

Komunikacijske vještine medicinske sestre/medicinskog tehničara sa psihijatrijskim bolesnicima

Communication skills of nurses/technicians with psychiatric patients

Marija Šilje

Sveučilište u Dubrovniku, Branitelja Dubrovnika 29, 20 000 Dubrovnik, Croatia
University of Dubrovnik, Branitelja Dubrovnika 29, 20 000 Dubrovnik, Hrvatska

Received June 17th 2015;

Accepted June 5th 2016;

Ključne riječi: komunikacijske vještine • medicinske sestre/medicinski tehničari • psihijatrija

Kratki naslov: Komunikacija i psihijatrijski bolesnik

Keywords: communication skills • nurse/technician • Psychiatry

Running head: Communication skills and psychiatric patient

Autor za korespondenciju/Corresponding author: Marija Šilje, *bacc. med. techn., University of Dubrovnik, Branitelja Dubrovnika 29, 20 000 Dubrovnik, Croatia, Tel: +385-20-445 700 • E-mail: marijasilje6@gmail.com*

Uvod/Introduction

Nema segmenta društvenog života, profesije i djelatnosti u kojoj komunikacija nije značajan čimbenik. Komunikacija ima značajnu ulogu u stvaranju povoljnih ili nepovoljnih dojmova o pojedincu i organizaciji. Komunikacija (lat. *communicare*, učiniti općim) razmjena je informacija, ideja, osjećaja, verbalnim i neverbalnim putem. Ona je osnova i uvjet uspjeha međuljudskih, kako privatnih, tako i poslovnih odnosa [1]. Komunikacijske su vještine interpersonalne vještine koje podupiru pružanje psihološke njege [2]. Budući da je pitanje zdravlja i bolesti, života i smrti bitno za svakoga čovjeka te određuje njegovu sudbinu, mogućnost ostvarivanja životnih ciljeva i utječe na njegove odnose u bližem i daljem socijalnom okruženju, komunikaciji između sudionika u procesu zdravstvene njege posvećuje se posebna pozornost [1]. Medicinske sestre/medicinski tehničari u području psihijatrije u svakodnevnom su kontaktu s posebno osjetljivim skupinama bolesnika. Psihička smetnja ili bolest u biti je autistična i ona bolesniku otežava ili onemogućava komunikaciju te je važno imati usvojeno znanje i komunikacijske vještine u radu s osobama oboljelim od psihičke bolesti. Komunikacija između psihijatrijskog bolesnika i medicinskog djelatnika jedan je od najvažnijih čimbenika koji utječe na prihvaćanje psihijatrijske bolesti, početak liječenja, odnosno početak uporabe metoda zdravstvene njege. Način na koji medicinska sestra/tehničar (MS/MT) komunicira, vrlo je važan za krajnji ishod liječenja. Visoki stupanj kvalitete komunikacije MS-a/MT-a s bolesnikom ubrzava proces zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika [3]. Najveći dio interakcija ostvaruje se međuljudskom komunikacijom. „Pojam interakcije uključuje međusobno djelovanje osoba, zauzimanje stavova i određivanje pona-

šanja“ [M, Bratanić, 1990.]. Adekvatno korištenje govora kao sredstva sporazumijevanja vještina je visokog stupnja važnosti. Komunikacija se može definirati i kao „proces koji uključuje smislenu razmjenu između dvoje ljudi s ciljem da se prenesu činjenice, potrebe, misli, osjećaji ili druge informacije i verbalnim i neverbalnim putem, uključujući i izmjenu licem u lice i pisanu riječ.“

Komunikacija u sestinstvu

U definicijama sestinstva stoji da je „umijeće sestinstva međuljudski odnos i interakcijski proces između korisnika i MS-a/MT-a unutar socijalnog okruženja za vrijeme pružanja sestrijske skrbi“ [J.W. Kenney, 1990.]. U tijeku provođenja zdravstvene njege u psihijatriji MS-i/MT-i imaju posebnu komunikaciju i bolesniku „nešto daju“ što je za psihijatrijskog bolesnika, koji je regresivan, posebice značajno.

Jedan od osnovnih ciljeva MS-a/MT-a usvajanje je pozitivnog zdravstvenog ponašanja ili mijenjanje loših navika i ponašanja [4]. Ako MS/MT i bolesnik pristupaju situaciji s udaljenim i različitim tumačenjima ili pretpostavkama, može doći do nesporazuma. Često neke od bolesnikovih potreba prihvaćamo kao prioritete, ali bolesnik iste tako ne doživljava.

Ovakve situacije mogu biti frustrirajuće za sve subjekte u terapijskom procesu te je potrebno da MS/MT i bolesnik istraže bolesnikovu dobrobit u odnosu na uporabljene metode liječenja [5].

Potrebni čimbenici za uspješnu komunikaciju jesu:

Ad 1] osobine i sposobnosti MS-a/MT-a kao pomagača - empatija, srdačnost, iskrenost, dosljednost, poštovanje i prihvaćanje bolesnika, pružanje mogućnosti bolesniku da izrazi vlastito mišljenje i sudjeluje u donošenju odluka, njegovo bezrezervno prihvaćanje, razumijevanje i briga za bolesnika;

Ad 2] osobine bolesnika – kognitivne sposobnosti, afektivna komponenta ličnosti, tj. osjećaji i sve što na njih utječe, bolesnikovo prethodno iskustvo, a važna je također socijalna, etička i kulturna pripadnost i uvjerenja, jezik, eventualne tjelesne mane i slično;

Ad 3] okolina u kojoj se komunikacija ostvaruje - kao pomoćni čimbenik, ali i čimbenik koji otežava komunikaciju; neprikladno mjesto, skućen prostor, buka, prisutnost ostalih bolesnika i osoblja, rodbine i drugo [4];

Komunikacijske vještine spadaju u skupinu temeljnih interpersonalnih vještina. Njihova uporaba povećava stupanj psihološke njege. Komunikacijske su vještine i slušanje i govorenje. Poruka treba biti direktna, otvorena, pravovremena, jasna, kongruentna. Treba izbjegavati dvostruke poruke, usmjeriti se na jednu stvar u određenom trenutku, činiti jasnu razliku između činjenica koje se uviđaju i naših stavova, biti jasan u željama i emocijama. Poruka treba biti istinita. Potrebne vještine slušanja jesu: aktivno slušanje, slušanje s empatijom, otvoreno i svjesno slušanje [6]. Također razmatramo vještine identificiranja i interpretiranja neverbalne komunikacije.

