



LIETUVOS IR ŠVEICARIJOS
BENDRADARBIAVIMO PROGRAMA

Metodinė medžiaga išleista

labdaros ir paramos fondui „Mamų unija“ įgyvendinant paprojektą „NVO psichologinio konsultavimo, informavimo ir pagalbos sistemos sukūrimas vaikų onkologijoje“, paprojekčio Nr. CH-5FP-1/71 pagal Lietuvos Respublikos ir Šveicarijos Konfederacijos bendradarbiavimo programą, kuria siekiama sumažinti ekonominius ir socialinius skirtumus išsiplėtusioje Europos Sąjungoje.



Projektą įgyvendina

labdaros ir paramos fondas
„Mamų unija“.



Metodinę medžiagą parengė

Laura Bratikaitė
VšĮ „Bene esse“ onkopsichologė,
Pagalbos onkologiniams ligoniams
asociacijos valdybos narė.

Asistentė psichologė Akvilė Smalakytė

Recenzavo

doc. dr. Juozas Raistenskis
Vilniaus universitetas,
Medicinos fakultetas,
Reabilitacijos, fizinės ir
sporto medicinos katedra.

Laura Bratikaitė

Komunikacija tarp pacientų, šeimos ir medicinos personalo



mamu
unija

*Metodinė medžiaga
vaikų onkologijos srityje
dirbantiems specialistams
ir savanoriams*

UDK 616-006-053.2
Br69

Viršelio nuotrauka

fotomenininkės Eglės Mėlinauskienės

Redaktorė Genovaitė Savickienė

Maketavo Aurelijus Petrikauskas

Spausdino spaustuvė „Artrema“ Mituvos g. 5, Kaunas

ISBN 978-609-95562-1-5

© Labdaros ir paramos fondas „Mamų unija“, 2013

© Laura Bratikaitė, 2013

Turinys

Pratarmė	7
--------------------	---

I SKYRIUS

Veiksminga komunikacija onkologijoje

I.1. Veiksmingos komunikacijos samprata	9
I.2. Komunikacijos funkcijos	13
I.2.1. Tarpusavio santykių vystymas	13
I.2.2. Keitimasis informacija	15
I.2.3. Reakcija į emocijas	18
I.2.4. Netikrumo jausmo valdymas	19
I.2.5. Sprendimų priėmimas	19
I.2.6. Paciento rūpinimosi savimi skatinimas	21
I.3. Veiksniai, turintys įtakos komunikacijos procesui	22
I.4. Komunikacijos uždaviniai ir rezultatai skirtingais onkologinės ligos gydymo etapais	24
I.5. Socialinė parama	28

II SKYRIUS

Komunikacijos mokymai onkologijoje

II.1. Pokyčiai medicinos ir mokymų praktikoje	29
II.2. Veiksmingos komunikacijos ir mokymų principai	30
II.3. Mokymų tikslai ir turinys	31
II.4. Praktinės užduotys mokymų metu	32
II.5. Mokymų struktūra ir eiga	33
II.5.1. Įžanga	34
II.5.2. Vidurys	35
II.5.3. Pabaiga	36
II.6. Grįžtamasis ryšys	36
Literatūra	41

Pratarmė

Pastaraisiais dešimtmečiais stebima itin sparsti medicinos mokslo pažanga, biotechnologijų tobulėjimas. Dėl to didėja sveikatos priežiūros darbuotojų profesinės kvalifikacijos reikalavimai. Didesnis informacijos kiekis, greitesnis gyvenimo tempas kelia stresą. Jei darbuotojas nori būti sėkmingas, jis ne tik turi suspėti su visais, bet ir aplenkti kitus. Medicinos darbuotojams keliami reikalavimai yra tokie dideli, kad personalas tiesiog priverstas besąlygiškai atsiduoti darbui. Vystantis medicinos mokslui, daugėjant ligų gydymo būdų, medikui darosi sudėtingiau ne tik priimti sprendimus, bet sudėtingėja ir patys sprendimai. Keičiasi ne tik gydytojo vaidmuo, bet ir jo socialinis statusas visuomenėje: šiandien gydytojas yra sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas, o pacientas – sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas. Be to, pastaraisiais dešimtmečiais susiduriama su išteklių krize nebegalinčioje patenkinti didėjančių pacientų poreikių sveikatos priežiūros sistemoje. Demokratijos stiprinimas, geresnė pacientų teisių apsauga, sveikatos priežiūros sistemų liberalizavimas lemia tai, kad šiuolaikinė medicina vis labiau orientuojama į pacientą. Sveikatos išsaugojimas tampa ne tik mediko pareiga, bet ir teisiškai įformintu paciento interesu. Informuotas paciento sutikimas yra įmanomas tik tada, kai pacientas gauna jam suprantamą, išsamią ir objektyvią informaciją. Tam reikalingas laikas, abipusiu pasitikėjimu ir pagarba paremtas ryšys su pacientu bei geri bendravimo įgūdžiai.

