavljaj na tak način.

Primeri, kako lahko vprašamo za stopnjo pomembnosti in zmožnosti:

- Za pomembnost: »Če bi se odločili za zmanjšanje pitja alkohola, kako pomembno se vam to zdi sedaj – če je 0 povsem nepomembno, 10 pa izjemno pomembno, katero številko bi dali zase?«
- Za zmožnost: »Če bi se odločili za zmanjšanje pitja alkohola, kako zmožnega se čutite oz. koliko verjamete vase, da bi vam uspelo sedaj – če je 0, da se sploh nič ne čutite zmožnega, 10 pa da povsem verjamete, da bi vam uspelo, če bi se odločili sedaj?«

Ko ugotovimo stopnji pomembnosti in zmožnosti za morebitno spremembo, pogovor usmerimo:

- V vsakem primeru v pomembnost spremembe, razen če ni ta že sedaj zelo visoka.

- Če je pomembnost zelo visoka, zmožnost pa ne, usmerimo pogovor v povečevanje zmožnosti.
- Če sta oba elementa ovrednotena visoko, je čas za odločitev za akcijo in niso več potrebne razprave.
- V primeru, ko sta oba elementa (pomembnost in zmožnost za spremembo) zelo nizka, pa verjetno ni pravi trenutek za pogovor o tej temi in je dovolj, da smo to omenili, pogovor pa je treba usmeriti na področje, ki se trenutno zdi pacientu bolj pomembno.

### 3.1 Strategije za povečevanje pomembnosti

Če pomembnost za spremembo vedenja ni visoka (n.pr. upoštevanje diete, uporaba kondoma, povijanje goleni z elastičnimi povoji, zmanjšanje pitja alkohola...), lahko uporabimo nekaj strategij, s katerimi lahko sogovorniku pomagamo, da si poveča pomembnost (Tabela 1). Za pomoč pacientu pri njegovem razmišljanju o morebitni spremembi tvegane vedenja ali začetku novega vedenja lahko pacienta spodbudimo, da nam (in s tem sebi) odgovori na nekaj vprašanj: n.pr. Zaradi česa bi si želeli, da se stvari spremenijo? Kaj bi vam takšna sprememba vedenja pomenila? Kaj bi s spremembo pridobili zase? Kateri so n.pr. trije razlogi, zaradi katerih bi to naredili?

Tabela 1. Strategije za povečevanje pomembnosti morebitne spremembe vedenja

1.	»Majhen korak« - razmislek, druga tema, informacija
2.	Vprašanja glede ocene pomembnosti - »zakaj tako visoko«, »kako višje - dogodek, pomoč?«
3.	Analiziraj razloge »za« in »proti« - ambivalenca, lahko malo zmanjšaš pomen »proti«
4.	Analiziraj morebitne skrbi glede sedanjega pitja alkohola - ..., kaj oz. kako bo naprej s tem; dnevnik?

Kadar je pomembnost za morebitno spremembo v tem trenutku zelo nizka, je dovolj t.i. »majhen korak« - izmenjava informacij, kaj sogovornik že ve (n.pr. o sladkorni dieti, o nevarnostih povišanih vrednosti krvnega sladkorja ipd.), in morda predlog pacientu, da si doma prebere zloženko, ki mu jo zdravnik da.

Če je pacientova ocena pomembnosti za upoštevanje n.pr. sladkorne diete sedaj nekaj srednjega (n.pr. približno »4« do »6«), je smiselno radovedno vprašati, zakaj ni rekel »0« ali »1«. Ob tem je treba biti pozoren, da je vprašanje iskreno radovedno brez vsakega cinizma, pretiranega začudenja, izzivanja ali »zafrkavanja«. Takšno vprašanje spodbudi pacienta, da pove svoje argumente, zakaj bi bilo upoštevanje diete (ali redno izvajanje vaj za hrbtenico) kljub vsemu pomembno – to pomeni, da si sam zvišuje pomembnost, sam pove argumente za spremembo. Če bi ga vprašali obratno – zakaj ni rekel »8« ali »9«, bi si sam z naštevanjem argumentov proti spremembi celo zniževal pomembnost in bi dosegli ravno nasproten učinek od zelenega. Poleg tega lahko sogovornika vprašamo n.pr.: kaj bi mu pomagal, da bi s »5« prišel na »9« ali »10«.

Naslednja možnost pri srednje visoki pomembnosti je analiza razlogov za in proti spremembi ter hkrati razlogov za in proti sedanjemu vedenju. N.pr. kaj govori za upoštevanje diete (ali zmanjšanje pitja alkohola) in razloge proti upoštevanju diete (ali



zmanjšanju pitja) ter hkrati razloge za ohranitev sedanjih prehranskih navad in razloge proti sedanjem načinu prehranjevanja – skupaj lahko shematsko naredimo »razmerje odločanja« (Tabela 2).

Tabela 2. Razmerje odločanja

Razlogi za vztrajanje v sedanjem vedenju	Razlogi za spremembo vedenja
Kaj vam je všeč pri..., kakšne so koristi sedanjega vedenja (n.pr. načina ali količine pitja alkohola)? Dobre strani vedenja	Kakšni so pomisleki ali skrbi, če boste vztrajali v sedanjem vedenju? (n.pr. Ali imate kakšne pomisleke glede vašega pitja alkohola) Slabe strani vedenja
Kakšni so pomisleki ali skrbi, če bi spremenili svoje vedenje? Slabe strani spremembe	Kakšne so koristi, če bi spremenili sedanje vedenje? Dobre strani spremembe
Povečan odpor za spremembo Ocena kako čutim = Ocena kako mislim	Povečana pripravljenost - motivacija Ocena kako čutim = Ocena kako mislim

Naslednja možnost za pomoč pri povečevanju pomembnosti (kadar je pomembnost nad »5«) je pogovor o morebitnih skrbih, negotovosti glede nadaljevanja enakega vedenja: kaj oz. kako bo v prihodnosti čez dve ali tri leta, če bo nadaljeval z enakim vedenjem (n.pr. kajenjem, prehranjevanjem, sedečim načinom življenja, ...). Na tej stopnji je za nekatere posameznike včasih koristno, če se odločijo za pisanje dnevnika (»pivskega dnevnik« ali »dnevnik hrane«) - to pomeni, da se odloči, da bo n.pr. mesec ali dva redno sproti zapisoval vsako popito alkoholno pijačo in situacije, ob katerih pije, pri redukcijski dieti pa sproti zapisoval vsak košček hrane in pijač, ki ga bo zaužil.

### 3.2 Strategije za povečevanje zmožnosti

Pr eden pomembnost za spremembo vedenja (n.pr. za znižanje telesne teže, za zmanjšanje pitja alkohola, ...) ni zelo visoka, nima smisla govoriti o zmožnosti – to je o tem, kako oz. na kakšen način bi zmanjšal pitje ali katero dieto bi izbral. Še manj je primerno prigovarjati, da naj se odloči za spremembo, kadar tako pomembnost kot zmožnost nista zelo visoki. Odločitev za spremembo mora dozoreti pri pacientu, ne pri zdravniku; prava odločitev je lahko šele takrat, kadar sta oba elementa pripravljenosti za spremembo (motiviranosti), t.j. pomembnost in samozaupanje v uspeh dovolj visoka.

Tako kot za pomembnost poznamo tudi nekaj strategij, s katerimi lahko sogovorniku pomagamo, da si okrepi zmožnost oz. samozaupanje (Tabela 3).

Tabela 3. Strategije za krepitev zmožnosti morebitne spremembe vedenja

1.	Majhen korak - izpostaviti temo, razmislek
2.	Vprašanja glede ocene zmožnosti - »zakaj tako visoko«, »kako višje - dogodek, pomoč?«
3.	Zbiranje idej (»brainstorming«) - čim bolj vzpodbuditi aktivnost sogovornika, ne nasveti; npr. kaj je pomagalo drugim - nevtralno
4.	Prejšnji poskusi - uspešni in neuspešni - poudari in pohvali uspehe; priznaj oteževalne okoliščine - a pazi!

Kadar je zmožnost zelo nizka, je dovolj »majhen korak« - le kratek začetni pogovor o tem in dati človeku čas za razmislek do naslednjega pogovora. Če je sogovornikova ocena za njegovo samozaupanje v uspeh n.pr. redno izvajanje vaj za hrbtenico, upoštevanja sladkorne diete približno »4« do »6«, je - tako kot pri pomembnosti - smiselno radovedno vprašati, zakaj ni rekel »0« ali »1«. Tudi tu je treba biti izredno pozoren, da je vprašanje iskreno radovedno brez vsakega cinizma, pretiranega začudenja, izzivanja ali »zafiravanja«. Takšno vprašanje spodbudi sogovornika, da pove, kaj ga ovira pri načrtovanju morebitne spremembe. To je lahko kasneje, ko se pripravlja načrt za akcijo, dobra osnova, da vemo, na kaj bo treba biti pozoren pri uresničevanju spremembe navad (n.pr. prehranjevanja) ali uvajanju novega vedenja (n.pr. rednega povijanja goleni z elastičnimi povoji). Tudi tu velja, da bi obratno vprašanje – zakaj ni rekel »8« ali »9«, spodbudilo razmišljanje, ki bi krepilo ovire. Naslednja možnost povečevanja zmožnosti je lahko vprašanje pacientu: kaj bi mu pomagalo, da bi s »5« prišel na »9« ali »10«. Odgovor na to vprašanje pokaže, kje bi lahko n.pr. ob zmanjšanju pitja dobil oporo, kar je smiselno predvideti v samem načrtu za akcijo, ko je človek res pripravljen za spremembo – to pomeni, ko sta pomembnost in zmožnost visoki.