Osnovne funkcije provođenja komunikacije dijelimo na:

Ad 4] završavanje zadataka – završavanje nečega zbog našeg vlastitog dobra, kao što je traženje pomoći kod podjele terapije, npr. okretanja nepokretnog bolesnika zbog davanja parenteralne terapije;

Ad 5] kontrola – traženje nekog da napravi nešto za vlastito dobro, kao što je mijenjanje nezdravstvenog ponašanja;

Ad 6] izmjena informacija – davanje i primanje informacija;

Ad 7] izražavanje misli ili osjećaja – ovo nam omogućuje da se približimo drugima i da razvijemo empatiju za situaciju drugih ljudi;

Ad 8] smanjivanje anksioznosti – često smo izražavanjem misli i osjećaja u mogućnosti osjetiti da je „podijeljen problem - prepolovljeni problem“;

Ad 9] društvenost/zadovoljstvo – iako neko vrijeme možemo biti zadovoljni druženjem sa sobom, većina iskustava je poboljšana ako su podijeljena ili raspravljena s drugima;

Ad 10] ritual – ova funkcija nam pomaže da znamo prihvatljivije načine odgovaranja/govora u danim situacijama – tako na primjer, znamo da je kod prijema bolesnika kojeg prvi put susrećemo potrebno predstaviti se zvanjem, imenom i prezimenom [2].

Značajan broj MS-a/MT-a poistovjećuje se s funkcijom „izmjena informacija“ jer se to događa često u većini situacija: tražimo od bolesnika da nam pruže informacije o svojim osobnim navikama i zdravstvenim problemima, a mi dijelimo s njima informacije o tome što će im se dogoditi tijekom zdravstvene njege.

Funkcijama poput „kontrola“ koristimo usvojene komunikacijske vještine da bismo nagovorili nekog da napravi nešto što je za njegovo dobro, kao što je prestanak pušenja, pijenja alkohola, redovito uzimanje terapije, redovite ambulantne kontrole ili održavanje higijene spavanja. Neke funkcije, poput ublažavanja anksioznosti, vrlo su bitne u komunikaciji s osobama oboljelim od psihičke bolesti jer su takve emocije često pojačane.

Neke od ključnih osobina/kvaliteta, temeljnih uvjeta za kvalitetno, učinkovito komuniciranje koje MS/MT u radu sa psihijatrijskim bolesnicima upotrebljavaju aktivno su slušanje, samosvjesnost, kongruentnost u odnosu sestra – bolesnik, posjedovanje i komuniciranje empatijskog razumijevanja i bezuvjetno prihvaćanje bolesnika [2].

Aktivno slušanje - slušamo li odista bolesnika, pokušat ćemo ga u potpunosti i shvatiti. Aktivno slušanje senzitivno je i dobronamjerno. MS/MT čuje poruku, shvaća njezino značenje, provjerava svoje razumijevanje nudeći povratnu informaciju sažimanjem, odnosno parafraziranjem sadržaja bolesnikovih izjava. Jedna je od osnovnih tehnika aktivnog slušanja postavljanje pitanja, a to nas navodi na pažljivo slušanje.

Kongruentnost u odnosima – može biti opisana i kao iskrenost, otvorenost ili transparentnost; medicinska sestra ne nastoji biti ništa drugo nego to što jest i pokušava osigurati da su svi oblici komunikacije (govorna, neverbalna) kongruentni jedni s drugim. Kongruentnost pomaže u osiguravanju od davanja kontradiktornih poruka.

Bezuovjetno prihvaćanje – MS/MT prihvaća bolesnika s dostojanstvom i cijeni ga kao vrijedno i pozitivno ljudsko biće bez postavljanja bilo kakvih uvjeta, poput očekivanja nečeg zauzvrat od tog odnosa. Stoga postoji iskreno prihvaćanje i poštovanje za druga ljudska bića jednostavno zato što su ljudska bića i ne osuđuje ih se zbog bilo kakvih ponašanja, stavova ili mišljenja koja možda smatra teškima i neprihvatljivima.

Empatijsko razumijevanje – često opisano samo kao empatija. To je sposobnost da se svijet vidi onako kako ga vidi druga osoba i prenošenje tog perceptivnog razumijevanja natrag bolesniku.

Asertivna komunikacija – asertivnost je način ponašanja i ophođenja koji uključuje jasno iskazivanje vlastitih osjećaja, potreba i ideja bez ugrožavanja prava drugih. Ono podrazumijeva samopouzdanje bez agresivnosti i omogućuje rješavanje problemskih situacija, davanje konstruktivnih prigovara bolesniku i zaštitu vlastitih prava. Neasertivno ponašanje sestre rezultira osjećajem povrijeđenosti, stresom i produljivanjem problema, dok agresivno ponašanje uzrokuje sukobe i osjećaj povrijeđenosti kod bolesnika [2, 4].

Verbalna i neverbalna komunikacija

Verbalna komunikacija obično podrazumijeva govor. Medij verbalne komunikacije je jezik. Potrebno je usvojiti znanja za omogućavanje što duljeg govora bolesnika.

Da bi nam bolesnik dao kompletnu informaciju, trebamo pokazati zainteresiranost za svrhu ishoda komunikacije. Moramo biti svjesni, prisutni i reagirati iskreno što auto-

matski znači i (samo)poštovanje. Razgovaramo o njegovom pogledu na problem, npr. kako bi on riješio nastalu situaciju, je li već prije imao sličan problem. Ne samo da ćemo na ovaj način dobiti potpuniju informaciju već ćemo dobiti cjelovitiju sliku o bolesniku i njegovom stanju.

I govorna (oralna) i pisana komunikacija mogu se podvesti pod „verbalnu komunikaciju“ jer uključuju riječi. Zdravstveni djelatnici koriste pisanu riječ da bi komunicirali, poput pisanja planova zdravstvene skrbi, odnosno sestrinske dokumentacije. Sestrinska dokumentacija služi kao komunikacijska metoda kojom međusobno komuniciraju svi oni koji su uključeni u zdravstveni sustav i skrb oko bolesnika (zdravstveno osoblje, zdravstveni suradnici, bolesnik, obitelj i institucije zdravstvenog osiguranja). S obzirom na to da se velik dio informacija u postmodernom društvu razmjenjuje u pisanom obliku, uvjet ravnopravnog sudjelovanja u procesu komunikacije je visoka razina pismenosti [1, 2, 4].