Pati onkologijos skyrių medikų darbo specifika yra didesnės rizikos veiksnys išgyventi perdegimo sindromą, jau nekalbant apie kasdien patiriamą streso lygį. Kita vertus, vien žodis „vėžys“ žmonėms tradiciškai sukelia nesąmoningą baimę ir nerimą: onkologija asocijuojasi su kažkuo nepakeliamai sunkiu ir baisiu, o tiksliau – su pasmerkimu, skausmu, kančiomis ir mirtimi. Todėl natūralu, kad grėsmę gyvybei sukelianti liga skatina pacientus ieškoti paramos ir palaikymo artimiausioje aplinkoje – tarp onkologijos skyriuose dirbančio personalo. Pacientų informaciniai, emociniai, psichologiniai ir net dvasiniai poreikiai medikams tampa dideliu psichoemociniu krūviu, kuris, veikiant asmeniniams faktoriams ir esant tam tikroms organizacinėms darbo aplinkybėms, gali tapti perdegimo sindromo vystymosi prielaida.

Nepaisant naujausių technologijų ir gydymo metodų, vis dėlto onkologiniuose skyriuose letalumas yra santykinai didesnis nei daugelyje kitų skyrių, didelei onkologinių ligonių daliai skiriama paliatyvioji slauga. Pacientai ir jų artimieji į tai reaguoja labai skaudžiai, neretai imasi desperatiškų veiksmų, dažnai agresiją nukreipia į medicinos personalą. Toks elgesys iš specialisto reikalauja ištis didelės brandos, kad į minėtus proveržius būtų reaguojama be vidinio diskomforto. Neretai medicinos darbuotojai išgyvena vidinį konfliktą tarp noro padėti ir negalėjimo padėti. Dideliu psichoemociniu krūviu tampa ir stiprius fizinius skausmus kenčiančių pacientų slauga. Visi minėti veiksniai verčia medicinos

darbuotojus suabejoti „teisingumu šioje žemėje“, jie jaučiasi „bejėgiais padėjėjais“. Būtent tokiose situacijose ypač svarbu suvokti šiuolaikinės medicinos galimybes bei ribas ir nesijausti kaltu dėl to, kad negali niekuo padėti. Taip pat reikia pastebėti, kad dažnas susidūrimas su mirtimi darbe sąlygoja mediko nepažeidžiamumo jausmo praradimą ir skausmingą savo paties mirtinumo suvokimą. Būtent dėl to onkologijos sfera tampa didesnės rizikos sritimi patirti perdegimo sindromą.

Darbas su sunkiai sergančiais ir mirštančiais vaikais emociškai vargina. Norėdamas išklauti ir įsitraukti į pokalbį su sergančiu vaiku, suaugusysis turėtų suprasti vaiko pasaulį ir gebėti pajusti baimes bei netektis taip, kaip jas

išgyvena vaikai. Jie tikisi sąžiningų atsakymų į tiesius klausimus. Sergantys vaikai sveikatos specialistams primena jų pačių vaikus, todėl kai kuriems darbuotojams gali būti sunku išreikšti sielvartą ar pyktį, kai jų gydomi ar prižiūrimi vaikai kenčia ar miršta.

Kad personalas ryžtųsi atviram ir nuoširdžiam bendravimui su vaikais bei jų artimaisiais, reikalinga sistema, kuri suteiktų ir užtikrintų psichologinę bei emocinę pagalbą ir palaikytų vaikų onkologijos srityje dirbančius specialistus. Reikalingos komunikacijos žinios ir bendravimo mokymai, kad, medikai, dirbdami su onkologiniais pacientais, sugebėtų išlaikyti santykių su pacientu pusiausvyrą, t. y. atsižvelgdami ir reaguodami į pacientų poreikius, neperdegtų patys.

P. S. Kalbant apie komunikaciją, žodžiai „gydytojas“ reiškia visus sveikatos priežiūros specialistus, dirbančius onkologijos srityje, o „pacientas“ – pacientą ir jo artimuosius.

