

Komunikácia s rodinnými príslušníkmi pacienta v paliatívnej starostlivosti

Doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.^{1,2}, Mgr. Barbora Mešková²

¹Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave

²Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne

V príspevku poukazujeme na dôležitosť adekvátnej a efektívnej komunikácie s príbuznými zomierajúceho pacienta, pričom dôraz kladieme na zapojenie všetkých členov paliatívneho tímu a využitie tých komunikačných techník, ktoré zdôrazňujú partnerský prístup k človeku.

Kľúčové slová: komunikácia, príbuzní, paliatívna starostlivosť, tímová spolupráca

Communication with relatives of the patient in palliative care

In the paper, we point out the importance of adequate and effective communication with relatives of the dying patient, emphasizing the involvement of all members of the palliative team and the use of communication techniques that emphasize the partnership approach to the person.

Key words: communication, relatives, palliative care, teamwork

Paliat. med. liec. boles., 2017; 10(1-2e): e6–e10

Rodina – integrálna súčasť paliatívnej starostlivosti

V rámci paliatívnej starostlivosti je pacient a jeho rodina v centre našej pozornosti (1). Rodinu pacienta ako integrálnu súčasť starostlivosti preto nemožno opomenúť. Z našich profesionálnych skúseností vieme, že komunikácia s rodinou pacienta môže byť veľmi náročná. Svoj podiel na tom má vysoká miera interindividuálnych odlišností a zároveň vysoká miera situačnej záťaže.

Rodina je biologická entita, ktorá z nás robí to, čím sme. Je to sociálna jednotka, z ktorej vychádzame a čerpáme svoju identitu. Pacienti sú členmi rodiny, problémy pacienta sú problémami rodiny a problémy rodiny sú problémami pacienta. Toto konštatovanie môže znieť ako samozrejmé, no často sa stretávame s nevysloveným predpokladom, že jedine, na čom záleží, je pacient. Ak sa v rodine vyskytne nevyliciteľné ochorenie, ostatní členovia sa často zmobilizujú. Trvajú na tom, že pacient má vo všetkom prvoradnosť a popierajú svoje vlastné potreby (2). Pre členov rodiny je situácia ochorenia príbuzného nesmierne náročná. Okrem zvládania choroby a jej dôsledkov musia často fungovať v pracovnom procese a každodenných povinnostiach. Musia podporovať a starať sa o chorého a často zároveň zvládať aj jeho predchádzajúce úlohy. Enormná záťaž, šok z diagnózy a strach o chorého môžu spolu s ďalšími faktormi viesť k neprimeraným či nevhodným reakciám rodiny a ich neschopnosti viesť konštruktívny dialóg s lekárom (3). Pre pacienta a jeho rodinu zostáva smrť desivou udalosťou a smrť milovanej osoby nie je len

strata. Je to prelomový okamih, od ktorého už svet nebude rovnaký ako predtým. Ohrozenie života a veľké straty vyvolávajú v akomkoľvek veku vzťahové správanie (attachment behavior). V takej záťažovej situácii sa môže dostať na povrch veľa predchádzajúcich problémov (2). Komunikácia sa stáva vzhľadom na uvedené extrémne skutočnosti častokrát veľmi náročná.

Komunikácia s rodinou pacienta a jej špecifiká

Výskumné zistenia ukazujú, že pre pacientov a rodiny v rámci paliatívnej starostlivosti bol podstatnejší komunikačný spôsob ako samotný obsah komunikácie. V rámci spôsobu komunikácie bolo rozhodujúce načasovanie, poradie informácií a vnímaný postoj komunikujúceho. Z hľadiska obsahu boli najcitlivejšie vnímané témy prognózy a nádeje. Poskytované informácie boli hodnotené ako veľmi dôležité pre ďalšiu rodinnú komunikáciu. Ako komunikačné bariéry boli vnímané: nedostatočné zaangažovanie pacienta a rodiny do rozhovoru, neadekvátne množstvo poskytnutých informácií a vnímaný diskomfort lekára pri zdieľaní informácií (hlavne o prognóze ochorenia). Ukázalo sa, že poskytnutie informácií zomierajúcim pacientom a ich rodinám bez dôrazu na celkové pochopenie súvislostí môže viesť k nárastu neistoty. Informácie o prognóze by mali byť komunikované s rešpektom k individuálnym copingovým schopnostiam pacienta a príbuzných (4). Komunikáciu lekára s rodinou môže komplikovať situácia, keď rodina pozná fakty o stave pacienta, ale neberie ich na vedomie (často ide o obranné mechanizmy popierania rea-

lity a vytesňovania informácií) (3). Členovia rodiny rovnako ako pacient môžu prechádzať jednotlivými fázami vyrovnávania sa so smrťou (5). Na tento fakt nesmieme pri komunikácii s nimi zabúdať. Komunikačné krízové situácie a ich zvládanie má v rámci paliatívnej starostlivosti nezastupiteľné miesto. Ak nie sú tieto situácie správne vyhodnotené a zvládnuté, môžu u pacienta skomplikovať proces zomierania. Existenciálny distress sa môže nesprávne označiť ako terminálna agitácia a môže viesť k zvýšeným dávkam sedácie. Pre príbuzných to môže znamenať roky prežívania viny, ľútosti a smútku, ako aj skomplikovanie prirodzeného procesu smútenia. Hoci v praktických situáciách často rozoznáme, čo je potrebné urobiť, formálne identifikovanie komunikačných krízových momentov ako jedných z najzávažnejších kríz v rámci paliatívnej starostlivosti môže zvýšiť povedomie a zlepšiť ich zvládanie (6).