Ono što govorimo riječima samo je dio cjelokupnog spektra komunikacije. Izgovorene riječi čine samo oko 30% ljudske komunikacije. Napominjemo da je neverbalna komunikacija najrasprostranjeniji i najmoćniji oblik komunikacije [2].

Neverbalna komunikacija u značajnom obimu otkriva osjećaje i misli sugovornika. Koristi se za pojačavanje izgovorene riječi te kao zamjena za njih [2]. Ton glasa, izraz lica, geste, dodiri i držanje tijela govore o naravi odnosa među sudionicima. Kod bolesnika koji su primili lošu vijest (npr. dijagnoza), kod depresivnih bolesnika, potištenih, sestra dodirrom ruke može vrlo snažno komunicirati da je uz bolesnika i da mu nudi podršku. Ako između verbalnih i neverbalnih elemenata poruke postoji nesklad, pažljivi će ga promatrač otkriti. Svaki nesklad unosi zabunu i nesporazum u komunikaciju [1].

Neverbalna komunikacija može nam poslužiti kao upozorenje na predstojeće postupke. Promatramo li nekog tko korača po sobi sa stisnutim šakama i ljutitim izrazom lica, možda ćemo naslutiti da će postati verbalno ili fizički agresivan i pripremimo se za intervenciju kako bismo, ako je moguće, spriječili da se dogodi neželjeni incident [2].

Šutnja - lingvistika definira šutnju kao odsutnost govora. Ona može biti znak umora, razmišljanja, nezadovoljstva, ali i oblik društvene kontrole. Malo je područja komunikacije koja mogu prouzročiti toliko nesporazuma kao šutnja [1]. Drugi misle da bismo svi trebali naučiti cijeniti šutnju. Mnogi se ljudi boje šutnje jer im je neugodna i nastoje je po svaku cijenu izbjeći. Kratka šutnja dio je razgovora koji također ima svoje značenje i može biti vrlo korisna. Šutnja može donijeti smirenje, pomaže nam da osvijestimo vlastite misli i osjećaje, uočimo neverbalne reakcije sugovornika, ali i da, barem donekle, uspostavimo kontrolu nad osjećajima [7]. Poznavanje i pravilno tumačenje ovih oblika uvjet je ne samo dobre komunikacije nego i prepoznavanje mogućih patoloških sindroma/simptoma kod psihijatrijskih bolesnika (katatoni stupor, psihotična stanja, depresija).

Uspješna komunikacija sa psihijatrijskim bolesnikom

Zbog preopterećenosti (nedostatka broja djelatnika, sestrinske dokumentacije i sl.) kvaliteta komunikacije MS-a/

MT-a s bolesnikom nije zadovoljavajuća. Često se za razgovor s bolesnikom nema vremena, a nije rijetkost ni da se bolesnika ignorira, te ga se još poprati komentarom kako nismo mi plaćeni da bismo pričali s vama, nego smo ovdje „da radimo“. Odnos MS/MT – bolesnik treba biti u funkciji liječenja bolesnika i taj se odnos stvara u komunikaciji s bolesnikom. Bitno je određen komunikacijskom sposobnošću, stupnjem empatije (suosjećanja), međusobnog uvažavanja i povjerenja, suradnje, profesionalnosti i etičnosti. Važno je istaknuti da psihijatrijska sestra razgovarajući s bolesnikom ne gubi vrijeme, već da je upravo ta vještina komunikacije važan dio u cjelokupnom procesu zbrinjavanja psihijatrijskog bolesnika.

Da bi MS/MT bio uspješan u provedbi aktivnosti koje će pridonijeti zadovoljenju potreba, mora s bolesnikom stvoriti odnos povjerenja i prihvaćanja u kojem će bolesnikova osobnost doći do punog izražaja. Osobito je važno pravilno iskoristiti trenutke šutnje koji mogu potrajati puno duže nego u uobičajenoj komunikaciji. Znati slušati preduvjet je za uspješnu komunikaciju. Većina želi govoriti, ali je vrlo malo onih koji žele slušati. Psihijatrijski bolesnik može imati problem koji ga muči dulje vrijeme i nije ga spreman iznijeti pred bilo kime. Važno je da MS/MT stvori dobro ozračje i pokaže bolesniku da ga je spreman slušati. Važna je dobra volja i vrijeme koje će medicinska sestra odvojiti za razgovor s bolesnikom, tako da može razgovarati bez žurbe i da pri tome ne radi ništa drugo te da punu pažnju posveti bolesniku (svakodnevna se komunikacija često svodi na usputne razmjene osnovnih informacija, pri čemu se događa da sestra radi nešto drugo). U razgovoru s bolesnikom MS/MT ne smije biti nestrpljiv i rastresen. Mora se organizirati vrijeme slušanja da bolesnik ne bi pomislio da on sprječava sestru u drugim aktivnostima ili da joj ide na živce. Bolesnik može razviti osjećaj nepovjerenja i odbacivanja, osjećaj da nije dovoljno važan da bi se netko njime bavio.

MS/MT od psihijatrijskog bolesnika može čuti mnogo toga što bi ostale moglo šokirati, ali ga zbog toga ne smije osuditi, već mu mora pomoći. Bolesnik može posebno poželjeti razgovor s točno određenim članom zdravstvenog tima. U nekoj situaciji bolesnik može dati prednost razgovoru s MS-om/MT-om, a u drugoj razgovoru s liječnikom. Ni jedan član tima taj bolesnikov izbor ne smije doživljavati ni kao poraz ni kao pobjedu [3].