Veiksminga komunikacija onkologijoje

Į pacientą orientuota komunikacija ir sveikatos priežiūra

1.1. Veiksmingos komunikacijos samprata

Susirgęs onkologine liga, žmogus išgyvena didžiulį stresą, jo jautrumas aplinkai padidėja dešimtis kartų. Po diagnozės ir gydymo periodu pacientas jaučiasi ypač pažeidžiamas ir bejėgis (tiek emociškai, tiek psichologiškai). Būtent toks bejėgiškumas ir pažeidžiamumas skatina intuityviai ieškoti kokio nors ramsčio ir palaikymo (informacinio, emocinio, psichologinio ir net dvasinio). Tai visiškai normalus noras rasti paguodą ir išsivaduoti iš liūdnu minčių ir išgyvenimų. Tad natūralu, kad iš medikų tikimasi būtent tokios paramos ir pagalbos. Kiekvienam sergančiajam onkologine liga svarbu ne tik standartinis ir protokolinis bendravimas su gydytoju ar aptarnaujančiuoju personalu, pokalbiai apie gydymo eigą, būdus ir pan., bet ir reikalingas asmeninis mediko dėmesys bei emocinis palaikymas. Kiekvienas pacientas tiesiog trokšta ypatingo dėmesio, ypatingo rūpesčio, ypatingos pagalbos, ypatingų tarpusavio santykių. Tokioje situacijoje gydytojui nori nenori tenka tapti ir psichologu, ir sociologu, ir dvasininku. Būtent dėl pacientų ir jų artimųjų poreikių medikams tenka didžiulis psichoemocinis krūvis. Dažnai

pacientams, susirgusiems grėsmę gyvybei keliančia liga, būdingas netikrumo, nepasitikėjimo jausmas, pasikeitusi savivertė, socialinių santykių pokyčiai. Beveik ketvirtadaliui išsivysto depresija. Šios ir daugelis kitų reakcijų į ligą (regresyvus elgesys, protestai, neigimas, panika, gedėjimas, nusivylimas, pyktis ir t. t.) yra gerai žinomi medikams, dirbantiems su onkologiniais pacientais. Darbas su tokiais pacientais reikalauja vidinės tvirtybės, brandos ir gerų bendravimo įgūdžių. „Sunkūs“ pacientai dažnai išprovokuoja medicinos personalo pyktį, neempatišką elgesį ir depersonalizaciją. Todėl darbuotojai gali pasijusti kalti dėl tokio išprovokuoto elgesio ar neigiamų jausmų paciento atžvilgiu. Kita vertus, kai kurie pacientai tampa slaugytojoms „ypatingi“, dažniausiai dėl kokių nors panašumų ar sąsajų. Onkologine liga sergančių pacientų saugumo poreikis yra ypač didelis, todėl jie tampa psichologiškai priklausomi nuo medicinos personalo, nes į jį deda visas viltis ir tikėjimą. Tai sukelia „ypatingų“ santykių iliuziją ir didina riziką tapti emociškai jautriam paciento atžvilgiu. Paciento baimių verbalizavimas yra naudingas jam pačiam, tačiau kelia stresą medikui, kuris jaučia vidinį norą įtikinti pacientą sėkminga gydymo

baigtimi. Kita vertus, ilgalaikis paciento ir jo šeimos emocinių poreikių tenkinimas gali išsekinti medicinos darbuotoją. Taigi, dirbant su onkologiniais ligoniais, didžiausia dilema yra – kaip bendraujant su pacientu, išlaikyti balansą, kad „neperdegtum“ pats, bet ir neatstumtum paciento. O tam reikalingi geri komunikacijos įgūdžiai.

Veiksminga komunikacija naudinga ne tik gydytojui, bet ir pacientui, nes ji padeda:

- priimti blogas žinias;
- priimti emocines ligos pasekmes ir geriau valdyti emocijas;
- suprasti ir prisiminti sudėtingą informaciją;
- bendrauti su skirtingais sveikatos specialistais;
- suprasti statistinę informaciją, susijusią su prognozėmis;
- susitaikyti su nežinomybės ir netikrumo jausmu, kartu išsaugojant viltį;
- vystyti pasitikėjimu paremtus santykius su medicinos personalu;
- gebėti priimti sprendimus dėl gydymo;
- įgyti sveikos gyvensenos įpročių.