Náročná komunikácia s rodinnými príslušníkmi zároveň ovplyvňuje správanie a prežívanie lekára, častokrát veľmi negatívne. Lekár môže byť unavený z pracovného zhonu a ťažké komunikačné situácie sú pre neho o to náročnejšie. Napätie a agresivita, ktorú priniesli do rozhovoru príbuzní, sa môže ľahko preniesť aj na lekára. Na zvládnutie agresivity príbuzných pacienta a ich upokojenie však nepomáha, ak sa dá lekár vtiahnuť do tohto štýlu komunikácie (odolať je niekedy extrémne náročné). Agresivita sa môže do rozhovoru preniesť ako výčitka, karhanie alebo podráždenosť. Za neustálou kontrolou, či zdravotníci urobili všetko podľa predstáv príbuzných, býva skrytý strach a bezmocnosť rodiny a snaha zvrátiť osud ich blízkeho (3). Očakávaná rodiny a pacientov

od medicíny môžu byť často príliš vysoké. Obraz lekárskeho úspechu a víťaznej medicíny je stále čiastočne udržiavaný. Niekedy si plne neuvedomujeme skutočnosť, že pacienti sa chcú napriek všetkému uzdraviť. Pacienti a ani rodina niekedy nemajú dostatok času na spracovanie informácie, že zomierajú. Práve prijatie definitívneho stavu je pre ďalšie konanie rodiny nevyhnutné. Je dôležité, aby plne pochopili prognózu ochorenia svojho príbuzného, a predišli tak prípadným výčitkám svedomia (napríklad „Ak by som si uvedomil, že stav je natoľko vážny, určite by som na posledné Vianoce prišiel domov.“). Stáva sa, že partneri znášajú ochorenie horšie ako samotní pacienti. Niekedy môže byť rozhovor a starostlivosť o partnera náročnejšia než starostlivosť o pacienta samotného. Chorobou netrpí len pacient, ale v skutočnosti je chorá celá rodina, ktorá ochorením trpí. Niekedy na to zabudne aj samotná rodina, od ktorej sa toho veľa očakáva. Do situácie vstupujú častokrát s minimálnymi skúsenosťami so starostlivosťou o chorých, takže správne posúdiť vážnosť situácie je pre nich nesmierne náročné (7). Komunikácia s rodinou je v rámci paliatívnej starostlivosti nevyhnutná. Rodina by mala byť informovaná o aktuálnom stave pacienta, ďalších postupoch a cieľoch v liečbe (so súhlasom pacienta) a ich porozumenie by sa malo overiť (3).

Rodina môže byť pre lekára jedinečným zdrojom informácií o pacientovi. Pacient môže byť počas rozhovoru paralyzovaný strachom alebo prílišnou úctou k lekárovi (7). Naopak, pacient sa môže s personálom rozprávať o témach, ktoré sú v rámci rodiny tabu (smrť, zomieranie). Zároveň si však musíme uvedomiť, že ak pacient vstupuje do liečby aj so svojimi najbližšími, zvyšujú sa nároky na komunikačné zručnosti všetkých členov paliatívneho tímu (3).

Efektívna komunikácia a jej vplyv na kvalitu starostlivosti

Výskumné zistenia ukazujú, že komunikácia je v rámci paliatívnej medicíny pre pacienta a rovnako pre jeho rodinu najdôležitejšou témou v súvislosti s vnímanou spokojnosťou a kvalitou starostlivosti. V rámci piatich subtém boli opísané najdôležitejšie komunikačné oblasti: 1. budovanie raportu s pacientom a rodinou na vytvorenie dôvery a partnerstva, 2. venovanie pozornosti očakávaniam a vysvetľovanie cieľov starostlivosti, 3. priebežne informovať pacienta a rodinu o zdravotnom stave pacienta, 4. aktívne počúvať a vnímať pacientove obavy a individuálne potreby, 5. poskytnúť bezpečný priestor na rozhovor o smrti a zomieraní. Prvé štyri subtémy vytvárajú bázu pre možnosť oslovenia piatej témy (8).

To, aby bol pacient, ale rovnako aj jeho rodina plne informovaná a informácie boli správne pochopené, je mimoriadne dôležité, aby mohli naplno využiť čas, ktorý im vzhľadom na ochorenie zostáva. Hovoriť otvorene o tom, že je niekto nevyliciteľne chorý alebo že na ochorenie zomiera, je veľmi náročné. Musíme si byť veľmi dobre vedomí toho, čo môžeme pacientovi ponúknuť a rovnako to musíme pacientovi a jeho rodine vhodne odkomunikovať. Členovia personálu musia mať sami jasno vo svojom postoji k duchovným záležitostiam a mali by byť pripravení o týchto veciach hovoriť. Naša tendencia pozeráť na seba ako na niekoho, koho úlohou je viesť a riadiť, je nebezpečná, a je potrebné sa naučiť náležitému rešpektu voči ostatným, ktorí sú v celej veci zaangažovaní. Základom je zdieľanie moci, spoluúčasť nás samotných na živote ľudí, ktorí často prežívajú veľké utrpenie, a na spoločnom prechádzaní prelomovým obdobím ich života. To môže byť emocionálne mimoriadne náročné a vyžaduje si to integrovaný systém podpory pre pacientov, ich blízkych a aj pre personál (2).