Bolesnik će u većini slučajeva lakše stupiti u kontakt s MS-om/MT-om koju poznaje iz prijašnjih hospitalizacija. Ponašanje bolesnika, njegova gestikulacija i govor poput, crvenila na licu, natmurenosti, oznojenosti, mahanja rukama, ubrzanog govora i prijatni svakako će nam biti smjernica kako pristupiti i kako komunicirati. Psihijatrijski bolesnici lako prepoznaju (ne)iskrenost i ono što mi osjećamo, naš strah i našu nesigurnost. Samopouzdan MS/MT koji ima usvojena potrebna znanja u svakom trenutku povećava stupanj poštovanja u odnosu na bolesnika i povećava se stupanj sigurnosti liječenja.

Posljedično, bolesnik lakše prihvaća hospitalizaciju, postaje suradljiv te se skraćuje vrijeme hospitalizacije. Bolesnik koji je imao dobru komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima tokom hospitalizacije, lakše će prihvatiti redovne ambulantne kontrolne preglede.

Terapijsko okruženje, terapijska komunikacija

Na psihijatrijskom odjelu razvijamo ozračje s pozitivnim, optimističnim stavom. Bolesnici su najbliži medicinskim sestrama jer s njima provode najveći dio vremena i stalno su u izravnom kontaktu. Sestre im dijele terapiju, daju hranu i stalno brinu o njima. Sam odnos bolesnika prema liječenju, zdravstvenoj njezi, prihvaćanju savjeta i samom prihvaćanju bolesti ovisit će upravo o odnosu medicinske sestre prema bolesniku, odnosno o komunikaciji koju razvija prema bolesniku. Bolesnika razumijemo i prihvaćamo bez obzira na njegove sposobnosti, mogućnosti, navike i na kulturološku sredinu iz koje dolazi. U radu veliku važnost ima razvijanje dobrih međuljudskih odnosa jer medicinski djelatnici čine terapijsku zajednicu. Cilj je zajednička izgradnja odnosa i ona ima središnje mjesto u terapijskom procesu.

Terapijski odnos MS/MT - bolesnik može imati povoljan terapijski učinak, tj. može biti u funkciji liječenja bolesnika, a nije li tako, onda se negativno odražava te se naziva anti-terapijskim procesom ili je pak neutralan kada nema nikakvog rezultata. MS-ovi/MT-ovi u psihijatrijskom zdravstvenom timu bitno pridonose uspjehu krajnjih ishoda liječenja. Naime, daju nešto što je za psihijatrijskog bolesnika koji je regresivan, od posebnog značaja [8]. Uloge su suprotne, ali komplementarne: jedna strana traži pomoć, a druga je može pružiti. Komunikacija je zapravo razmjena poruka. Treba paziti da poruke ne budu parcijalne, kontaminirane, sarkastične, s negativnim usporedbama, optužujuće i slično. Komunikacija zadovoljava neke potrebe, kao što su potreba za stimulacijom, za kontaktom, za pripadanjem i ljubavlju, za priznanjem, za sigurnošću, za strukturiranjem i osmišljavanjem vremena, za moći, za slobodom, za samoaktualizacijom. Komunikacijski problemi koji blokiraju komunikaciju su proturječje, moraliziranje, ismijavanje i sl. [6].

Terapijska komunikacija vještina je koja povećava stupanj bolesnikova povjerenja, a osigurava bolesniku prihvaćenost, potporu, savjete, uvjete za promjenu stavova i ponašanja. Ona pridonosi: razvoju terapijskog odnosa MS-a/MT-a i bolesnika; prihvaćanju bolesnikova uvida u problem i porast samosvijesti; porastu samopoštovanja i povjerenja bolesnika u sebe i u druge; bolesnikovom usvajanju novih znanja i stjecanja novih vještina; autonomiji ličnosti i njegovoj neovisnosti i samostalnosti; smanjenju anksioznosti i popravljaju raspoloženja; otklanjanju autoagresivnog i heteroagresivnog ponašanja; željenoj promjeni u bolesnikovu ponašanju; boljoj orijentaciji bolesnika u vremenu, prostoru i prema drugim osobama. Terapijskom komunikacijom djelujemo na bolesnikove osjećaje, misli i ponašanje mijenjajući ih u pozitivnom smjeru [5, 9].

Vještine terapijske komunikacije u radu s psihijatrijskim bolesnikom

Kvalitetu vještine terapijske komunikacije MS-ovi/MT-ovi kontinuirano poboljšavaju uporabom sljedećih čimbenika: smanjuju osjećaj napetosti/anksioznosti u bolesnika dopuštajući mu da napreduje svojim tempom u skladu sa svojim mogućnostima, da iskaže svoje probleme u mjeri u kojoj to sam želi, ne inzistiraju odmah na temama koje su za njega izvor anksioznosti, učenjem tehnika opuštanja; postavljaju

njem otvorenih pitanja koja zahtijevaju cjelovit odgovor, ona koja počinju s „gdje, što i kada“, a na njih se ne može odgovoriti s „da“ ili „ne“; traženjem pojašnjenja – razjašnjavanje nejasnoća i općenitih pacijentovih izjava (npr. izjava poput: „Nitko me ne voli“ razjasniti pitanjem: „Na koga mislite kad kažete da vas nitko ne voli?“); konfrontacijom/suočavanjem – nastoje bolesniku ukazati na nejake ili nelogične tvrdnje (npr. „Govorite kako se dobro osjećate, a izgledate tužni“); procjenom razumijevanja – provjeravaju jesu li shvatili upravo ono što je bolesnik mislio; empatijskim razumijevanjem – ovdje koristi pitanje kako bolesnik vidi problem i kako bi ga želio riješiti; intervencijom u okolini –poštivanjem privatnosti, razgovorom u mirnoj prostoriji; orijentacijom na „ovdje“ i „sada“ – usredotočenost interakcije na neposredne događaje i sadašnje osjećaje (na primjer: „Kako se osjećate sada?“); davanjem informacije – potrebno je bolesniku pružiti sve informacije koje će mu pomoći u viđenju i reagiranju na određenu situaciju; vođenjem razgovora – pomoći bolesniku da detaljnije i dublje opiše događaje i osjećaje (na primjer: „Recite mi nešto više o tome kako se osjećate u odnosu na...“); zrcaljenjem/reflektiranjem – promatranje bolesnika i davanje povratne informacije o njegovom ponašanju (na primjer: „Djelujete ljuto“ ili „Djelujete tužno“); orijentacijom na stvarnost – ispravljavanje bolesnikovih nerealnih percepcija („To nije sirena, to je pas“); kognitivnim restrukturiranjem – pomoći bolesniku da se orijentira na pozitivne ishode u životu i pomoći mu u unaprjeđenju samopoštovanja i pozitivne slike o sebi; izražavanje dvojbe – dati bolesniku na znanje da ne vidite događaje takvim kao što ih vidi on; verbalizacija naznačenog (na primjer: „Kažete da ste ljuti na sve oko sebe, jeste li ljuti i na mene?“); sažimanje –u jednoj se izjavi daje nekoliko ideja i osjećaja i odnosa među njima [5].