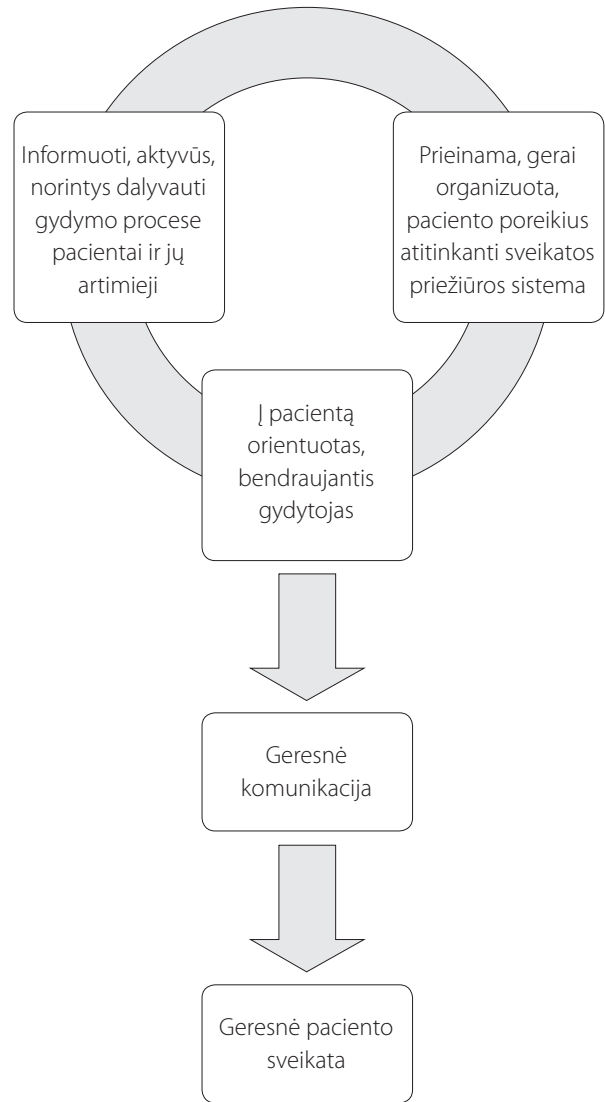
Į pacientą orientuotai gydytojo ir paciento komunikacijai būdinga:

- dėmesys paciento poreikiams, įsitikinimams ir asmeninei patirčiai;
- galimybių pacientui aktyviai dalyvauti gydymo procese suteikimas;
- paciento ir gydytojo santykių stiprinimas.

Veiksminga komunikacija remiasi tarpusavio pasitikėjimu, pagarba ir įsipareigojimu. Bendravimui su pacientu būtina (Epstein et al., 2005):

- išsiaiškinti, suprasti ir pripažinti paciento situaciją (pvz., jausmus, lūkesčius, rūpesčius);
- suprasti pacientą, atsižvelgiant į jo psichologinį ir socialinį kontekstą;
- pasiekti bendrą susitarimą dėl paciento ligos ir jos gydymo;
- suteikti pacientui galimybę pasidalinti atsakomybe ir pasiūlyti jam aktyviai dalyvauti priimančiam sprendimus dėl jo sveikatos.

Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra priklauso nuo medicinos personalo, pacientų, jų artimųjų tarpusavio santykių ir sveikatos priežiūros sistemos (1 pav.).



1 pav. Gydytojai, pacientai, santykiai (klinikiniai ir socialiniai) ir sveikatos priežiūros paslaugos sąveikauja tarpusavyje ir trūkumai vienoje iš grandinės dalių gali neigiamai paveikti sveikatos priežiūros kokybę.

Komunikacijos procesas suprantamas kaip tylydumas, pradedant pirmuoju ir baigiant paskutiniu susitikimu. Tai, kas vyksta tarp susitikimų, paciento fizinė, emocinė ir psichologinė savijauta, kiti veikiantys faktoriai taip pat suvokiami kaip komunikacijos proceso dalis. Tyrimai rodo, kad gydytojai, vertinantys abipusį paciento ir spe-

cialisto bendravimą, yra labiau linkę į pacientą orientuotą komunikaciją (Krupat et al., 2000), bendravimą suvokia kaip santykių formavimą, o ne vien tik kaip informacijos perdavimą (Beach & Roter, 2000; Zoppi & Epstein, 2002). Žinoma, kad komunikacija būtų veiksminga, pacientai ir jų artimieji taip pat turėtų būti motyvuoti su gydytoju kalbėtis atvirai ir nuoširdžiai. Kai kurie pacientai vengia „nepatogių“ temų (pvz., vaiko vaisingumas), nutyli tam tikrą informaciją (pvz., kai nesilaikė gydytojo nurodymų) arba tiesiog nekalba apie tai, kas, jų manymu, nesusiję su mediko pareigomis (pvz., aptarti šeimos problemas).