Interdisciplinárna spolupráca ako základ efektívnej komunikácie

Interdisciplinárna spolupráca v zdravotníctve ako zhoda medzi jednotlivými profesiami, ktorá zhodnocuje odbornosť a prináša benefit komplexnej starostlivosti o pacienta, sa nedeje automaticky – vyžaduje si uznanie, porozumenie a úsilie. Istým spôsobom sa jej potrebujeme učiť. Nemá však len potenciál podporiť pacienta a jeho rodinu, ale aj celkovú spokojnosť jednotlivých zdravotníckych pracovníkov. Paliatívna medicína je zo svojej podstaty interdisciplinárny odbor a výsostne si vyžaduje medziodborovú spoluprácu. S faktom, že medziodborová spolupráca je dobrá vec, súhlasí skoro každý, ale veľa profesionálov nemá konkrétnu predstavu o tom, aké reálne benefity môže priniesť do každodennej praxe (9, 10, 11, 12). Interdisciplinárna spolupráca môže zlepšiť kontinuitu starostlivosti a rovnako má potenciál zvýšiť pracovnú spokojnosť a tým znížiť riziko fluktuácie zamestnancov (1). Paliatívna starostlivosť by mala zo svojej podstaty obsiahnuť medicínsku, etickú, psychologickú, sociálnu, existenciálnu a emocionálnu dimenziu. Zdá sa, že zloženie multidisciplinárnych tímov často nezrkadlí všetky zastúpené dimenzie a kladie sa dôraz na lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť (11). Avšak práve pracovné tímy v rámci paliatívnej medicíny majú, vzhľadom na jej holistické zameranie, potenciál byť lídrami v rámci interdisciplinárnej spolupráce, a poukazať tak na možné praktic-

ké benefity daného modelu. V rámci efektívnej spolupráce sa javí ako nevyhnutné dobré zadefinovanie úloh a zodpovedností jednotlivých členov tímu a rovnako dobrá úroveň komunikačných zručností (1). Výskumné zistenia však nasvedčujú, že úlohy jednotlivých profesií v tíme nie sú jasné pacientom, rodinným príslušníkom a ani samotným profesionálom (13). Rodina by mala byť rovnako zahrnutá do tímovej spolupráce. V súčasnosti neexistuje smernica, ktorá by určovala praktickú stránku spolupráce. Rola rodiny v rámci interdisciplinárneho modelu spolupráce nie je úplne výskumne vyjasnená, no jej vplyv na celkový výkon tímu a vplyv na pacienta je zrejmy. Rodina a pacient sú teda v centre starostlivosti celého tímu, no zároveň majú možnosť prevziať, podľa svojich možností a preferencií, aktívnu účasť a stať sa členmi tímu (1).

Ukazuje sa, že komunikácia patrí medzi kľúčové schopnosti v rámci interakcie s pacientom a jeho najbližšími a je rovnako nevyhnutná v rámci efektívnej interdisciplinárnej spolupráce. Môžeme teda konštatovať, že lekárske povolanie je mimoriadne náročné na komunikačné zručnosti, ktoré sú nevyhnutné na jasné zdieľanie názorov a myšlienok, koordináciu úloh, usmernenie toku informácií alebo stabilizovanie emócií. Napriek tomu je komunikácii všeobecne a špeciálne krízovej komunikácii venovaná v rámci medicínskeho kurikula len minimálna pozornosť (14). Výskumné zistenia ukázali, že výučba komunikácie ako predmetu je na Slovensku v zdravotníckom odbore neuspokojivá. Absentuje praktické zameranie a nácvik komunikačných zručností pre všetky situácie, v ktorých sa môže zdravotnícky personál ocitnúť (15, 16).

Iná situácia je v zahraničí. Pregraduálna výuka lekárov v komunikácii prebieha v niektorých štátoch (napríklad v USA, Kanade, Veľkej Británii, Švajčiarsku, Škandinávii...) už viac ako 50 rokov prostredníctvom tzv. štandardizovaných pacientov. Štandardizovaní pacienti sú školení herci, študenti herectva alebo iní dobrovoľníci, ktorí hrajú rolu pacienta podľa skutočnej klinickej anamnézy, s detailným klinickým obrazom. Rola je teda štandardizovaná, naučená z dopredu vypracovaných skriptov. Kladie sa dôraz na autenticitu štandardizovaného pacienta aj študenta medicíny (alebo lekára) a je poskytovaná spätná väzba. Spätná väzba od štandardizovaného pacienta, ostatných študentov, kolegov a učiteľov analyzuje klady a zápory modelového správania, návrhy na jeho zlepšenie, učí flexibilitu a komunikačnej obratnosti. Použitie štandardizovaného pacienta neznamena terapiu, ale metódu vzdelávania sa pri praktickom vykonávaní činnosti