Odrednice/sposobnosti uspješne komunikacije jesu: empatija/simpatiziranje – sposobnost razumijevanja i dijeljenja tuđih emocija, uz pozitivnu naklonjenost toj osobi; biti na raspolaganju bolesniku – imati dovoljno vremena baviti se njime; steći povjerenje – bliskost i doživljaj sigurnosti; suradnja – izbjegavati ovisnost bolesnika, težiti njegovu osamostaljivanju; profesionalnost – ponašati se sukladno stručnim i znanstvenim načelima svog posla, držati se termina i obveza, poštovati tuđa prava, kulturno se odnositi i kontrolirati svoje reakcije, racionalno držanje kad osoba pokazuje kritiku, ljubav, divljenje ili mržnju; individualni pristup –svatko ima svoju posebnost; polaziti od pozitivne egzistencijalne pozicije – ja sam dobro, ti si dobro; etika – usmjeriti se na dobrobit bolesnika [5].

Ponašajne odrednice odnosa između MS-a/MT-a i psihijatrijskog bolesnika

Kod ponašajnih odrednica govorimo o potpori bolesniku, što znači da su sve sestrinske intervencije usmjerene na to da podrže bolesnika u njegovom nošenju sa situacijama i u učenju iz iskustva. Stavovi i osjećaji koji utječu na to i treba ih imati na umu pri planiranju intervencija jesu: privatnost – može biti kulturalno specifična, treba poštovati korisnikove granice, no također paziti da se sama sestra ne doima udaljenom i rezerviranom; treba postaviti jasne osobne granice, jer bolesnici često žele doznati nešto više o MS-u/MT-u;

humor – može smanjiti razinu napetosti i opustiti terapijsko okruženje; potrebno je voditi računa o kulturološkim strukturama bolesnika; empatija – sposobnost emocionalnog uživanja, ali bez proživljavanja problema drugih, jedna je od najčešćih karakteristika koje opisuju MS-a/MT-a; dodir – ovdje također treba poznavati potrebe i kulturološku uvjetovanost bolesnika, kao i onu kod medicinske sestre jer je dodir prijeko potreban u njezi i brizi za bolesnika i može, ako nije adekvatan, uvjetovati nelagodu i kod bolesnika kao i kod medicinske sestre, kod psihijatrijskih bolesnika agitiranih ili paranoidnih može potaknuti i agresiju; seksualnost – ne uključuje samo seksualni čin nego je integralni dio ljudske osobnosti i osoba će u nekom dijelu života neminovno iskusiti stres vezan uz seksualnost [5].

Komunikacija s hitnim psihijatrijskim bolesnikom

Hitnim stanjem u psihijatriji smatra se svako stanje u kojem su prisutne promjene u misaonom sadržaju, emocionalnom stanju, interakciji s okolinom i načinu na koji se osoba odnosi prema okolini i stoga zahtijeva hitno liječenje kako bi se smanjile patnje i moguće ozljede bolesnika ili njegove okoline. Hitni psihijatrijski bolesnici najčešće su uznemireni, provokativni, prijeteći i agresivni te često privođeni od strane policije. Pri prvom kontaktu s bolesnikom, blagim i smirenim tonom treba nastojati pridobiti njegovu povjerenje i pokušati omekšati njegovu agresiju.

U komunikaciji s hitnim psihijatrijskim bolesnikom potrebno je učiniti sljedeće intervencije:

- 1] graditi odnos utemeljen na empatiji, iskrenosti i prihvaćanju;
- 2] razvijati odnos u kojem se bolesnik može ljutiti, a da ne reagira agresijom;
- 3] stvarati terapijsko okruženje i rješavati konflikte;
- 4] primjenjivati individualiziran pristup;
- 5] predvidjeti mogućnost agresivnog ponašanja i primjerenost djelovati;
- 6] poštivati bolesnikovu potrebu za osobnim prostorom i ukloniti iz okoline ono što bolesnika plaši;
- 7] ne optuživati i tako pojačati osjećaj krivnje;
- 8] ne izazivati, ne pokazivati strah i paniku, izbjegavati nagle pokrete i ne zanemarivati vlastitu sigurnost [3,10].

Komunikacija sa psihotičnim bolesnikom

Teškoće u komunikaciji s psihotičnim bolesnikom povezano su s prirodom njegova poremećaja. Oboljeli od psihoze imaju očuvana osjetila, ali ne mogu obraditi ono što čuju, vide, mirišu ili dodiruju. Govor psihotične osobe često je siromašan i ograničen te odražava poremećenu percepciju, mišljenje, emocije i motivaciju. Komunikacija je psihotičnog bolesnika, u pravilu, govorenje nesvjesnih sadržaja nerazumljivim jezikom ili jezikom nerazumljivim našoj svijesti. Izraz lica psihotične osobe ne odgovara verbalnoj poruci, a takva osoba često izražava nelogične misaone procese u obliku iluzija, halucinacija i sumanutih ideja. Komunikacija

sa psihotičnim bolesnikom izazov je posebne vrste. Nitko kao psihotična osoba ne testira tako oštro autentičnu međuljudsku komunikaciju, stavlajući nas na teška iskušenja da u strahu odustanemo ili se oholo uzvisimo, zaključujući da su oni, psihotični, niža ljudska vrsta koja je "prolupala", pa ne zna što priča [11, 12].