Pri srednje visoki zmožnosti lahko pacienta spodbudimo, da na glas razmišlja, na kakšen način bi n.pr. zmanjšal svoje pitje (kje, kdaj, ob katerih priložnostih in na kakšen način bi pil manj) ali spremenil prehrano (kako si bi organiziral 4 ali 5 dnevni obrokov) ali res redno jemal predpisana zdravila. Če sam sogovornik nima nobene ideje, kako bi to dosledno izvajal, se mora zdravnik izogniti dajanju nasvetov v smislu: »Za vas bi bilo najbolje, da bi ...«, četudi bi ga pacient vprašal, kaj bi bilo zanj najbolje. Tu je pomembno, da pacient sam najde način, ki se njemu samemu zdi primeren in izvedljiv za njega. Če pa res nima nobene ideje, mu lahko zdravnik pove kakšno idejo nevtralno, kaj je po izkušnjah pomagalo drugim – ne pa direktno svetovati, kaj bi bilo primerno za njega. Lahko rečemo n.pr.: »Nekateri ljudje so lahko redno izvajali vaje za hrbtenico tako, da .... Kaj vi mislite o tem načinu?« S tem ne govorimo, kaj bi bilo primerno za njega, ampak kaj pomaga nekaterim, on mora pa sam presoditi, ali bi bilo kaj podobnega primerno za njega.

Naslednja možnost za pomoč pri krepitvi zmožnosti (kadar je zmožnost nad »5«) je pogovor o morebitnih prejšnjih uspešnih ali pa neuspešnih poskusih spreminjanja vedenja (prenehanja kajenja, zmanjšanja pitja alkohola, rednega izvajanja vaj ...). Pri tem pohvalimo tudi pretekle majhne uspehe, neuspehe pa analiziramo – priznamo oteževalne okoliščine. Pri tem ne smemo tem oviram dati prevelikega pomena, da vse skupaj ne izpade brezupno. Ovire analiziramo in pomagamo pacientu, da z glasnim razmišljanjem išče načine, kako bi lahko takšne in še morebitne drugačne ovire premagal ali pa se jim izognil, če bi se odločil za spremembo.

V takšnem motivacijskem pogovoru o morebitni spremembi ali uvedbi novega vedenja zdravnik lahko pacientu ponudi kakšno poljudno literaturo, ki je pripravljena za posamezna tvegana vedenja (n.pr. zloženska o sladkorni bolezni ali arterijski hipertenziji, brošura za samopomoč za zmanjšanje pitja) in/ali mu predlaga obisk ustrezne kakovostne spletne strani. Če je pacient pripravljen za pogovor o morebitni spremembi nekega vedenja, ga je smiselno kmalu naročiti na ponovni pogovor (n.pr. v roku enega do treh tednov), ne ga pa s »predavanjem« o pomembnosti odločitve siliti v takojšnjo odločitev prav sedaj. Praviloma je potrebnih več motivacijskih pogovorov, da pri pacientu »dozori« prava odločitev za spremembo.

## 4 Zaključek

Zelo pogosto se dogaja, da zdravnik precenjuje pacientovo pomembnost in zmožnost za spremembo (to je pripravljenost – motivacijo za spremembo), zato je smiselno, da svojo oceno preveri pri pacientu z ustreznimi preprostimi vprašanji o tem. Če je zdravnik preveč zavzet, da se mora sprememba zgoditi »ravno sedaj«, nekateri pacienti rečejo: »No, bom pa poskusil.«, vendar to ponavadi rečejo zato, da bi ustregli zdravniku, ni pa to njihova trdna odločitev. Torej, ni smiselno pacienta »siliti« ali prepričevati v spremembo, dokler ni sam resnično pripravljen zanjo. Ko odločitev res dozori, to zagotavlja bistveno več možnosti za dolgoročen uspeh, kot pa kratkotrajni neuspeli poskusi, ki dolgoročno samo zmanjšujejo samozaupanje posameznika in neugodno vplivajo na lastno podobo o sebi.

Spreminjanje vedenja, navad in razvad, ki so povezane z zdravjem, je zapleten proces, ki sega globoko v človekovo duševnost. Dober, zaupen, strpen, empatičen odnos med zdravnikom in pacientom olajša pogovor obema. Pacient nima stalnega občutka, da ga strokovnjak prisiljuje v neke spremembe, ampak ga razume v njegovi negotovosti, ambivalentnosti, mu je v oporo pri premagovanju notranjih in zunanjih odporov ter mu pomaga pri prevzemanju odgovornosti za svoje zdravje. Zdravniku pa tak odnos omogoča, da nima slabega občutka, če se pacient ne odloči za spremembo kljub njegovemu trudu in skrbi za njegovo zdravje, omogoča mu, da prevzema le svoj del odgovornosti – to je, da kot strokovnjak išče najboljše poti, kako pomagati drugemu, da si pomaga sam.

## Literatura

1. Boben Bardutzky Darja. Zdravljenje zasvojenosti. Dosegljivo 25.5.2016 na: <http://www.mf.uni-lj.si/kdm/3432-zasvojenosti>.
2. Botelho R. Motivate healthy habits/motivational practice. Dosegljivo 20.5.2016 na <http://www.MotivateHealthyHabits.com>.
3. Kolšek M. Svetovanje. V: Švab I, Rotar-Pavlič D (Ur.). Družinska medicina: učbenik. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 191-7.
4. Kolšek M. Odkrivanje in pomoč pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola. V: Hočevar T, Kolšek M, Zorko M. (Ur.). Priročnik za interdisciplinarno celostno obravnavo tveganega in škodljivega pitja alkohola pri odraslih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, (v tisku).
5. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N. (Eds.) Treating Addictive Disorders: processes of change. New York: Plenum Press, 1986: 3-27.
6. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
7. Voljč B. Model celostnega pristopa k zdravstvenemu problemu v splošni medicini. Doktorska dizertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze Edvarda Kardelja, 1989.

# Težavni posvet

Vlasta Vodopivec Jamšek

Teme

- Opredelitev težavnega posveta
- Konflikt (nesoglasje)
- Primeri in načini reševanja:
  - Jeza
  - Agresivno vedenje
  - Manipulacija
  - Neupravičene zahteve
  - Molčečnost
  - Klepetevost

## 1 Opredelitev

Težavni posveti so tisti, ki pri zdravniku vzbudijo občutke frustracije, nelagodnosti, nejasnosti, jeze, občutke manipulacije ali občutke, da bolnik vodi in usmerja posvet. Neskladje med bolnikovim vedenjem in vedenjem, ki ga pričakuje zdravnik, lahko tudi sicer uspešen odnos med bolnikom in zdravnikom spremeni v težavnega. Težaven odnos označujejo nasprotovanje, nepravilna uporaba moči (bolnikove ali zdravnikove) in pomanjkanje empatije. Za vodenje težavnih posvetov potrebujemo dobro znanje in veščine v medosebnih odnosih ter čustveno zrelost.

Pristopi in tehnike osnovnih veščin, ki pomagajo do uspeha pri težavnih posvetih:

- Dovolimo bolnikom, da izrazijo svoja čustva, pokažimo empatijo.
- Izboljšamo veščine sporazumevanja. Čustvo čutim, obnašanje izberem.
- Vprašamo po psihosocialnih, družinskih informacijah in o razvoju simptomov.
- Ne obsojamo bolnika. Ločimo med lastnimi standardi in merili, ki jih želimo naložiti bolniku.
- Ostanimo mirni in zaupljivi.
- Spoznajmo sebe. Poznavanje lastnih moči in šibkosti pomaga pri postavljanju meja bolnikovim zahtevam in nas ščiti pred izgorelostjo.
- Bodimo potrpežljivi. Vedenje se spreminja počasi.
- Spoštujemo bolnika kot človeka.

## 2 Pomen konflikta (nesoglasja):

- Vsako težavno obnašanje nekaj sporoča.
- Konflikt je normalen, lahko tudi koristen.
- Kar izgleda težavno, je morda pogumno.
- Ločimo med vsebino in načinom sporočanja.
- Podlaga za konflikt sta dve različni želji.
- Izražanje nesoglasja je lahko različno (ignoranca, prepir, jeza, debata...).
- Neustrezno izražanje nesoglasja lahko preprečimo.

## 3 Primeri in načini reševanja:

### 3.1 Jeza

Jeza je pogost in naraven odgovor na strah in predstavlja izgubo kontrole bolnika nad samim seboj.

Komunikacijske veščine:

- Postavimo odprta vprašanja, da ugotovimo, zakaj je bolnik jezen.
- Na jezo se ne odzovemo z obrambo.
- Priznajmo si vpliv bolnikovih čustev na naše občutke.
- Povzemanje pogovora zmanjša napadalnost.
- Pokažemo pripravljenost za pomoč.
- Pokažemo spoštovanje do bolnikovih naporov, da se obvlada.
- Postavimo jasne meje, če je bolnik še vedno žaljiv, pa ga prosimo, da zapusti prostor in pokličemo pomoč.