(angl. learning by doing). Rozhovor so štandardizovaným pacientom prebieha v simulovanej ordinácii pre výučbu, vo fakultnej nemocnici alebo v skutočnej ordinácii na klinike. Ostatní študenti alebo lekári sú pozorovatelia v tej istej miestnosti alebo ukrytí za polopriepustným sklom. Celý rozhovor je nahrávaný na video. Po rozhovore nasleduje prehratie záznamu a skupinový rozhovor o kladných aspektoch komunikácie, o tom, čo si lekár nevšimol, a rozoberajú sa aj jednotlivé fázy rozhovoru. Štandardizovaný pacient sa vyjadruje, ako pochopil oznámenie o diagnóze, návrh liečebných postupov a ako na neho celkovo medik alebo lekár pôsobil (17). V poslednom období integrovala väčšina amerických a kanadských lekárskejších fakúlt program štandardizovaného pacienta do výučby a koordinuje vzdelávanie a poradenskú službu štandardizovaného pacienta. V súčasnosti má aj polovica z 36 lekárskejších fakúlt v Nemecku v pregraduálnej výučbe začlenených 50 hodín komunikácie so štandardizovaným pacientom, pričom ich výučbu zabezpečujú kliniky lekárskej psychológie, psychoterapie, didaktiky a špeciálnej pedagogiky. Napríklad Univerzitná nemocnica s lekárskou fakultou v Kolíne nad Rýnom zamestnáva už od roku 2002 šesťnásť štandardizovaných pacientov (hercov), ktorí sú vyškolení na Klinike psychoterapie a psychosomatiky (18).

Taktiež aj zásady poskytovania správy o úmrtí v rozhovore s pozostalými platia tak pre nácvik medikov so štandardizovaným pacientom, ako aj pre lekárov v praxi. Pozostalí sú v emocionálne vypätej situácii, preto je vhodné informovať o faktoch, dopriať čas na ticho, mlčanie a podávať vecné informácie, čo majú ďalej robiť. Dôležité je prejavíť záujem o subjektívne prežívanie pozostalých. Po poskytnutí nepríjemnej informácie môže s pozostalými pracovať klinický psychológ. Pri výcviku lekárskejších zručností (somatického vyšetrenia, terapeutických techník) sa dobre trénuje komunikačný potenciál, prejaví sa tiež všeobecný postoj k druhým ľuďom, vnímanie role lekára a role pacienta, a zároveň sa trénujú medik alebo lekár učí citlivo pracovať s mocou, ktorou disponuje z hľadiska svojej profesie (17). Ako vidíme aj na základe týchto nadobudnutých spôsobilostí a spätnej väzby, eliminuje sa paternalistický postoj a prístup lekára k pacientovi, príbuzným a napokon aj k ostatným členom tímu profesionálov. Keďže na Slovensku podobné vzdelávanie nemáme, mohlo by byť užitočné zapojiť tréning komunikácie aspoň do špecializačnej prípravy lekárov v jednotlivých oblastiach medicíny. Konkrétne v paliatívnej medicíne by bolo vhodné posilniť okrem schopnosti komuni-

kovat s pacientom aj komunikáciu s príbuznými a tímovú kooperáciu. Efektívna komunikácia je skutočne veľmi komplexná téma a nadobudnutie efektívnych komunikačných zručností si vyžaduje okrem teoretických poznatkov aj praktický tréning pod supervíziou. Podľa našich odborných skúseností je v oblasti paliatívnej medicíny nevyhnutné stavať práve na dôležitosti multidisciplinárneho tímu a dôležitosti zastúpenia jednotlivých profesií. Využitie synergického efektu vnímame ako kľúčové aj pri efektívnej komunikácii s rodinou pacienta.

Ak sa zameriame na komunikačné zručnosti, sú v rámci multidisciplinárneho tímu dominantné profesie sociálneho pracovníka a psychológa. Sociálny pracovník je plne kompetentný zúčastňovať sa na základných aspektoch paliatívnej starostlivosti, a naplňovať tak princíp starostlivosti centrovanej na pacienta a jeho rodinu. Zároveň je potrebné vzdelávať ostatných členov zdravotníckeho tímu, pacientov a rodinných príslušníkov o praktických možnostiach pôsobenia sociálneho pracovníka v rámci efektívnej tímovej práce. K hlavným oblastiam práce patrí práve spolupráca s rodinou pacienta, porozumenie rodinnej dynamiky a facilitácia rodinnej kohézie, zmiernenie distresu rodinných príslušníkov, zvyšovanie citlivosti a zohľadnenie rozmanitosti kultúrnych a náboženských potrieb. Aktívna participácia sociálneho pracovníka zmiernuje zaťaženie ostatných členov tímu (10). V našich podmienkach ide hlavne o lekára alebo sestru, ktorí pri absencii sociálneho pracovníka alebo psychológa často supľujú jeho funkcie.

Z hľadiska komunikácie s rodinou pacienta sa výrazný prínos sociálnych pracovníkov v rámci paliatívnych oddelení a hospicov výskumne potvrdil. Výskum bol realizovaný v USA a z oslovenej vzorky sociálnych pracovníkov (N = 641) sa výrazná väčšina z nich (96 %) podieľala na rozhovoroch o plánovaní ďalšej liečby s pacientmi a rovnako s ich rodinnými príslušníkmi. V rámci diskusií sa venovali identifikovaniu cieľov, hodnôt a priorít v rámci starostlivosti. Ozrejmovali možnosti plánovania liečby a rovnako zaznamenávali obsah jednotlivých diskusií (12). Pri sledovaní pracovnej náplne jednotlivých členov paliatívnych a hospicových tímov bola komunikácia a psychosociálna podpora opísaná u všetkých sledovaných profesií – lekár, sestra, sociálny pracovník a duchovný. Starostlivosť o rodinu pacienta bola výhradne v činnosti sociálneho pracovníka (19). Okrem sociálneho pracovníka sa rodine venuje aj klinický psychológ. Z jeho kompetencií v rámci práce s rodinou pacienta spomenieme identifikáciu a zachytenie prípadných psychických problémov príbuzných,

psychoterapiu a nácvik relaxačných techník, spracovávanie pocitov viny, spolu s lekárom sa môže zúčastňovať oznámenia diagnózy alebo negatívnej prognózy rodinným príslušníkom, vykonáva krízovú intervenciu, skupinovú terapiu, edukáciu. Psychológ objasňuje prípadné psychické problémy pacienta jeho príbuzným a rovnako členom tímu (20). Ak sú zdanlivo ne-logické reakcie pacienta objasnené a je poskytnutý vhlad, stávajú sa pre rodinných príslušníkov a rovnako pre členov tímu menej zatažujúce.