Intervencije MS-a/MT-a kod psihotičnih bolesnika usmjerene su na olakšavanje komunikacije. U takvoj je komunikaciji s bolesnikom najznačajnije strpljenje i poštovanje, poticanje bolesnika da opširnije odgovori na pitanja, da uspostavi socijalni kontakt i počne komunicirati s drugim bolesnicima. Najbolje su kratke rečenice i upotreba raznih oblika socijalnih poticaja, kao npr. šetnje, igre, časopisi, uređivanje kose ili noktiju da bi se uključilo bolesnika u interakciju. Nije preporučljivo direktno proturječiti bolesnikovim sumanutim idejama ili halucinacijama, bolje je pokušati otkriti što se krije iza takvih poruka, a to je vrlo često osjećaj straha ili bespomoćnosti. Nikako se ne smije izbjegavati komunikacija jer bolesnik to tumači kao postupak protiv njega, pa može uzvratiti još agresivnije ili mu izaziva želju za osvetom. Osjeti li bolesnik da smo pronikli u njegove stvarne osjećaje koji su prekriveni poremećenim mišljenjem, da ih razumijemo i prihvaćamo, razvit će povjerenje u nas [3,11].

Komunikacija s depresivnim bolesnikom

Depresija je psihički poremećaj koji može biti različitog stupnja težine. Uobičajeni su simptomi: osjećaj potištenosti, plačljivost, gubitak samopoštovanja, usporenost misli i aktivnosti, zabrinutost, gubitak interesa, teškoće spavanja i apetita, žaljenje na tjelesne simptome, pseudodemencija i suicidalne misli. Osoba se može osjećati bespomoćnom i nesposobnom za svladavanje vlastitog identiteta i svrhovitosti. Depresivni bolesnik u početku bolesti često je nekomunikativan, neaktivan, ponekad negativan i suicidalan. Važno je pokušati uspostaviti komunikaciju i održati je, čak i kad osoba samo plače ili ne pokazuje interes za razgovor. Nije potrebno dijeliti direktne savjete i pretjerano moralizirati jer ćemo tako kod bolesnika stvoriti opozicijsko ponašanje. Bolesnik takvog ponašanja ne mora biti svjestan, ono može ostati u domeni nesvjesnog [13]. Depresivnog bolesnika bitno je potaknuti na razgovor.

Kod depresivnog bolesnika medicinska ga sestra može poticati na komunikaciju s drugim bolesnicima i treba odvojiti dovoljno vremena za razgovor s njim. MS/MT suzdržava vlastitu dosadu, frustraciju ili ljutnju i pažljivo promatra bolesnika, njegove verbalne i neverbalne znakove. Sestra neverbalno pokazuje suosjećanje i razumijevanje (nagnuti se prema bolesniku, gledati ga u oči) i objašnjava mu svrhu razgovora. Treba pitati bolesnika o kognitivnom statusu: zašto je nešto uradio, sjeća li se. Treba koristiti izraze potkrepljenja („Vidim da vam je teško govoriti o tome.“) i postavljati pitanja na koja osoba može odgovoriti kratkim i jednostavnim odgovorima. Razgovor treba biti otvoren, pun razumijevanja i povjerenja. MS/MT pažljivo i odlučno ispituje o eventualnim suicidalnim namjerama, bez straha da će ispitivanjem pogoršati stanje. Bolesnika treba upozoriti na prisutnost suicidalnih ideja kod svih depresivnih bolesnika, čime se stvara osjećaj manje izoliranosti i napuštenosti, a samom se bolesniku objašnjava njegovo ponašanje [3,11].

Komunikacija s tjeskobnim/anksioznim bolesnikom

Anksioznost ili tjeskoba pretjerana je zabrinutost bez primjerenog uzroka. Ona je neugodan osjećaj straha od nepoznate opasnosti, praćena osjećajem bespomoćnosti. Osoba ima osjećaj da će se nešto strašno dogoditi, iako ne može odrediti o čemu je točno riječ. Zabrinutost može prijeći u paniku. Manifestacije su anksioznosti, uz psihičke (osjećaj nesigurnosti, straha, nelagodnosti, povećana nervoza, nemir, nesposobnost koncentracije, nesanica) i brojne tjelesne (napetost u glavi, ramenima, leđima, nogama, tremor prstiju, vjeđa, osjećaj ubrzanog rada srca, nepravilno disanje prekidano uzdasima, znojenje, crvenjenje u licu, a može se pojaviti mučnina, povraćanje i proljev). Moguće je da neki stresni događaj izazove ovakvu reakciju. Povećana tjeskoba smanjuje sposobnost objektivne procjene situacije, odlučivanja i poduzimanja akcija. Ako je reakcija prejaka ili dugotrajna, onda upućuje na poremećaj. Osnova je cjelokupnog terapijskog djelovanja medicinske sestre u radu s anksioznim bolesnicima usmjerena na smanjenje tenzije. Njezina emocionalna toplina, spremnost da razumije i reagira, stvara i produljuje odnos između nje i bolesnika. Da bi sestra uopće mogla pomagati tim bolesnicima, osim teorijskog znanja mora posjedovati empatijski kapacitet. Osnovna je vještina dobro opažanje i sposobnost prikupljanja bitnih podataka. Slušanje bolesnika aktivan je proces u kojem sestra, osim što dobiva podatke o njemu, stvara i osnovu za radni savez. U anksioznih je bolesnika osnova pristupa bezrezervna spremnost da se ustraje u pokušajima da se bolesniku vrati osjećaj sigurnosti i povjerenja. Takvim osobama treba pomoći u vraćanju samopouzdanja i ravnoteže koju su imali prije anksioznosti. Razgovor s anksioznim bolesnikom može otkriti što se skriva iza trenutačne anksioznosti i pomoći mu da se ta anksioznost ublaži. Razgovor je važan i da bi bolesnik stekao uvid da se MS/MT brine o njemu, da ga poštuje kao osobu i prihvaća sa svim manama i vrlinama.

Da bismo anksioznog bolesnika potaknuli na razgovor, potrebno je biti smiren i odvojiti dovoljno vremena za razgovor, objasniti mu da mnogi ljudi osjećaju tjeskobu. Priča li bolesnik previše, treba ga usmjeravati sažimanju i objasniti mu koje podatke trebamo. Potrebno ga je točno izvijestiti o tome što očekujemo od njega za vrijeme i nakon razgovora, a zahtijeva li još objašnjenja, uvjeriti ga da će doznati sve što ga se tiče [3, 8, 11].