### 3.2 Agresija

Agresivno in nasilno vedenje je lahko manifestacija organske ali psihične bolezni, nekateri pa z agresivnim vedenjem želijo doseči poseben cilj (prehitevanje vrste, predpis določenega zdravila). Bolniki pogosto pripisujejo zdravniku preveliko moč za reševanje zdravstvenih težav. Če njihova pričakovanja niso dosežena, so razočarani, zaskrbljeni, lahko celo grozijo in postanejo agresivni. Agresivno vedenje ni le fizični napad, so tudi besedna in psihična zloraba, grožnje, namera poškodovanja opreme, seksualno ali rasno vznemirjanje, pretvarjanje, neprimerna čustvena navezanost na zdravnika. Agresivni bolnik ima pogosto v anamnezi osebne probleme, nasilno vedenje, zlorabo drog in alkohola.

Komunikacijske veščine:

- V prostorih ambulate naj bo vidno obvestilo o ničelni toleranci do agresije in nasilja.
- Pozorni smo na nebesedne znake naraščajoče nasilnosti: jezen ton glasu, razdražen videz, stisnjene pesti, kazanje s prstom, sunkoviti gibi.
- Pokažemo empatijo in pripravljenost za pomoč, a ob tem postavimo jasne meje.
- Poslušamo bolnika in ne dajemo mnenj o zadevah, ki niso v naši moči.
- Izogibamo se agresivnim držam (roke v bok) in ne strmimo v oči.
- Pazimo, da ne vstopamo v osebni prostor bolnika.
- Z načinom govora delujemo pomirjujoče.
- V primeru odkrite agresije ne nasprotujemo, da ne izzovemo napada.
- Prepoznamo nevarno okolje in se iz njega čimprej umaknemo, k agresivnemu bolniku se ne obračamo s hrbtom.
- S člani delovne skupine se pogovorimo o agresivnem vedenju bolnika.
- Pokličemo sodelavce na pomoč in ne zapiramo izhoda iz prostora.
- Pokličemo varnostno službo in policijo.

### 3.3 Manipulacija

Manipulativni ljudje so večji vplivanja in kontrole soljudi, da pridobijo koristi zase, ob tem pa so povsem neobčutljivi za bolečine in trpljenje drugih. Njihove besede imajo pogosto

skrit pomen, ki ga sogovornik ne zazna. Imajo številne zahteve in niso nikoli zadovoljni, sprožajo občutek krivde, radi spletkarijo. Pozor, če vas bolnik na vse pretege hvali ali postavlja višje od dosedanjih zdravnikov. Bolnikova pripoved je pogosto tudi v neskladju z zapisi izvidov, ker si bolnik marsikaj razlaga po svoje.

Komunikacijske veščine:

- Že v začetku odnosa postavimo jasne meje.
- Člani delovne skupine naj bodo obeščeni o tem vedenju in se med seboj podpirajo.
- Psihično se pripravimo in načrtujemo pogovor.
- Čeprav se ob taki osebi slabo počutimo, ji tega ne pokažemo.
- Naredimo natančen pregled ter vse skrbno zapišemo, da zadostimo tudi pravnim normam.
- Tudi manipulativen bolnik ima lahko organsko bolezen. Izogibajmo se stavka: »Vse je v vaši glavi.«
- Premišljeno in natančno naročajmo na kontrolne preglede.
- Na preiskave in preglede napotujmo premišljeno. Razložimo koristi in tveganja, pomembno je doseči soglasje bolnika ter vse zapisati.
- Spodbujajmo pozitivno razmišljanje in soodgovornost bolnika za izid zdravljenja.
- Pomagajmo z razlago, kaj je v resnici nujno.
- Upravljanje s časom: v pripravi na posvet naj bolnik pomisli, kaj je bistvena težava, ki nam jo bo predstavil.

### 3.4 Neupravičene zahteve

Bolnikove zahteve so včasih neetične ali celo nezakonite (lažna potrdila).

Komunikacijske veščine:

- Ker zavrnitev prizadene, poskusimo uporabiti obžalovanje kot blažilo za čustva, ki jih izzovemo z zavrnitvijo.
- Napredujmo z majhni koraki in pogajanji.
- Pri odločitvi bodimo dosledni in mirni. Zelo zahtevni bolniki v bistvu potrebujejo avtoritativno osebo, ki jasno, mirno, nedvoumno in dobronamerno izreče ne.
- Prevzemimo odgovornost za »Ne bom.« in se ne izgovarjamo z »Ne morem.«
- Pri zelo zahtevnih bolnikih lahko oblikujemo celo pisni dogovor.

### 3.5 Molčečnost

Molčečnost je lahko znak depresije, nekateri bolniki so preprosto tihi in plahi, nekateri pa se bojijo, da jih bo zdravnik obsojal. Nekateri bolniki so molčeči zaradi kulturnih razlogov. Nekatere teme so zanje tabuji in se o njih ne govori.

Komunikacijske veščine:

- Tihe in plahe spodbujajmo k pripovedi.
- Pomembno je, da ločimo med normalno tišino, ki se pojavi v pogovoru, da bolnik zbere misli in moččnostjo, ki potrebuje našo spodbudo.
- Če imamo občutek, da je tišina odgovor na naše vedenje, bolnika vprašajmo ali smo kaj narobe rekli.
- Če predvidevamo, da je bolnik depresiven, pogovor usmerimo v iskanje simptomov depresije.

- Pogovor vodimo z bolnikovo hitrostjo. Dopustimo tudi tišino.

### 3.6 Klepetavost

Klepetavi bolniki skačejo s teme na temo, vpletajo različne podatke, ki na prvi pogled ne zglejajo povezani z razlogom prihoda. Zdravnik težko vzdržuje strukturo posveta. Klepetavi pogosto ogrozijo zdravnikove trdne sklepe, da bo poslušal bolnike. Včasih bolnika lažje utišamo, kot pa ga pripravimo, da pove svojo zgodbo do konca.

Razlogi za klepetavost so različni, npr.: bolnik stalno govori, ker je vznemirjen. Prepoznavanje bolnikove stiske je lahko v pomoč, da se umiri.

Komunikacijske veščine:

- Zdravnik mora skrbno paziti na strukturo posveta.
- V začetku posveta bolniku pustimo malo več časa, da ugotovimo, kaj je najbolj pomembno.
- Več je potrebnega razjasnjevanja, preverjanj, več zaprtih vprašanj.
- S povzemanjem bolnikove pripovedi ponovno ujamemo nit zgodbe.
- Z bolnikom se dogovorimo za seznam problemov in vrstni red obravnave, da lahko izpeljemo posvet.
- Če govori brez prestanka, lahko prevzamemo besedo, ko zajame sapo.

## 4 Zaključek

Zdravniki družinske medicine se pri svojem delu redno srečujemo s težavnimi posveti in težavnimi bolniki. Če smo pozorni na dejavnike, ki vodijo k težavnim posvetom in prepoznamo možne konfliktne situacije, lahko preprečimo neustrezno izražanje konflikta. Pomembno je, da izberemo ustrezen pristop, ki je za različne ljudi in različne situacije različen. Poznavanje sebe in lastne čustvene prtljage zmanjša število in intenzivnost težavnih posvetov.

## Literatura

1. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med.* 2006;19(6):533-41.
2. Hull SK, Broquet K. How to manage difficult patient encounters. *Fam Pract Manag.* 2007;14(6):30-4.
3. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of difficult patient. *Am Fam Physician* 2005; 72, 10: 2063-8.
4. Težavni bolnik v družinski medicini: učno gradivo za 29. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana 2012. (ur. Cedilnik- Gorup E). Zavod za razvoj družinske medicine, 2012, 10. Suppl 4.

# Sporazumevanje v troje – med bolnikom, spremljevalcem in zdravnikom

Davorina Petek

Teme

- Značilnosti sporazumevanja s spremljevalcem (sorodnikom)
- Značilnosti sporazumevanja v troje

## 1 Uvod

Zdravnik družinske medicine se pri obravnavi bolnikovih težav pogosto pogovarja tudi z njegovim družinskim članom oziroma bližnjo osebo. Na tak pogovor zelo vplivajo družinski odnosi in položaj bolnika v družini oziroma vezi z bližnjo osebo. Okoliščine pogovora so različne: lahko poteka v ambulanti ali na bolnikovem domu, bolnik je lahko prisoten ali ne, lahko smo izbrani zdravnik obema ali le enemu, lahko gre za obravnavo kronične, težke bolezni ali pa za novonastali akutni, (lažji?) zdravstveni problem. V ambulanto z bolnikom najpogosteje pride njegov zakonski partner, starš, pri starostniku pa odrasel otrok. Pri slabo pokretnih bolnikih pa se v ambulanto sami oglašajo sorodniki, ki v različni meri pomagajo pri oskrbi bolnika. Redkeje se kot spremljevalec v ambulanti oglašajo nekdo, ki ni sorodnik, npr. sosed ali prijatelj.

Pogovor v troje poteka v značilnih situacijah, od katerih so nekatere predstavljene v drugih poglavjih priročnika:

- pri osebah, ki so nezmožne same odločati (npr. zaradi kognitivnega upada),
- pri osebah, ki ne razumejo jezika,
- pri gluhih,
- pri mladoletnih pod 15 let.

## 2 Značilnosti sporazumevanja s spremljevalcem (sorodnikom)

Na sporazumevanje zdravnika s sorodnikom bolnika vpliva nekaj dejavnikov, ki so vezani predvsem na sorodnika:

- sorodnikova prepričanja o zdravju in bolezni,
- sorodnikovo doživljanje zdravnika in njegove vloge,
- psihološki dejavniki, ki jih sorodnik razvije v zvezi z boleznijo in zdravljenjem bolnika,
- pričakovanja, ki jih ima od obiska in od zdravljenja na splošno,
- razlog določenega obiska.