Praktické aspekty efektívnej komunikácie s rodinou pacienta

Vzhľadom na komplexnosť problematiky komunikácie vo všeobecnosti a v rámci paliatívnej starostlivosti obzvlášť je mimoriadne náročné poskytnúť univerzálne platné komunikačné vzorce. V nasledujúcej časti sa budeme snažiť načrtnúť poznatky, ktoré môžu komunikáciu zdravotníka a príbuzných pacienta uľahčiť.

Optimálne pre všetky strany (pacienta, rodinu aj lekára) je poskytnutie primeranej miery informácií pacientovi a so súhlasom pacienta aj jeho rodine. Za každých okolností by však malo byť pravidlom, že na prvom mieste treba zvážiť najlepší záujem pacienta a až následne želania jeho rodiny. Dôležité je konať v prospech pacienta, ale zároveň o tom citlivo komunikovať s jeho rodinou (3). V rámci komunikačných nedorozumení sa často objavuje rozdielne vnímanie situácie. Preto je vhodné na začiatku rozhovoru overiť, ako príbuzný chápe situáciu a aké informácie o chorobe má. Rozhovor sa preto odporúča začínať otvorenou otázkou: *Mohli by ste mi povedať, čo viete o ochorení vášho príbuzného?* Rovnako dobré je v úvode overiť, ako príbuzní chápu možnosti paliatívnej starostlivosti: *Aké sú vaše očakávania od paliatívnej starostlivosti?* Prípadné nezrovnalosti je vhodné hneď ozrejmiť a rovnako overiť pochopenie. U pacientov a rodinných príslušníkov sa stretávame s často rozdielnou potrebou informovania o ochorení a prognóze. Požiadavky sa menia aj v rámci jednotlivých fáz ochorenia. Interindividuálne rozdiely v potrebe informácií by sme mali vždy rešpektovať. Či bolo množstvo informácií primerané, môžeme jednoducho overiť na konci rozhovoru: *Máte pocit, že teraz máte o jeho/jej zdravotnom stave dostatok informácií (4)?*

Ideálna situácia v hospici je, keď sa pri príjme venuje príbuzným pacienta sociálny pracovník, ktorý s nimi prejde základné informácie týkajúce sa podmienok hospitalizácie, podmienok daného zariadenia, vysvetlí im, čo znamená paliatívna liečba a objasní im konzultačné hodiny lekára

s vysvetlením, prečo nie je možné konzultovať kedykoľvek. K tomuto stretnutiu sa môže na niekoľko minút pripojiť aj lekár, ktorý stručne zhrnie aktuálny stav a spôsob podávanej liečby. Je možnosť, že si zároveň objedná príbuzného na niektorý deň a presnú hodinu na podrobnejšiu konzultáciu, ak má príbuzný záujem, alebo mu odporučí objednať sa telefonicky, keď nastane u neho potreba stretnutia s lekárom, či už prostredníctvom informátora, sociálneho pracovníka, alebo inej za to zodpovednej osoby. Je veľmi dôležité, aby lekár vzhľadom na svoje pracovné vyťaženie konzultoval v pokoji a vo vhodnom priestore, vtedy, keď vie, že to nerobí na úkor iných činností. Určite nie je adekvátne podávať informácie kdekolvek na chodbe len preto, lebo si to príbuzný v danom okamihu želá. V takýchto situáciách je vhodné, aby lekár odkázal príbuzného na konzultačné hodiny s vysvetlením, že aj on potrebuje čas a priestor, aby sa mu mohol venovať a zodpovedať na prípadné otázky bez časového stresu. Lekár by mal naozaj podávať príbuzným len tie informácie, ktoré najmä z hľadiska legislatívy a odbornosti nemôže podávať iný člen paliatívneho tímu. Aby sme docielili dodržiavanie určitého časového harmonogramu lekára z hľadiska jeho konzultačných hodín, tak je nevyhnutné, aby lekár (prípadne aj iný člen hospicového tímu) dokázal aj s náročným, prípadne manipulatívnym príbuzným komunikovať nielen empaticky, ale aj asertívne.