Komunikacija s agresivnim bolesnikom

Agresivnost je nasilna, neprimjerena i neadaptivna verbalna ili fizička aktivnost koja ozljeđuje i oštećuje druge i okolinu. Agresija je reakcija na frustraciju, tj. na nemogućnost osobe da postigne neki cilj. Bolesnik može svoj bijes usmjeriti na nas bilo zato što je preplašen, bespomoćan ili ugrožen. Agresivni bolesnik izaziva strah u psihijatrijskih djelatnika što dovodi do otežanog pristupa i komunikacije s takvim bolesnikom. Važno je prekinuti agresivni krug, tj. ne odgovarati agresijom na agresiju. Cilj je smiriti osobu. Jednom prepoznata agresija kod bolesnika zahtijeva oprezan pristup. Ne treba se suprotstaviti osobi ili joj prijetiti, bolje je uspostaviti smirenu atmosferu s normalnim odvijanjem ak-

tivnosti. Potrebno je potražiti pomoć drugih osoba. Pri prvom kontaktu s agresivnim bolesnikom, blagim i smirenim tonom treba nastojati pridobiti njegovo povjerenje i pokušati omekšati njegovu agresiju.

U komunikaciji s agresivnom osobom sestra mora biti smirena, iskrena i otvorena i mora procijeniti je li bolesnik uzrujan, nemiran ili spreman da "eksplodira". MS/MT mora pokazati volju za razgovorom i slušanjem i otvoreno mu reći da je ljut i uznemiren te ga upozoriti da nasilno ponašanje nije prihvatljivo. MS/MT mora se držati na sigurnoj udaljenosti: ni preblizu, ni daleko i ne smije pokušavati prekinuti bolesnikov ispad, ne upozoravati ga da ne psuje, niti mu prijetiti. Potrebno je postavljati otvorena pitanja da bismo ga potaknuli na razgovor. Ne treba se slagati s njime ili obećavati nešto što se ne može ispuniti, MS/MT treba biti iskren i pokazati razumijevanje. Bolesniku treba dati mogućnost izbora i nastojati ga razuvjeriti i opustiti. Ljudi su agresivniji kad se osjećaju prisiljeni na nešto. Ne bi trebalo govoriti bolesniku stojeći iza njega niti bi ga trebalo dodirivati niti mu priječiti prolaz. Izrečene uvrede ne treba primati osobno jer i sami možemo postati agresivni. Treba biti na oprezu sve dok događaj ne završi jer u trenu nepažnje može doći do pogreške. Zatreba li, potrebno je pozvati pomoć. MS/MT barem djelomično mora kontrolirati situaciju. Odbija li bolesnik lijek, ponaša se prijeteće, moramo mu reći da će u tom slučaju biti tjelesno onesposobljen ili izdvojen od drugih [3,11].

Komunikacija s bolesnikom u akutnom opitom stanju

Alkoholna je intoksikacija posljedica jednokratnog pijenja alkoholnog pića. Pri susretu s ovakvim bolesnicima MS/MT mora učiniti sljedeće intervencije: ostati miran, predstaviti se; uspostaviti kratki kontakt očima; ne treba se postaviti izazivački niti tražiti od bolesnika da se smiri; po potrebi na neupadljiv način pozvati pomoć; razgovor je bolje obavljati u većim prostorijama jer se alkoholizirani bolesnik u maloj prostoriji može osjećati zatvorenim u klopku; može pomoći „Da, ali“ taktika npr. „Da, slažem se s vama, ali možda bi bilo dobro...“ [14].

Komunikacija sa psihijatrijskim bolesnikom koji ima kognitivne poteškoće

Kognitivni deficit uključuje stanje kad je u bolesnika prisutan poremećaj u mentalnim aktivnostima poput pamćenja, mišljenja, orijentacije, rješavanja problema, donošenja odluka i razumijevanja. Kognitivne funkcije mogu biti poremećene zbog djelovanja fizioloških čimbenika, utjecaja iz okoline ili pacijentova emocionalnog stanja. Poremećaj je misaonog procesa stanje u kojem je u bolesnika prisutan poremećaj u kognitivnim funkcijama (mišljenje, orijentacija, rješavanje problema, donošenje odluka, razumijevanje, procjena, suočavanje) i aktivnostima.

Da bi komunikacija s osobom u kognitivnom deficitu bila što bolja, potrebno je učiniti sljedeće: ne dodirivati pacijenta dok se ne uspostavi odnos povjerenja; usmjeriti se na "sada" i "ovdje", ako je bolesnik dezorijentiran, ne ismijavati

ga; u slučaju nepovezanih misli i halucinacija ne treba donositi odluke, već treba zamoliti bolesnika da interpretira što doživljava; govoriti u kratkim rečenicama, ponavljati i davati upute jednu po jednu; komunikacija dodirnom djeluje umirujuće (obično se dodiruju šake, ramena leđa i ruke), dodir pojačava verbalnu poruku; ako ponavlja iste rečenice više puta (verbigeracija) pokušati ga usmjeriti da kaže nešto što daje uvid u sadržaje koji nas zanimaju, a povezano je s ponavljanim pričom; izbjegavati obećanja koja se ne mogu ispuniti, objasniti bolesniku kada nešto ne možemo učiniti; u slučaju agresivnih reakcija kod frustracije (tzv. katastrofične reakcije) maknuti osobu iz situacije koja izaziva ispad ili odgoditi rješavanje situacije [10, 11, 15].

Kako razgovarati o dijagnozi s psihijatrijskim bolesnikom?

Razgovor o dijagnozi uvijek treba biti u okviru psihoterapijskog pristupa bolesniku. Većina bolesnika nije sa svojim liječnikom razgovarala o dijagnozi, mnogi ne znaju svoju dijagnozu ili znaju samo naziv bez znanja što dijagnoza uključuje. Važno je pitati bolesnika koliko informacija on zapravo želi. U većini istraživanja bolesnici su istaknuli da žele liječnika koji je upoznat s najsuvremenijim istraživanjima i terapijskim opcijama, koji će ih informirati o najboljim opcijama liječenja, koji će imati vremena da odgovori na sva pitanja, koji će biti iskren o ozbiljnosti bolesti, koristiti jednostavan jezik i izvijestiti direktno i uz potpunu pažnju usmjerenu bolesniku.