Iz več razlogov je sporazumevanje s sorodnikom lahko napornejše od komuniciranja z bolnikom, saj sorodnik nima razvitega dolgotrajnega (čustvenega) odnosa z zdravnikom in zato tudi nima do zdravnika vzpostavljenega zaupanja in občutka varnosti ter pripadnosti.

Bolezen prizadene tudi bolnikovo družino. Svojci potrebujejo čas za prilagoditev, saj bodo bolniku velikokrat nudili pomembno emocionalno podporo in pomoč pri vsakodnevnih opravilih. V napredovalih bolezenskih stanjih, ko je zmožnost odločanja bolnika zmanjšana, spremljevalec postopoma prevzema vlogo skrbnika in s tem se tudi vloge v komuniciranju zamenjajo.



Pogovor s sorodnikom ima naslednje cilje:

- informiranje sorodnika v zvezi z oskrbo bolnika. Pomembno je upoštevati etično načelo zaupnosti glede na željo bolnika,
- ugotovitev čustvenega stanja sorodnika: zaskrbljenost, jeza, anksioznost v zvezi z bolnikovo boleznijo,
- potrebe bolnika in sorodnika,
- zmožnost sorodnika, da sodeluje v oskrbi in s tem v zvezi tveganje za izčrpanost oziroma izgorelost negovalca,
- vključitev sorodnika v načrt obravnave,
- preverjanje veščin, ki jih sorodnik potrebuje v oskrbi bolnika (meritve krvnega tlaka, pomoč pri samokontroli krvnega sladkorja, preveze ran...),
- dogovor glede sporočanja nenadnih sprememb stanja bolnika in ukrepanja.

### 3 Pogovor v troje

Včasih prideta v ambulanto sorodnika, ki sta oba naša pacienta. Situacije so seveda raznovrstne, vendar običajno pride eden kot bolnik in drugi kot spremljevalec, ki poskuša pomagati razrešiti težave bolnika. Pogovor v troje je lahko naporen, zato mora zdravnik upoštevati nekaj priporočil:

- zdravnik naj vključi in stimulira k pogovoru oba prisotna,
- zdravnik mora poslušati oba, čeprav eden pogosto prevladuje in poskuša prevzeti besedo oz. govori »za drugega«. Če je potrebno, naj vzpostavi pravila in strukturo v pogovoru, da bodo ustrezno udeleženi vsi trije,
- če je potrebno, naj se pogovori z vsakim posebej,
- v pogovoru naj opredeli situacijo in poskuša stimulirati vedenje spremljevalca, ki je v pomoč bolniku,
- analizira naj potrebe, želje in pričakovanja obeh, saj je tudi sorodnik, ki je uradno prišel z bolnikom, lahko v stiski in potrebuje našo pomoč,
- se ne postavlja na stran enega oz. ostane nevtralen,
- pazi naj, da se bolnik kljub prisotnemu svojcu vključuje v odločanje in da sorodnik ne prevzame odločanja v svoje roke, če bolnik za odločanje ni nesposoben.

### 4 Zaključek

Pogovor z dvema odraslima osebama v ambulanti je velikokrat namenjen reševanju problemov, ki se pojavljajo v ožji ali širši družinski skupnosti naših bolnikov. Drugo osebo moramo sprejeti kot verodostojen dodatni vir informacij in pomoči bolniku, ob tem pa ostati občutljivi tudi za njegove stiske in potrebe. Ob tem moramo upoštevati avtonomijo bolnika in vzpostavljati odnos z obema.

### Literatura

1. Laidsaar-Powell RC, Butow PN, Bu S, Charles C, Gafni A, Lam WW, et al. Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient Educ Couns.* 2013; 91(1):3-13.
2. Karnieli-Miller O, Werner P, Neufeld-Kroszynski G, Eidelman S. Are you talking to me?! An exploration of the triadic physician-patient-companion communication within memory clinics encounters. *Patient Educ Couns.* 2012; 88(3):381-90.

# Sporazumevanje v obliki družinske konference

Nena Kopčavar Guček

Teme

- Opredelitev družinske konference/družinskega sestanka kot posebne oblike sporazumevanja
- Namen in cilji družinske konference
- Priprave, vsebina in izvedba

## 1 Uvod

Spremembe, ki jih v način življenja in v delitev vlog v družini prinašajo velike spremembe zdravstvenega stanja enega od članov, pogosto terjajo od družine intenzivno prilagajanje.

Družinska konferenca je pomembno in dragoceno orodje za sporazumevanje med zdravnikom, bolnikom in njegovo družino. Izvaja se v različnih okoljih: v primarnem zdravstvu (na bolnikovem domu ali v ambulanti), v domu starejših občanov (DSO), v kliničnem okolju (npr. intenzivna enota) in v paliativni medicini.

Pregled dosegljive literature kaže, da formalna izobrazba v vodenju družinskih konferenc ni dosegljiva v vseh okoljih.

## 2 Namen družinske konference

Namen družinske konference je:

- pomagati bolniku in njegovi družini pri soočanju s/sprejemanju kronične bolezni oz. spremenjenega življenjskega sloga,
- omogočiti usklajeno (so)delovanje družine, zdravstvenih strokovnjakov in drugih možnih oblik pomoči,
- hkrati informirati vse družinske člane in minimalizirati možnosti nesporazumov in napačnih interpretacij.

## 3 Cilji družinske konference

Cilji družinske konference so:

- izmenjati informacije in mnenja med družinskimi člani in zdravstvenim osebjem,
- seznaniti bolnika in družinske člane z boleznijo, njenimi značilnostmi, prognozo in načini zdravljenja,
- zastaviti cilje oskrbe in zdravljenja, skladno z željami in potrebami bolnika,
- izdelati načrt zdravstvene oskrbe.

## 4 Primeren čas in kraj za družinsko konferenco

Poleg večjih sprememb v zdravstvenem stanju (npr. poslabšanje znane bolezni, nastanek hude telesne oviranosti-invalidnosti, pojav hude demence itd.) naj bi družinsko konferenco izvedli kadarkoli, na željo bolnika, pa tudi ob očitnih neskladjih in nesoglasjih med družinskimi člani bolnika ali ob očitnem pomanjkanju družinske podpore.

Primerno je vsako okolje, ki omogoča zasebnost in udeležbo večjega števila posameznikov, lahko npr. v sejni sobi zdravstvene ustanove, na bolnikovem domu, v DSO.

## 5 Udeleženci in vsebina

Običajno družinsko konferenco s predhodnim obveščanjem skliče osebni izbrani zdravnik. Vabljeni naj bi bili bolnik (razen v primeru, ko zaradi svojega stanja ni sposoben spremljati vsebine in ob skrbi presoji dobrobiti oz. negativnih posledic), družinski člani, strokovno osebje (npr. patronažna sestra, negovalka), socialni delavci, lahko tudi drugi, npr. odvetnik, v ruralnem okolju morda duhovnik, skladno z željami bolnika in namenom konference.

Za konferenco se osebni izbrani zdravnik temeljito pripravi, vključno s podrobnim pregledom bolnikove dokumentacije, poznavanjem možnega nadaljnjega poteka, načina zdravljenja, možnih zapletov in prognoze bolezni (npr. s pomočjo predhodnega pregleda strokovne literature in /ali posveta z lečečimi kliničnimi specialisti). Lahko pripravi tiskane informacije za bolnika in njegove družinske člane - literaturo, informacije v drugih medijih, podatke o nevladnih organizacijah-društvih bolnikov. Pogosto je treba upoštevati shemo ABCDE pri sporočanju slabe novice, ki je opisana na drugem mestu tega priročnika. V središču obravnave ostaja bolnik, njegova zmožnost slediti posvetu (ocena kognitivnih funkcij), pretehtane dobrobiti in negativne posledice, njegove lastne predstave o bolezni, njegovo razumevanje dejstev, njegova stališča, želje in cilji.

Pri pripravi in izvedbi konference naj bodo upoštevana etična načela: avtonomnost bolnika (informiran pristanek), dobronamernost, ne škoditi, zaupnost - poklicna molčečnost, resnica, pravičnost, enakost.

## 6 Izvedba družinske konference

### 6.1 Načrt družinske konference:

- Določitev moderatorja - običajno osebni izbrani zdravnik, lahko ima pomočnike.
- Predstavitev vseh navzočih in navezovanje stikov.
- Postavitev osnovnih pravil: osnove uspešnega komuniciranja.
- Ugotavljanje, kaj pacient/družina že vedo (»Prosim, povejte, kako ste vi razumeli...«).
- Kratek pregled trenutnega stanja bolnika, prognoze, možnosti zdravljenja.
- Diskusija: možnost, da vsakdo spregovori, izrazi svoje mnenje.
- Odzivanje na emocionalne reakcije bolnika in družinskih članov.

### 6.2 Zaključek družinske konference

- Povzemite doseženi konsenz.
- Posvarite pred nepričakovanimi izidi.
- Prepoznavte družinskega predstavnika za nadaljnje komuniciranje.
- Napravite zapisnik: kdo je bil prisoten, kakšne odločitve so bile sprejete.
- Napravite plan oskrbe (nadaljnje družinske konference, hišni obiski, preiskave, napotitve, obiski v ambulanti).

### 6.3 Če glede določenega vprašanja ne dosežemo konsenza

- Damo čas za razmislek, sestanemo se naslednji dan.
- Zastavimo vprašanja: Na katerih vrednotah temeljijo vaše odločitve? Kako bo odločitev vplivala na nas in druge družinske člane?
- Vključimo zunanje vire, npr. etično komisijo, druge zdravnike, duhovnika.