Počas rozhovoru lekára s príbuzným odporúčame dodržiavať nasledovné:

- Nerušené prostredie.
- Predstavenie sa, podanie si ruky, očný kontakt, oslovenie titulom alebo priezviskom, nevytvárať bariéry z hľadiska posturiky – prekřížené ruky a nohy.
- Hneď na začiatku upresniť, koľko času mu môžeme venovať (napríklad: *Pani XY, som veľmi rád/rada, že máme k dispozícii týchto 20 minút, počas ktorých môžeme nerušene prebrať zdravotný stav vášho manžela.*)
- Nechať začiatok rozhovoru na príbuzného, aby sme nehovorili informácie 2-krát, prípadne, aby sme nerozoberali záležitosti, ktoré príbuzného vôbec nezaujímajú (napríklad: *Povedzte mi, čo konkrétne by ste chceli vedieť, prípadne aké postrehy alebo pripomienky máte.*). Keď totiž necháme príbuzného vyrozprávať sa (pokojne aj 10 minút bez prerušenia), tak bude jeho základná potreba po vypočutí naplnená. Rovnako bude vnímať náš záujem o jeho emócie, prípadne postrehy, a hoci by napríklad nebolo možné v určitých oblastiach príbuznému vyhovieť, už len samotné vypo-

čutie a uznanie jeho obáv znižuje jeho stres a posilňuje dôveru v lekára (aj v prípade, že nesúhlasíme s tvrdeniami príbuzného, tak mu neskáčme do reči a nechajme ho vypovedať aj negatíva). Príbuzní sa napríklad sťažujú, že ich blízky má zlú starostlivosť, ale ak ich zdravotník nepreruší a nechá porozprávať, v čom vidia nedostatky, tak sa častokrát dozvie, že im vadí napríklad zhoršenie pacientových mnestickejch funkcií, čo oni pripisujú nedostatočnej liečbe, ale po vysvetlení sú schopní prijať tento fakt ako súčasť choroby a zmeniť nazeranie na aktuálnu situáciu. V konečnom dôsledku to eliminuje ich negatívne prežívanie a prípadnú nedôveru v zdravotníkov.

- Pri počúvaní treba využívať techniky aktívneho počúvania (neverbálne prejavy – prikývnutie, očný kontakt, parafrázovanie, sumarizácia a pod.).
- V prípade, že želania príbuzného a želania pacienta sú v rozpore, je potrebné vysvetliť mu (edukáciou a aj exemplifikáciou), že hlavnou úlohou je rešpektovať prania pacienta.
- Ak sa príbuzný pýta, ako by mal pristupovať k pacientovi, ako s ním komunikovať (vypozoroval u neho zmenu v správaní, kognícii, nálade a pod.), tak odporúčame, aby mu lekár navrhol konzultáciu s psychológom, ktorý má čas všetko mu podrobne vysvetliť. Okrem toho popri práci na vzťahovom rámci príbuzný – pacient môže psychológ riešiť aj vnútorné konflikty, pocity viny, prípadne iné negatívne emócie alebo správanie príbuzného.
- Reč by mala byť jednoduchá, treba používať krátke vety, zrozumiteľné slová, v prípade potreby je nutné vysvetliť neznáme výrazy.
- Netreba sa báť ani persúázie (presvedčania), že určitý liečebný postup je potrebný a žiaduci a iný by zas mohol pacientovi uškodiť.
- Treba oceniť záujem príbuzného o pacienta, prípadne oceniť iné aspekty, ktoré sú významné pre danú osobu, a zároveň mu dať aj spätnú väzbu o tom, že hospitalizácia bola vzhľadom na všetky skutočnosti nutná (eliminujeme pocity viny, že sa nestará o pacienta v domácom prostredí, prípadne, že kvôli svojej náročnej práci alebo ostatnej rodine nenavštevuje blízkeho tak často, ako by chcel alebo ako by sa podľa neho „malo“). Okrem toho treba uznať vážnosť jeho problémov.
- Klásť vhodné otázky a usmerňovať rozhovor:
 - Opíšte mi bližšie...
 - Z čoho konkrétne usudzujete, že...
 - Chceli by sme tejto vašej obave porozumieť, môžete mi, prosím, viac priblížiť...
 - Čo by ste navrhovali, aby...

- Na záver je potrebné zosumarizovať povedané a poďakovať sa za rozhovor i záujem o pacienta zo strany príbuzného.
- Rovnako je potrebné verbalizovať, že stanovený časový priestor uplynul a ukončiť rozhovor. Ak príbuzný potrebuje hovoriť viac, tak je vhodné buď dohodnúť konzultáciu na iný deň, alebo u iného odborníka z paliatívneho tímu (sestra, psychológ, sociálny pracovník) podľa situácie.
- Pozor! Lekár nie je zodpovedný za vyriešenie všetkých problémov, ktoré majú príbuzní.

Empatická a asertívna komunikácia

Zaujali nás zistenia kvalitatívnej štúdie, ktorá skúmala spätnú väzbu paliatívnych pacientov a ich príbuzných o skúsenostiach s informovaním o diagnóze a rovnako zisťovala celkovú spokojnosť s komunikáciou počas celej dĺžky ochorenia. V rámci informovania o diagnóze bolo identifikovaných šesť atribútov pozitívne vnímanej komunikácie: úprimné a priame poskytnutie informácií; poskytnutie informácie v jazyku, ktorý je pochopiteľný pre pacienta a jeho rodinu (vyvarovať sa zbytočnému používaniu odborných termínov); verbálny aj neverbálny kontext zdieľania informácie so súcitom a empatickým spôsobom; poskytnutie dostatku času počas rozhovoru; poskytnutie informácií v takom množstve a v takom slede, ako sú pacient a rodina schopní spracovať; odkaz, že aj napriek progresii ochorenia pacienta a rodinu neopúšťame, ale vieme im v rámci možností pomôcť.