S bolesnikom uvijek treba razgovarati o dijagnozi jer ima pravo na informacije o svom stanju i to nije samo stručna i etička nego i zakonska obaveza. Osnovno je da bolesnik na razumljiv i prihvatljiv način dobije objašnjenje o kojoj se bolesti/poremećaju radi, što su simptomi bolesti, o uzrocima nastanka bolesti, kako se bolest liječi i što on može učiniti da ishod liječenja bude povoljniji. Dijagnozu možemo izreći samo kad smo posve sigurni o čemu se radi, kada nemamo nedoumice, na način koji je obazriv i nudi mogućnost nade. Postoje li nedoumice, potrebno ih je bolesniku izreći na obazriv način. Nije mu potrebno davati izvještaje o nepovoljnim prognozama bolesti jer to ne pomaže ni bolesniku ni obitelji, a tijek bolesti ovisi o puno faktora i može se s vremenom izmijeniti. Dobro je od početka dati mogućnost bolesniku da postavlja sva pitanja vezana za dijagnozu. O dijagnozi, bolesti i poremećaju, ovisno o situaciji, možemo govoriti koristeći pojam psihoza, pogotovo radi li se o prvoj epizodi bolesti. Pokazalo se, naime, da se simptomi nakon prve epizode mogu promijeniti u različitim smjerovima (shizofrenija, shizoafektivni ili bipolarni poremećaj, nespecifirani psihotični poremećaj, a može se raditi o samo jednoj epizodi). Pojam psihoza dosta je uvriježen i često je od bolesnika dobro prihvaćen, stoga ga je bolje koristiti dokle god nam nije jasno o kojem se poremećaju radi. Može ga

se nastaviti koristiti i dalje čini li se prikladnijim za interes bolesnika. Važno je informirati bolesnika o našim razgovorima s obitelji bez njegove prisutnosti i objasniti mu da su ti razgovori namijenjeni dobivanju informacija koje bi bile korisne u planiranju njegovog liječenja. Bolesnik mora dobiti osjećaj da je on u fokusu interesa i da su mu članovi obitelji saveznici i pomagači, ne učini li se to, moguće je da bolesnik pomisli da smo mi u nekom savezništvu s obitelji koje je za njega nepovoljno. Otvoreni razgovor o dijagnozi smanjuje negativne misli koje bolesnik vezuje za svoju dijagnozu i koje mogu negativno djelovati na ishod liječenja, bitno je da bolesnik shvati da o svim pitanjima vezano za bolest može razgovarati s nama.

Isto tako, dokazano je da ukoliko bolesniku objasnimo moguće terapijske postupke i uključimo ga u odlučivanje, to ima bitan pozitivan utjecaj na njegovu psihološku prilagodbu. Bolesnici se osjećaju uvažanima, a anksiozniji su i nezadovoljniji ako se osjećaju izoliranima ili samo kao objekt [16, 17].

Zaključak/Conclusion

Komunikacija predstavlja oblik stručne kompetencije koju MS/MT rabi tijekom izvršavanja metoda zdravstvene njege. Razgovor je najučinkovitija metoda komuniciranja. Vještine za koje bismo instinktivno mogli reći da su komunikacijske jesu: slušanje i govorenje drugima. Slušanje je temelj izgradnje odnosa povjerenja koje je potrebno za zadovoljavajuće provođenje zdravstvene njege u liječenju psihijatrijskog bolesnika.

Komunikacijske su vještine od iznimne važnosti u odnosu MS-a/MT-a sa psihijatrijskim bolesnikom jer nepažljivom komunikacijom mogu se uzrokovati nesporazumi kao što je povećanje anksioznosti i agresivnosti bolesnika. Zadovoljavajući stupanj komunikacije između psihijatrijskog bolesnika i medicinskih djelatnika bitan je čimbenik koji u tijeku liječenja od strane bolesnika poboljšava prihvaćanje bolesti, početak liječenja i suradljivost.

Tijekom srednjoškolskog obrazovanja MS-a/MT-a ne provodi se edukacija o uporabi metoda komunikacije s bolesnikom.

Psihička smetnja ili bolest u biti je autistična, ona pacijentu otežava ili onemogućava komunikaciju, tako da usvajanje znanja MS-a/MT-a iz područja komunikologije značajno povećava stupanj kvalitete procesa liječenja.

Zahvala/Acknowledgement

We want to thank Narcis Hudorovic, MD.PhD for assistance with IMRaD technique, methodology, and for the comments which greatly improved the manuscript.

Authors declare no conflict of interest.

Literatura / References

- [1] Jukić M, Gašparović V, Husedžinović I, i suradnici. Intenzivna medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
- [2] Priest H. Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i drugim zdravstvenim strukama. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
- [3] Moro Lj, Frančišković T, i suradnici. Psihijatrija. Medicinska naklada; 2011.
- [4] Mojsović Z, i suradnici. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb:Visoka zdravstvena škola; 2005.
- [5] Ribarić S, Vidoša A. Zdravstvena njega u zaštiti mentalnog zdravlja. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
- [6] Psihijatrija i mentalna higijena. Available at : 08.04.2015 s <http://www.psihijatrija.com/MATURANTI/PREDAVANJA/br%204%20sestrinska%20skrb.htm>
- [7] Alkoholški glasnik br. 10 (13č) 2006 s03-4 Dobra komunikacija. Available at: 25.04.2015 s http://www.hskla.hr/ag/2006_god/136_2006_10/136_2006_10_s03.htm
- [8] Klain E, Gregurek R, i suradnici. Grupna psihoterapija. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.
- [9] Prlič N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
- [10] Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
- [11] Lučin D, Despot-Lučin J. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zagreb: Naklada Slap; 2010.
- [12] Informaciono-komunikacioni pristup u psihijatriji. Available at: 0.04.2015 s <http://www.zklas.org/Lilic%20Knjiga.pdf>
- [13] Bradaš Z, Božičević M, Marčinko D. Suicidologija. Zagreb:Zdravstveno veleučilište; 1012.
- [14] Odnos medicinskog osoblja prema pacijentu. Available at: 10.04.2015 s <http://www.medicalcg.me/broj-42/odnos-medicinskog-osoblja-prema-pacijentu/>
- [15] Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2005.
- [16] Štrkljar-Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
- [17] Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine. Zagreb. Medicinska naklada; 2013.