### 6.4 Če je pacient neodziven

- Kako bi se bolnik odločil, kaj naj bi po vašem mnenju storili?
- Ponudimo možnost, da se družinski člani dogovorijo sami med sabo in/ali možnost ponovnega srečanja.

## 7 ZAKLJUČEK

Od specialista družinske medicine terja ne le strokovno znanje, ampak tudi organizacijske spretnosti in sposobnost komuniciranja; nagrada za trud so boljši izidi zdravljenja in poglobljeno zaupanje med zdravnikom, njegovim timom, bolnikom in njegovo družino.

### Literatura

1. Hudson P, Quinn K, O'Hanlon B, Aranda S. Family meetings in paliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. BMC Palliat Care 2008, 7:12.
2. Moneymaker K. The family conference. J Palliat Med 2005, 8(1): 157.
3. Fineberg IC. Preparing professionals for family conferences in palliative care: Evaluation results of an interdisciplinary approach. J Palliat Med 2005, 8(4):857-866.
4. Ambuel B, Weissman DE. Fast fact and concept #016: Conducting a family conference. Dosegljivo 12.06.2016 na [http://www.eperc.mcw.edu/fastFact/ff\\_016.htm](http://www.eperc.mcw.edu/fastFact/ff_016.htm).

# Telemedicina v komunikaciji

Rade Iljaž

Teme

- Opredelitev telemedicines
- Predstavitev možnosti uporabe telemedicines v osnovnem zdravstvu
- Predstavitev prednosti in možnih pasti telemedicinske komunikacije

## 1 Uvod

Dandanes obstaja več kot 100 različnih opredelitev telemedicines ali »zdravljenja na daljavo«, kar je posledica nenehnega in hitrega tehnološkega razvoja tega področja. Pojem telemedicina (angleško »telemedicine«) v literaturi največkrat označuje medicinsko obravnavo na daljavo, medtem ko skovanka telezdravje (angleško »telehealth«) običajno zajema še: zdravstveno vzgojo in preventivo, raziskovanje, administrativne storitve ipd. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je uradno sprejela naslednjo široko opredelitev: »Uporaba zdravstvenih storitev, kjer je razdalja ključni dejavnik, s strani zdravstvenega osebja, ki pri tem uporablja informacijsko-komunikacijsko tehnologijo (IKT) za: diagnosticiranje, zdravljenje in preprečevanje bolezni in poškodb, raziskovanje in evalvacijo ter nadaljnje izobraževanje ponudnikov zdravstvenih storitev, vse v interesu izboljševanja zdravja posameznika in skupnosti«.

Pri uporabi e-komuniciranja in e-zdravljenja veljajo za zdravstveno osebje enaka etična načela kot pri drugih oblikah posveta - posredovane informacije morajo ustrezati strokovnim standardom in poklicnim etičnim kodeksom.

## 2 Možnosti uporabe telemedicines

Zdravnik in bolnik lahko na daljavo komunicirata na več načinov. e-Posvet (e-consultation) lahko pomeni zgolj naročanje na pregled, naročilo zdravil, medicinskih pripomočkov, napotnic in laboratorijskih preiskav, ali pa tudi zelo zahtevno zdravljenje na daljavo ob stalnem spremljanju zdravstvenega stanja, posameznih kliničnih parametrov in z ustreznimi terapevtskimi navodili.

### 2.1 Zdravstvena oskrba na daljavo zajema predvsem 5 večjih področij

- Neposredno oskrbo bolnika oz. uporabnika telemedicinske storitve (npr. posredovanje medicinskih podatkov med bolnikom in zdravstvenim osebjem v različnih avdio-vizualnih oblikah, z namenom svetovanja, diagnosticiranja, zdravljenja in predpisovanja terapije). Pacient je lahko v oddaljeni zdravstveni ustanovi, ambulanti, na terenu ali na domu.
- Nadzor bolnikovega zdravstvenega stanja oz. različnih zdravstvenih parametrov z uporabo naprav, ki lahko zbirajo podatke na daljavo in posredujejo v nadzorni center za interpretacijo. Najpogosteje te aplikacije zbirajo podatke o utripu, krvnem tlaku, krvnem sladkorju, EKG zapisu, telesni teži ipd. skozi določeno časovno obdobje in lahko nadomestijo obisk zdravstvenega osebja na domu.

- Konzultacijo med medicinskim osebjem – največkrat pomeni posvet osebnega zdravnika s specialistom za določeno področje, ki svetuje pri diagnostičnih in terapevtskih postopkih za konkretnega bolnika. V širšem pomenu je tudi posvet na daljavo med različnimi profili zdravstvenega osebja (npr. sestra na terenu-zdravnik, specialist v lokalni bolnišnici in na terciarni ravni, ipd). Lahko vključuje video in avdio predstavitev in pregled bolnika v realnem času, ali posredovanje slik in drugih podatkov o bolniku za poznejši ogled.
- Poklicno izobraževanje in mentorstvo. Slednje sega od stalnega izobraževanja na daljavo in pridobivanja kreditnih točk do neposrednega mentorstva in nadzora pri konkretnih terapevtskih in diagnostičnih postopkih, tudi pri operativnih posegih.
- Zdravstvene informacije za uporabnike zdravstvenih storitev. Pomeni predvsem uporabo interneta za posredovanje in izmenjevanje različnih zdravstvenih informacij, zagotavljanje forumov, pridobivanja mnenja in odzivov uporabnikov ipd. Značilen primer so uradne internetne strani različnih zdravstvenih ustanov in organizacij.

Nekatere telezdravstvene storitve, kot so npr. e-napotnica in e-recept, se lahko uporabljajo v več zgoraj naštetih skupinah.

### 3 Prednosti in možne pasti telemedicinske komunikacije

#### 3.1 Prednosti

Primerjalno z ustnim oz. telefonskim komuniciranjem ima e-posvet naslednje prednosti:

- Besede oz. odgovori, ki jih uporabljamo v e-komunikaciji, so bolj pretehtani in praviloma bolj natančni.
- E-komunikacija je lahko asinhrona in takrat ni moteča za zdravnikovo delo v ambulanti.
- Predstavlja koristen dodatek k opravljenemu ambulantnemu posvetu, predvsem za spremljanje in dodatna pojasnila (neredko bolnik med ambulantnim posvetom ne dobi vseh potrebnih navodil in zelenih odgovorov).
- Gre za pisni zapis, ki je praviloma shranjen v navadni ali elektronski kartoteki.
- E-pošta je koristna za tiste podatke, ki bi jih bolnik sicer moral zapisovati, to so npr. naslovi, telefonske številke, laboratorijske preiskave in interpretacija, navodila za jemanje zdravil, navodila pred operacijo in po njej.
- E-sporočila lahko vsebujejo povezave na pomembne spletne strani in naslove.
- Ni nezadovoljstva zaradi številnih neuspešnih telefonskih klicev brez odziva.
- Možnost natančnega sporočanja vrednosti opravljenih preiskav na domu, npr. krvnega tlaka, krvnega sladkorja ipd.

#### 3.2 Pomanjkljivosti

Med najpogosteje omenjanimi pomanjkljivostmi in nevarnostmi »e-zdravljenja« so:

- Nevarnost socialne diskriminacije zaradi boljših možnosti uporabe telemedicine pri premožnejših in mlajših skupinah prebivalstva.
- Ne omogoča neposrednega pregleda bolnika.

- Ne omogoča empatičnega komuniciranja (barva glasu, pogled, dotik),
- Otežena je čustvena podpora bolniku.
- Večje je tveganje za diagnostične in terapevtske spodrseljaje (pri elementih kliničnega pregleda, ki terjajo ročno spretnost, izkušnost ali dodatne veščine (npr. palpacija roba jeter in vranice, avskultacija srčnih šumov, nekateri manevri pri ortopedskem ali nevrološkem pregledu).
- Nevarnost prepočasnega odgovora na potencialno nujna stanja.
- Nevarnost nepooblaščenega dostopa in poseganja v bolnikovo zasebnost.
- Nevarnost preobremenitve zdravnika oz. zdravstvenega osebja.
- Tehnološka zahtevnost in visoki varnostni standardi.
- Večina kroničnih bolnikov je med starejšimi in se postavlja tudi vprašanje računalniške pismenosti, poleg upoštevanja omejitev glede spomina, vida in sluha.

#### 4 Priporočila za uporabo elektronskega posveta v družinski medicini

Pred uvrstitvijo elektronskega komuniciranja med redne zdravstvene storitve ambulate je potrebno:

- Opredeliti rok za odgovor na bolnikovo elektronsko sporočilo.
- Dogovoriti se o protokolih in zagotoviti čas za komuniciranje z drugim zdravstvenim osebjem in zdravstvenimi ustanovami.
- Bolnike oz. uporabnike te storitve obvestiti glede varovanja zaupnosti (kdo lahko bere posredovano sporočilo npr. v času zdravnikove odsotnosti) in da je e-pošta sestavni del medicinske kartoteke.
- Določiti področja konzultacij (predpis zdravil, naročanje obiska) in stopnjo občutljivosti posredovanih podatkov (HIV, duševne težave, ipd.).
- Od uporabnika storitve zahtevati, da v glavo pisem obvezno vstavijo ime in identifikacijsko številko.
- Bolnikom podati nedvoumna navodila za označevanje pošte, npr. predpis recepta, naročanje, svetovanje, ipd..
- Zagotoviti delovanje samodejnega odgovora, t.j. potrdila o sprejemu sporočila.
- Od bolnika zahtevati uporabo samodejnega odzivnika kot potrdila o prejemu zdravnikovega sporočila.
- Zagotoviti shranjevanje sporočil v medicinsko kartoteko.
- Zagotoviti delovanja mailing liste in uporabljati t.i. »slepe« kopije sporočil – tako zagotavljamo zaupnost poštnega seznama bolnikov.
- Poučiti osebje o nujnosti izogibanja sporočil, ki bi vsebovala jezo, sarkazem, pretirano grajanje ali žaljenje tretjih oseb.
- Bolnik naj bo opozorjen, da e-pošta ni primerna oblika komunikacije za nujna stanja, kar vključuje tudi preverjanje bolnikovega razumevanja pojma nujnosti in nujnih stanj.