Ako veľmi citlivo vnímané sa ukázali témy prognózy a nádeje. Pri informovaní o prognóze bola veľmi negatívne vnímaná vyhýbavosť. Pozitívne bolo hodnotené vnímanie komunikujúceho ako experta; úprimnosť a rešpekt k množstvu informácií, ktoré chcel pacient a rodina vedieť; potreba predvídateľnosti; individuálne načasovanie podľa pripravenosti pacienta/rodiny. Pacienti a rovnako ich rodinní príslušníci vyjadrili potrebu vnímať nádej aj napriek uvedomeniu si a prijatiu skutočnosti závažnosti ochorenia a obmedzenej dĺžky života. Opisovali akoby roztrieštené vnímanie, keď si na jednej strane uvedomovali terminálny charakter ochorenia a na druhej strane si potrebovali zachovať vieru v zázrak. Ak bola ich nádej na zázrak prerušená unáhleným alebo necitlivým spôsobom, vnímali to extrémne negatívne. Vo všeobecnosti vnímali účastníci výskumu informácie ako faktor, ktorý zlepšil ich schopnosť rozhodovať sa a pomáhal udržiavať kontrolu nad situáciou. Vnímaný nedostatok informácií bol spájaný s nárastom stresu, frustráciou a neistotou (4). Všetky tieto aspekty je potrebné integrovať v rámci ko-

munikačného procesu s rodinou pacienta. Vo všeobecnosti si komunikácia vyžaduje vysokú citlivosť a rešpekt voči individuálnym prániam a potrebám pacientov a ich rodinných príslušníkov. Empatické počúvanie, úprimnosť a podpora sú dôležité zložky efektívnej komunikácie (16).

Rovnako je vhodné oboznámiť sa s technikami asertívnej komunikácie, ktorým sa veľmi názorne venujú samostatné publikácie, a preto ich v rámci článku rozoberáme len stručne.

Uplatňovanie asertívnych práv umožňujú neprijímať manipulatívne správanie druhých voči nám a zároveň nemanipulovať druhými ľuďmi (21). Asertívne správanie je založené na rešpektovaní svojich potrieb a potrieb iných, prejavuje sa jasnou, vecnou a konkrétnou komunikáciou. Vytvára priestor na otvorené prejavovanie svojich názorov, pocitov, potrieb a záujmov, učí nás čeliť manipulácii, zachovať pokoj v náročných situáciách, zvládať kritiku a efektívne pracovať s pochvalou (22). Častou formou reakcie na konfliktné situácie bývajú manipulácie, ktorých cieľom býva vyvolať v lekárovi pocit viny. Účinnou obranou pred manipuláciami je asertívna perzistencia, ktorá pozostáva z vytrvalého presadzovania svojho tvrdenia (rozhodnutia, požiadavky) v dvoch krokoch: asertívne „nie“ a použitie techniky opakovania („gramofónová platňa“) (23). Technika opakovania je veľmi účinná v situácii, v ktorej druhá strana nerešpektuje náš názor a neustále pokračuje v snahe dosiahnuť svoj cieľ. Technika spočíva v tom, že druhej strane opakujeme jednu a tú istú vetu (slovo), pričom v tejto vete nezmeníme ani slovosled, ani jej intonáciu. Kontramanipulatívna technika „otvorených dverí“ je vhodná pri situácii kritiky. Kritika útočí na emócie a na komplexy menejcnosti, preto má v sebe silný manipulatívny potenciál. Základné pravidlo techniky je v zásade súhlasiť s časťou kritiky, neodporovať, nebrániť sa, nereagovať kritikou, ale povedať niečo, z čoho vyplýva, že sa v zásade kritike otvárame a súhlasíme s kritizujúcim. Technika pracuje s premisou, že akákoľvek kritika môže obsahovať zrníčko pravdy, keď sa na ňu pozrieme z istého uhla pohľadu – súhlasíme s každou pravdepodobnou všeobecne uznávanou a nepopierateľnou pravdou, ktorá je v kritike obsiahnutá. Jednoducho s kritizujúcim súhlasíme, podľa presne určených zásad. Kritizujúci totiž očakáva protiútok, úzkosť alebo iný spôsob obrany. Istým spôsobom ho pripustením kritiky prekvapíme (24).

Okrem praktického aplikovania uvedených techník je rovnako dôležité vyvarovať sa v komunikácii zlozvykov pri počúvaní, medzi ktoré radíme čítanie myšlienok (komunikačnému obsahu vkladáme vlastný význam), prerušovanie, skákanie do reči a chýbajúcu spätnú väzbu. Ak nedáme

pomocou spätnej väzby najavo, že počúvame, môže mať komunikačný partner pocit, že ho ignorujeme alebo mu nerozumieme (môže mať potom tendenciu tvrdenia opakovať znovu). Medzi komunikačný zlozvyk radíme aj neverbálne odmietanie komunikačného partnera (pozeranie sa mimo hovoriaceho, otáčanie sa bokom alebo chrbtom, grimasy, dohováranie sa s niekým mimo rozhovor). Nesúlad verbálnej a neverbálnej zložky poslucháča mátie, preto je veľmi dôležité, ako sa pri rozhovore tvárime, gestikulujeme, aký máme tón hlasu atď. (2). V rámci asertívnej komunikácie je neverbálna stránka veľmi dôležitá. Je dôležité vystupovať pokojne, uvoľnene a udržiavať primeraný očný kontakt. Rovnako je dôležité pri komunikácii rešpektovať intímny odstup (21).