## 5 Zaključek

Zdravljenje na daljavo prinaša določene prednosti tako za uporabnika kot tudi zdravstveno osebje. Ob upoštevanju pravil komuniciranja in zdravljenja na daljavo, omejitev, etičnih in strokovnih smernic, je taka oblika svetovanja in zdravljenja lahko varna, enostavna in dostopna ter pomeni pomembno pridobitev pri zagotavljanju kakovostne kontinuirane oskrbe v osnovnem zdravstvu.

## Literatura

1. WHO. Telemedicine, opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth. World Health Organization 2010.
2. American telemedicine association. What is telemedicine? Dosegljivo 02.05.2016 na <http://www.americantelemed.org/about-telemedicine/what-is-telemedicine#.VycGD3qGM-U>.
3. Iljaž R, Hudomalj E. Elektronski posvet med zdravstvenim osebjem in uporabnikom zdravstvene storitve. Infor Med Slov. 2007; 12(1):24-33.
4. Telemedicine, Telehealth, and Health Information Technology. An ATA Issue Paper. The American Telemedicine Association, 2006. Dosegljivo 2.5.2016 na <http://www.americantelemed.org/docs/default-source/policy/telemedicine-telehealth-and-health-information-technology.pdf?sfvrsn=8>.
5. Kane B, Sands DZ. Guidelines for the Clinical Use of Electronic Mail with Patients. JAMIA. 1998; 5: 104-11.
6. Iljaž R. Zdravljenje na daljavo- ePosvet v primarnem zdravstvu. V: XII Fajdigovi dnevi, Zbornik predavanj. Kranjska Gora 2010; 8: 137-42.
7. Car J, Sheikh A. Email consultations in health care: 2—acceptability and safe application. BMJ. 2004 ; 329 : 439-42.



# Sporočanje slabe novice

Davorina Petek

Teme

- Opredelitev pojma
- Predstavitev dejavnikov, ki so povezani s težavnostjo sporočanja slabe novice
- Predstavitev ABCDE modela sporočanja slabe novice

## 1 Uvod

Z medicinskega vidika je slaba novica tista, ki negativno vpliva na človekovo zdravstveno stanje v prihodnosti. Teža slabe novice je odvisna tudi od bolnikovih pričakovanj za prihodnost. Predstavlja grožnjo in napoveduje posledice na telesnem in duševnem področju. Za bolnika zmanjšuje možnost izbire, lahko mu daje občutek, da ni upanja.

## 2 Razlogi težavnosti sporočanja slabe novice

- Zdravnike skrbi, da jih bodo bolniki obtožili za slabo novice.
- Zdravniki za to večino nimajo posebnega treninga in so negotovi.
- Zdravnike skrbi, da bodo sprožili bolnikovo čustveno reakcijo, npr. jok ali jezo, ki ju ne bodo znali obvladati.
- Zdravniki sami težko izražajo čustva in sočutje, skrbi jih, da bi njihove besede (»žal mi je«), bolniki razumeli kot opravičevanje za neko napako, ki naj bi jo naredili.
- Zdravnike skrbi, da ne bodo znali odgovoriti na vprašanja, ki jih bo postavljal bolnik.
- Zdravniki imajo osebne strahove pred boleznijo in smrtjo.

## 3 Zakaj je potrebno ustrezno sporočanje slabe novice?

- Bolniki se pogosto pritožijo, da jim ni nihče povedal, kaj je z njimi narobe.
- Če bolnikom ni bila slaba novica odkrito sporočena, imajo lahko nepotrebne skrbi, o katerih se ne morejo pogovoriti.
- Slabo sporočanje slabe novice moti dolgoročno prilagoditev bolnika.

## 4 Za sporočanje slabe novice je pomembno:

- varno okolje,
- stališče/pristop osebe, ki sporoča slabo novico,
- empatija,
- individualno prilagajanje poteku posveta,
- jasnost sporočila,
- sposobnost odgovoriti na vprašanja,
- ni izolirana večina ampak posebna oblika sporazumevanja.

## 5 Model sporočanja ABCDE

Za lažje učenje značilnosti te vrste sporazumevanja je poznanih več modelov, med katerimi pri nas največ uporabljamo ABCDE model, ki združuje potrebne elemente sporazumevanja v skupine, označene z ustreznimi kraticami. Sporočanje pa ne poteka točno po predstavljenem modelu, saj se elementi med seboj večkrat mešajo oziroma potekajo vzporedno, nekateri (npr. vzpostavitev odnosa) tudi skozi celotni pogovor.

A Vnaprejšnja priprava (Advanced preparation) – če okoliščine dopuščajo, se na razgovor ustrezno pripravimo.

- Osvežimo medicinska dejstva in potek bolezni.
- Preverimo rezultate preiskav.
- Duševno se pripravimo na razgovor, vključno z razmislekom, katere besede bomo uporabili.
- Za razgovor poskusimo izbrati čas, ko nismo sami najbolj utrujeni.
- Zagotovimo primeren prostor in dovolj stolov, če bolnik ne pride sam.

B Vzpostavimo terapevtski odnos (Build a therapeutic relationship)

- Predstavimo se vsem udeležencem, ki nas ne poznajo.
- Lahko že prej ali tik pred razgovorom predlagamo prisotnost družinskega člana bolnika.
- Preden povemo slabo novico, bolnika na to opozorimo.
- Zagotovimo čimveč praktične pomoči in podpore.

C Uporabimo veččino sporazumevanja (Communicate well)

- Na začetku je potrebno preveriti, kaj bolnik že ve o svoji bolezni, izvidih predvideni obravnavi itd., oz. kaj misli, da mu je. Zelo hitro se lahko zgodi, da napačno presodimo njegovo poznavanje dejstev. Posebej neprijetno je, če domnevamo, da je novico pravzaprav že nekje izvedel, njemu pa ni znano ničesar. A tudi v primeru, da je bolnik nekaj že izvedel, je nujno razčistiti, koliko ve oziroma kaj mu je bilo sporočeno. Bolniki si namreč v takih stresnih situacijah lahko zelo različno in tudi napačno razlagajo povsem korektno sporočene informacije.
- Njegove besede pozorno poslušamo, ker nam med drugim povedo, koliko se zdi bolniku situacija resna. Hkrati presodimo, kako razume medicinska dejstva in kakšno ter koliko razlage bo potreboval.
- Preverimo in ocenimo, koliko želi vedeti. Nekateri bolniki želijo vedeti čimveč o svoji bolezni, prognozi, zdravljenju, drugi pa le okvirno ali le nekaj dejstev.
- Sporočanje in razlaga slabe novice: naj bo jasno in nevoumno, potrebna pa je previdna in pravilna uporaba besed. Informacije razdelimo na manjše dele, ki jih povemo ob uporabi stavkov empatije. Sproti moramo preveriti, ali nas je bolnik pravilno razumel. Ker bolniki tak razgovor pogosto občutijo zelo stresno, večkrat ni jasnih sporočil z njihove strani, da so razumeli in spremljali, kar jim povemo – bolnik je lahko zelo tih, ne postavlja običajnega števila vprašanj, nebesedna sporočila kažejo na napetost, zato moramo razgovor prekiniti s preverjanjem, če nas razume, če smo bili dovolj jasni, če smo morda prehitri.

- Bolniku ponudimo realistično upanje glede na njegovo stanje.
- Predvideti moramo čas za vprašanja. Bolnik je lahko v pogovoru »počasnejši« in tih, kar ne pomeni, da nima vprašanj. Če se mu vprašanja ne pojavijo med prvim razgovorom, mu povemo, da lahko doma premisli in si vprašanja napiše, pogovorili pa se bomo naslednjič.
- Potrebno je vzpostaviti kontinuiteto obravnave, predvideti naslednji obisk in ponuditi ne le pomoč pri zdravljenju ampak tudi pri informacijah.

#### D Obravnavajmo reakcije bolnika in družine (Deal with patient's and family reactions).

- Bolnikova čustva vplivajo na potek razgovora, ki mora biti počasnejši, da bolnik sprejme naše besede in da lahko izrazi čustva. Pripravljeni moramo biti na vrsto različnih čustvenih reakcij bolnika, npr.: strah, jezo, zakrbljenost, občutke krivde, nesprijemanje, zavračanje zdravljenja in bolezni. Zdravnika večkrat vznemirita bolnikova močna žalost in jok, ki ju mora obravnavati ob sporočanju slabe novice.
- Izrazimo empatijo: bolniku je potrebno dati čas, da se lahko spet zbere, zato naj zdravnik takih trenutkov ne napolni s podajanjem informacij, ampak naj ob stavkih empatije počaka, da je bolnik sposoben nadaljevati razgovor.