V paliatívnej starostlivosti je potrebné aplikovať jednotlivé komunikačné techniky s vysokou mierou citlivosti. V rámci zdokonaľovania komunikačných zručností jednotlivých členov tímu by sme chceli vyzdvihnúť možnosť využiť potenciál multidisciplinárneho tímu. Na základe našich skúseností je dôležité vnímať dôležitosť a komplexnosť problematiky komunikácie a tejto téme sa cielene venovať na tímových stretnutiach. Z hľadiska edukácií sa venovať teoretickým východiskám, technikám a praktickému nácviku. Rovnako analýze náročných komunikačných situácií, s ktorými boli jednotliví členovia tímu konfrontovaní.

Záver

Komunikačné spôsobilosti sú nevyhnutné pre všetkých členov paliatívneho tímu, pričom veľkú pozornosť treba venovať najmä lekárom, nakoľko sú témy, ktoré erudovane zodpovie len lekár, a aj z hľadiska legislatívy je práve on zodpovedný za informovanie ohľadom diagnózy a prognózy. Vzhľadom na komplexnosť danej problematiky je v paliatívnej starostlivosti nevyhnutná spolupráca multidisciplinárneho tímu. V rámci štúdiom osvojených komunikačných zručností dominuje hlavne sociálny pracovník a psychológ. Ich prínos môže byť nie len v skvalitnení starostlivosti o pacienta a jeho rodinu, ale aj v znížení pracovnej záťaže ostatných členov tímu (najmä lekárov a sestier).

Tento príspevok bol realizovaný v rámci projektu „Identita sociálnej práce v kontexte Slovenska [APVV-0524-12].“

Literatúra

- McDonald Ch, McCallin A. Interprofessional collaboration in palliative nursing: what is the patient-family role? *International Journal of Palliative Nursing*. 2010; 16(6): 285–288.
- Parkes CM, Relfová M, Couldricková A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu; 2007.

- Andrášiová M, Bednařík A. *Budem k Vám úprimný...* 1. vyd. Bratislava: Slovenská onkopsychologická spoločnosť, OZ; 2015.
- Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian an Australian qualitative study. *The BMJ*. 2004; 328: 1343.
- Dobříková-Porubčanová P, et al. *Nevyšleďte chorý v súčasnosti*. 1. vyd. Trnava: Spolok svätého Vojtecha; 2005.
- Pickering M, George R. Communication: the forgotten palliative care emergency. *The BMJ*. 2007; 334: 1274.
- Theová AM. *Paliatívni péče a komunikace*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu; 2007.
- Seccareccia D, Wentlandt K, Kevork N, Workentin K, Blacker S, Gagliese L, Grossman D, Zimmermann C. Communication and Quality of Care on Palliative Care Units: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*. 2015; 18(9): 758–764.
- McIlfatrick S. Interprofessional collaboration in palliative care: rhetoric or reality? *International Journal of Palliative Nursing*. 2013; 19(9): 419.
- Sumser B, Remke S, Meimena M, Altילו T, Otis-Green S. The Serendipitous Survey: A Look at Primary and Specialist Palliative Social Work Practice, Preparation, and Competence. *Journal of Palliative Medicine*. 2015; 18(10): 881–883.
- Klarare A, Hagelin CL, Fürst CJ, Fossum B. Team Interactions in Specialized Palliative Care Teams: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*. 2013; 16(9): 1062–1069.
- Stein GL, Cagle JG, Christ GH. Social Work Involvement in Advance Care Planning: Findings from a Large Survey of Social Workers in Hospice and Palliative Care Settings. *Journal of Palliative Medicine*. 2017; 20(3): 253–259.
- Oishi A, Murtagh EM. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: A systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliative Medicine*. 2014; 28(9): 1081–1098.
- Bridley PG, Reynolds SF. Improving verbal communication in critical care medicine. *Journal of Critical Care*. 2011; 26(2): 155–159.
- Fülopópová A, Gajdošová M. Rozvíjanie komunikačných zručností v zdravotníctve na Slovensku. *Verejně zdravotnictvo* [online]. 2010; 7: 4. Available from: <<http://www.verejne-zdravotnictvo.sk>>.
- Bhatt A, Mitchell A. Effective Collaborative Communication in Hospice Care. *Palliative Medicine Care*. 2015; 2(1): 1–13.
- Raudenská J, Javůrková A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada; 2011.
- Raudenská J. Zpráva z Köllner Interprofessionelles Skills Lab. *Bolest*. 2008; 11(2): 122–125.
- Kang J, Kim Y, Yoo SY, Choi JY, Koh SJ, Jho HJ, Choi YS, Park J, Moon DH, Kim DY, Jung Y, Kim WCH, Lim SH, Hwang SJ, Choe SO, Jones D. Developing competencies for multidisciplinary hospice and palliative care professionals in Korea. *Support Care Cancer*. 2013; 21: 2707–2717.
- Dobříková P. Psychické problémy nevyšleďte chorých a úlohy psychológa v paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2008; 1(3): 135–138.
- Novák T. *Asertivita nejen na pracovišti – jak si vážit sám sebe a nenechat se využívat*. Brno: BizBooks; 2012.
- Gabura J. *Komunikácia pre pomáhajúce profesie*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava; 2010.
- Praško J, Prašková H. *Asertivitou proti stresu*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing; 1996.
- Dobšovič L. *Naučte sa riešiť konflikty – komunikácia a sebaúcta v medziľudských vzťahoch*. Šamorín: Fontana; 1995.

Doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
dobrikp@gmail.com