#### E Vzpodbudimo in obravnavajmo čustva (Encourage and validate emotions)

- Izražanje čustev vzpodbudimo z vprašanjem, kako se počutijo. Ugotoviti moramo čustvo in izvor čustva, pri čemer prvo ni težavno, pri drugem pa je potrebno poznavanje bolnika in okoliščin. Zato je posebej potrebno, da nam bolnik zaupa, da se je sposoben razkriti in povedati, kakšno pomoč pričakuje.
- Ponovno je potrebno poudariti, da je tak razgovor pomembno voditi z bolnikovo hitrostjo, da se sproti lahko prilagajamo bolnikovim potrebam in odzivu.

## 6 Zaključek

Sporočanje slabe novice je pomemben del zdravnikovega dela. Vpliva na bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju in njegovo dožemanje bolezni, na odnos med bolnikom in zdravnikom in na zadovoljstvo tako bolnika kot zdravnika v poteku oskrbe. Zdravnik družinske medicine je v edinstvenem položaju, saj zagotavlja dolgotrajno zdravljenje, podporo in pomoč v številnih, za bolnika težavnih okoliščinah.

## Literatura

1. Barnett M A GP guide to breaking bad news. Practitioner. 2004; 248:392-4, 399-400, 403 passim.
2. Lunder U, Kersnik J. Sporočanje slabe novice. Med. razgledi 2003; 42:73-9
3. Vandekieft GK. Breaking bad news. Am Fam Physician. 2001; 64:1975-8.
4. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: a review of the literature. JAMA. 1996; 276:496–502.
5. Petek D. Sporočanje slabe novice. V: Ribarič S, (ur). Umotvor 6: priročnik za učinkovitejše učenje in delo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2014.

# Učenje in poučevanje sporazumevanja

Slišim in pozabim. Vidim in si zapomnim. Naredim in razumem.

Konfucij (551-479 p.n.št.)

# Učenje in poučevanje sporazumevanja

Janez Rifel

Teme

- Načini učenja in poučevanja sporazumevanja
- Simuliran pacient

## 1 Uvod

Sporazumevanje je veščina. Zmožnost dobrega sporazumevanja ni samo preprosto določena z osebnostnimi značilnostmi oseb, ki komunicirajo. Komunikacijske veščine se lahko uči in nauči. Vaje z opazovanjem in povratno informacijo so potrebne, da se osvoji nove veščine in da se spremeni učenčevo vedenje. Nove veščine se učijo v varnem okolju, dokler učenci ne začutijo, da jih lahko suvereno uporabijo pri zdravniškem posvetu.

## 2 Načini učenja in poučevanja sporazumevanja

### 2.1 Pregled video ali avdio posnetkov

Pri učenju veščin je v veliko pomoč, če lahko učenec opazuje samega sebe, kaj dejansko počne in kje so možne izboljšave. Pri treningu športnih disciplin (npr. smučarski skoki) je uporaba video posnetkov praktično obvezna.

Uporaba video posnetkov ima več prednosti pred dajanjem povratnih informacij samo na podlagi opazovanja učenčevega komuniciranja v živo:

- Učenec, ki lahko gleda samega sebe, bolje dojame svoje prednosti in šibkosti.
- Video omogoča, da je učenec lahko bolj aktivno udeležen pri analizi posveta.
- Video pomaga, da ne pride do nesoglasij med učencem in učiteljem, kaj vse se je v resnici zgodilo med posvetom. S tem se poveča natančnost in zanesljivost povratnih informacij.
- Video se lahko zavrti nazaj in še enkrat natančneje pogleda zanimive dele posveta.
- Video pomaga, da se povratne informacije osredotočijo na opis in ne na splošne občutke.
- Video posnetki se lahko shranijo in pogledajo v prihodnosti.

S kamero se lahko posname posvet s simuliranim pacientom ali posvet z realnim pacientom v ambulanti. Čeprav je posvet, ki se snema s kamero, še vedno bolj ali manj nenaraven, je to najbližji približek realnega dogajanja v ambulanti.

### 2.2 Ponovitve vaj in trening veščin

Ponavljanje in trening veščin je ponavadi zanemarjen vidik učenja komuniciranja. Veščine je priporočljivo vaditi v varnem okolju (igra vlog, simulirani pacienti). Vaja dela mojstra, če mojster dela vajo. Vsak učenec pa mora razviti svoj slog, individualni pristop, da se dobre in primerne veščine komuniciranja postopoma vgradijo v njegovo osebnost in vedenje. Učenje veščin ni robotsko ponavljanje kuharskih receptov.

## 2.3 Igra vlog

En učenec, ki igra pacienta, lahko igra vnaprej pripravljeno vlogo (npr. s pomočjo pisnega scenarija, kjer so napisane bistvene podrobnosti), ali sam »ustvari« vlogo na podlagi situacije, ki jo je sam doživel ali ji bil priča kot zdravnik. Drugi učenec, ki igra zdravnika, ne pozna primera.

### Prednosti igre vlog:

- so poceni, oziroma zastoj,
- redko, če sploh, je potrebna predhodna vaja,
- vedno je na voljo,
- učenci lahko »postanejo« pacienti, kar je lahko pomembna izkušnja,
- lahko se jo ponovi, analizira, spet ponovi,
- lahko se jo uporabi tudi med drugimi oblikami učenja, npr. predavanjem,
- večjo skupino se lahko razdeli na trojke: pacient, zdravnik, opazovalec; cela skupina lahko hkrati vadi komuniciranje,
- posebne situacije: težki primeri, kulturne razlike, manjšine...

### Slabosti igre vlog:

- udeleženci v igri vlog niso igralci; nekaterim je težje igrati kot drugim,
- težko je improvizirati, če scenarij ni dobro pripravljen, ali ni realen,
- zdravnik in pacient se obnašata prisiljeno in stereotipno; igranje je privlečeno za lase.

## 2.4 Simuliran pacient

Simulirane paciente so pri poučevanju v medicini prvič uporabili v 60. letih prejšnjega stoletja. Simulirani pacienti igrajo interaktivno simulacijo specifičnega medicinskega problema ali komunikacijskega izziva. V začetku so najprej uporabili resnične paciente, ki so igrali bolezni, ki so jih tudi sami preživeli. V sedanjosti večinoma simulirani pacienti igrajo bolezenska stanja, ki jih niso sami doživeli.

Simulirani pacienti omogočajo učencem, da vadijo in se učijo v varnem okolju, kjer ni nevarnosti, da bi škodili pravim pacientom ter se hkrati poskušajo približati čim bližje realni situaciji. Uporaba simuliranih pacientov je sprejemljiva za učence in učitelje, je učinkovita ter zanesljiva tehnika poučevanja in ocenjevanja. Raziskave kažejo, da učenci ne morejo zanesljivo ločiti med pravimi in dobro usposobljenimi simuliranimi pacienti.

### Prednosti pri uporabi simuliranih pacientov

- ponavljanje: učenec lahko večkrat ponovi posvet,
- fleksibilnost: lahko se snema video, lahko igralec zaigra v živo pred skupino,
- improvizacija: igralec se prilagaja glede na odzive učenca,
- standardizacija (to pomeni, da čimbolj enako igra vlogo in se čimbolj enako odziva na študente. Slaba standardizacija bi npr. bila, če bi bil pacient bolj prijazen do študentk kot do študentov). To je posebej pomembno, če se simuliranega pacienta uporabi pri izpitih,
- posebni problemi in situacije: npr. sporočanje slabe novice,
- dostopnost, časovna učinkovitost,

- povratna informacija: pacientov pogled na situacijo.

### **Slabosti pri uporabi simuliranih pacientov**

- stroški, izbira in trening pacientov,
- občasno imajo učenci občutek, da jih učitelj in simulirani pacient poskušata ujeti v past. Običajno pomaga, če učenci že vnaprej spoznajo igralca,
- nerealni scenariji: pri pisanju scenarija za simuliranega pacienta se je dobro opreti na resnične dogodke, ki so se zgodili v preteklosti, kot pa si izmišljati popolnoma novo situacijo.

### **Literatura**

1. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Oxon: Radcliffe publishing; 2005.

# Povratna informacija v opazovanju sporazumevanja

Janez Rifel

Teme:

- konstruktivno podajanje povratne informacije
- Pendeltonova pravila podajanja povratne informacije
- alternativno podajanje povratnih informacij po Silvermanu

## 1 Uvod

Podajanje povratnih informacij je, tako kot katerokoli drugo komuniciranje, najbolj učinkovito, kadar je to interaktivni proces in ne samo monolog učitelja, ki pove učencu, kako mu je šlo in kaj bi bilo potrebno narediti drugače. Interakcija, sodelovanje in medsebojna diskusija so potrebne, da omogočijo učencu, da sliši, ponotranji in eventuelno ukrepa na podlagi povratnih informacij. Kadar se povratno informacijo posreduje v skupini, je priporočljivo, da so člani skupine, ki niso neposredno sodelovali v sporazumevanju, na katero se podaja povratna informacija, čimbolj aktivni in konstruktivni.

## 2 Načela konstruktivnega podajanja povratne informacije

- Povratne informacije naj bodo opisne in ne obsojajoče ali ocenjujoče; izogibati se je treba besed: dobro, slabo, prav, narobe, obupno, neumno, čudovito itd.; bolje: »Na začetku posveta si gledal v kartoteko in ni bilo očesnega kontakta.« Ali »Pacientu si posvetil vso svojo pozornost, na obrazu se ti je videlo, da te zanima njegova pripoved.«
- Povratne informacije naj bodo specifične in ne splošne; izjava: »Nisi bil dovolj empatičen,« ne pomaga. Bolje: »Izraz na obrazu se ti ni spremenil, ko je govorila o zapletu po operaciji. Mogoče ji ni bilo jasno ali si empatičen z njo ali ne.«
- Pri podajanju povratnih informacij uporabljajte prvo osebo ednine: »Jaz mislim in jaz sem videl,« raje kot: »Mi mislimo ali večina ljudi bi to dojela kot...«
- Osredotočite se na vedenje in ne na osebnostne značilnosti; če nekoga opišeš kot klepetuljo, s tem opišeš njegovo osebnost, če pa rečeš, da je veliko govoril in da je pacient težko prišel do besede, je to opazka o dejanskem vedenju in ne osebnostni značilnosti; lažje spremenimo svoje vedenje, kot to, kar smo.
- Podajanje povratnih informacij naj bo dobronamerno; povratne informacije se podajajo o stvareh, ki se jih da spremeniti (ne npr. izpostavljati jecljanja).
- Osredotočiti se je treba na izmenjavo informacij in manj na podajanje nasvetov; učenec je svoboden pri izbiri, katere povratne informacije bo upošteval in katerih ne.
- Količino informacij je treba omejiti na količino, ki jo zmore sprejeti učenec in ne na količino, ki jo lahko poda učitelj.
- Učitelj in učenec morata na koncu razjasniti, ali so bile povratne informacije pravilno razumljene in če se tudi ostali člani skupine strinjajo z zaključki.



## 3 Načini povratne informacije za ocenjevanje

### 3.1 Pendeltonova pravila

Pendeltonova pravila za ocenjevanje sporazumevanja izhajajo iz let 1984 in 2003.

- najprej na kratko razjasnite nejasna dejstva,
- učenec, ki ste ga opazovali, naj najprej pove, kaj in kako je naredil dobro,
- ostali v skupini (ali učitelj pri delu eden na enega) komentirajo, kaj in kako je bilo narejeno dobro,
- učenec potem pove, kaj in kako bi lahko naredil boljše,
- ostali v skupini (ali učitelj pri delu eden na enega) komentirajo, kaj in kako bi lahko naredil boljše.

Pendelton je predlagal, da je treba najprej razpravljati o učenčevih dobrih rezultatih, preden se pove kaj o pomanjkljivostih. S tem se prepreči negativno kritiko in začarani krog napadanja in obrambe. S tem se ustvari bolj varno in podporno okolje. Prednosti, ki jih učenec že ima ali se jih je na novo naučil, se okrepijo.

Učenec mora imeti možnost, da najprej oceni samega sebe. Učencu zelo pomaga, če lahko najprej sam izpostavi svojo pomanjkljivost, kakor pa, če mu jo na pladnju servirajo drugi, preden jo je sam sploh omenil. Za učitelja je na drugi strani pomembno vedeti, da se učenec zaveda problema, še preden ga na to opozorijo drugi. Zelo velika razlika je med učencem, ki se zaveda problema in med učencem, ki problema sploh ni zaznal.

Pendeltonova pravila zelo poudarjajo, da se je treba izogibati stavkom, kot: »To je bilo narobe.« Treba je iti preko tega, namesto kritike je treba povedati priporočila, kako naj se stvar naredi prav. Torej ne identificirati, kaj je bilo narobe, ampak kaj bi lahko naredil boljše in kako.

Slabosti Pendeltonovih pravil:

- pravila so dokaj toga in umetno delijo dobre in slabe točke ter samooceno pred oceno drugih; učitelj se lahko počuti kot policist, ki mora obvladovati nasprotno strani; če npr. nekdo med naštevanjem dobrih stvari začne govoriti tudi o slabih, ga učitelj, ki se strogo drži pravil, ustavi in prepove, da bi že zdaj govoril o slabih stvareh,
- učenec lahko dojame izraz »kaj bi lahko naredil bolje« kot le slabo masko za izjavo »kaj si naredil narobe«; učenec lahko dojema prvi del analize kot neiskreno, pocukrano, pokroviteljsko trepljanje po rami in se v obrambni drži pripravlja na udarce, ki bodo prišli v drugem delu; za boljše rezultate učenja se je potrebno oddaljiti od ocenjevanja »dobro« in »slabo«,
- učenec, ki je prisiljen najprej govoriti o svojih dobrih stvareh, ne more že zelo zgodaj izraziti, v katerih delih pogovora je čutil težave in kje bi najbolj potreboval pomoč; ker učenec ne sme najprej izraziti svojih strahov, ga to naredi še bolj tesnobnega in presliši pozitivne spodbude na začetku analize,
- neučinkovita poraba časa; pogosto skupina porabi preveč časa za izpostavljanje in analiziranje dobrih stvari in premalo časa posveti konstruktivni pomoči pri težkih delih posveta; posvet se prevečkrat prečeše od začetka do konca in se je tako težko posvetiti posameznim zanimivim odsekom.

### 3.2 Alternativno podajanje povratnih informacij temelječe na izidu (Silverman 1996)

Silverman je s sodelavci predlagal alternativno podajanje povratnih informacij, ki še vedno poudarja izogibanje negativni kritiki in spodbuja samoocenjevanje, hkrati pa poskuša obiti pomanjkljivosti Pendeltonovih pravil.

Podajanje povratnih informacij je drugače organizirano, spodbuja se problemsko učenje, osredotočenost na učenčevo perspektivo in časovno primerno podajanje konceptov, načel, raziskovalnih dokazov in širše diskusije. Na ta način učenci hitreje pridejo do jedra težave pri posvetu. Ta pristop je uporaben tako pri analizi posnetih posvetov kot posvetov v živo, tako pri delu v skupini kot pri učenju eden na enega.

Organiziranje podajanja povratne informacije:

- začnite z učenčevim pogledom na posvet (vprašajte učenca, na katere težave je naletel in kako bi mu lahko ostali v skupini pomagali),
- izpostavite izide, ki jih poskušata doseči učenec in pacient (diskutirajte o tem, kam hoče učenec priti in kako priti tja; učinkovitost pri komuniciranju je vedno odvisno od tega, kaj zdravnik in pacient poskušata doseči),
- spodbujajte samooceno in lastno reševanje težav (najprej naj učenec izrazi svoje ideje za rešitev težave),
- vključite celo skupino v reševanje težave (spodbujajte skupino, da izdela nasvete, ki bi pomagale učencu in njim samim v podobnih situacijah).

Podajanje uporabnih povratnih informacij drug drugemu:

- uporabljajte opisne povratne informacije in spodbujajte neobsojanje,
- poskrbite za uravnoteženost (enako se naučimo pri analizi, zakaj nekaj deluje, kot pri analizi, zakaj nekaj ne deluje),
- predlogi in nasveti,
- dobronamernost, spoštljivost in podpiranje drug drugega.

Zagotovitev, da analiza in podajanje povratnih informacij vodi do globljega razumevanja in razvoja novih veščin:

- ponovno zvadite nasvete med posvetom,
- posvet je material za celo skupino, vsak član skupine lahko predlaga in vadi nasvet,
- eventuelno izpostavite teorijo, raziskovalne dokaze in vzpodbudite širšo diskusijo o tematiki, ki so se je dotaknili pri posvetu npr. obvladovanje multimorbidnosti sladkorne bolezni,
- povzemite in oblikujte konstruktivno zaključno misel.

### Literatura

1. Analysing interviews and giving feedback in experiential teaching sessions. V: Kurtz S, Silverman J, Draper J (ur). Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Oxon: Radcliffe publishing; 2005: 109-29.

## Priloga

UNIVERZA V LJUBLJANI  
MEDICINSKA FAKULTETA  
KATEDRA ZA DRUŽINSKO MEDICINO

### PRIVOLITEV ZA VIDEO SNEMANJE POSVETA PRI ZDRAVNIKU

Ime zdravnika \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Ime bolnika \_\_\_\_\_ Spremljevalec \_\_\_\_\_

Zdravnik, ki ga boste danes obiskali, snema nekatere pogovore. Video posnetki so namenjeni učenju in poučevanju o sporazumevanju v okviru specializacije iz družinske medicine.

Posnet bo le pogovor. Nobenih intimnih pregledov ne bo pred kamero.

Ni potrebno, da se strinjate s snemanjem pogovora. Če želite, da se kamera ugasne, prosim, povejte medicinski sestri. To ne bo povzročilo nikakršnih problemov ali zakasnilo vašega pogovora z zdravnikom.

Video posnetka ne bomo pokazali nobenemu zdravniku izven tečaja družinske medicine brez vašega dovoljenja.

Video posnetek bo uničen po dveh mesecih, razen, če boste dovolili, da ga hranimo dlje.

V katerem koli trenutku lahko zdravniku rečete, naj ugasne kamero, če vas kaj skrbi.

Prosim, če lahko s podpisom privolite, da se posvet z vašim zdravnikom snema. Hvala za vašo pomoč.

PODPIS \_\_\_\_\_

Če ste po obisku pri zdravniku nezadovoljni s snemanjem in želite, da se posnetek zbriše, povejte medicinski sestri.

Če ste po posvetu zadovoljni, da bo posnetek uporabljen za učne namene, prosim, podpišite. Najlepša hvala.

PODPIS \_\_\_\_\_

doc. dr. Davorina Petek, dr. med.  
vodja modula Osnove sporazumevanja