Gydytojui ir pacientui yra svarbu suprasti vienas kito poziciją, atliekamą vaidmenį komunikacijos procese, žinoti pokalbio ir tarpusavio bendravimo taisykles. Nepaisant turimų žinių ir bendravimo su pacientais patirties, gydytojui vis dėlto nėra lengva į situaciją pažvelgti iš paciento perspektyvos, suprasti jo rūpesčius, jausmus, norus, įsitikinimus ir vertybes. Kuo geriau gydytojas geba suprasti paciento požiūrį, tuo labiau paciento poreikius atitinkantį gydymą gali pasiūlyti, tuo labiau kalbėdamas gali prisitaikyti prie paciento žinių lygmens ir aiškiau pateikti informaciją, tuo tiksliau atpažins ir gebės reguluoti į paciento emocijas (Roter & Hall, 1993; Marvel et al., 1999). Tyrimai parodė, kad neretai gydytojai neteisingai įvertina paciento požiūrį: jo norus (Bruera et al., 2002), tikimybę, jog laikysis gydytojo nurodymų, pasitenkinimą slauga (Merkel, 1984), paciento žinias ir sveikatos vertinimą (Leventhal & Carr, 2001) bei emocinę būseną (Levinson et al., 2000). Todėl komunikacijos įgūdžių ugdymas suteikia galimybę geriau pažinti ir suprasti pacientą, veiksmingiau valdyti pokalbį ir pasiekti geresnių gydymo rezultatų.

Komunikacijos procese esminį vaidmenį atlieka elgesys ir suvokimas. Tyrimai atskleidė tarpusavio ryšį tarp į pacientą orientuoto gydytojo elgesio ir paciento teigiamo sveikatos priežiūros įvertinimo, nurodymų laikymosi ir geresnės sveikatos (1 lentelė) (Baile & Aaron 2005; Mead & Bower, 2002; Bredart, Bouleuc & Dolbeault, 2005). Neverbalinis elgesys yra tiesioginis gydy-

tojo motyvacijos bendrauti atspindys. Gydytojas, kuriam iš tiesų rūpi pacientas ir tai, ką jis nori pasakyti, natūraliai palaikys akių kontaktą, bus dėmesingas ir tęs paciento pradėtą temą.

Tyrimai parodė, jog gydytojai, kurie konsultacijų metu naudoja į pacientą orientuotą komunikacijos stilių, jam suteikia daugiau informacijos, yra linkę užmegzti santykius su pacientu, daugiau palaiko pacientą (užtikrina ir padrašina) ir yra labiau linkę aptarti psichosocialinius klausimus (Roter et al., 1997; Street, 1991). Gydytojams labai svarbu geras savęs pažinimas, kad gebėtų atskirti savo emocijas nuo paciento emocijų (Balint & Norell, 1973). Ne mažiau reikalingi stebėjimo įgūdžiai, kad bendravimo metu paciento verbaliu būdu siunčiamą informaciją galėtų papildyti jo neverbalinis elgesys. Tyrimai parodė, kad gydytojo

1 lentelė. Į pacientą orientuoto gydytojo elgesio pavyzdžiai

Neverbalinis elgesys
<ul style="list-style-type: none"> • Palaiko akių kontaktą. • Pasilenkęs į pacientą – taip parodomas dėmesys. • Linksi – taip parodomas supratimas. • Vengia dėmesį blaškančių judesių, tokių kaip kojos ar rankos judinimas.
Verbalinis elgesys
<ul style="list-style-type: none"> • Nepertraukia kalbančio paciento. • Išsiaiškina vizito tikslą. • Skatina pacientą aktyviai bendrauti. • Stengiasi suprasti paciento įsitikinimus, lūkesčius ir norus. • Skatina ir priima paciento emocijas. • Pasiteirauja apie šeimą ir socialinę aplinką. • Aiškiai suteikia informaciją. • Įsitikina, ar pacientas suprato pateiktą informaciją. • Suteikia garantijų. • Palaiko ir padrašina pacientą.

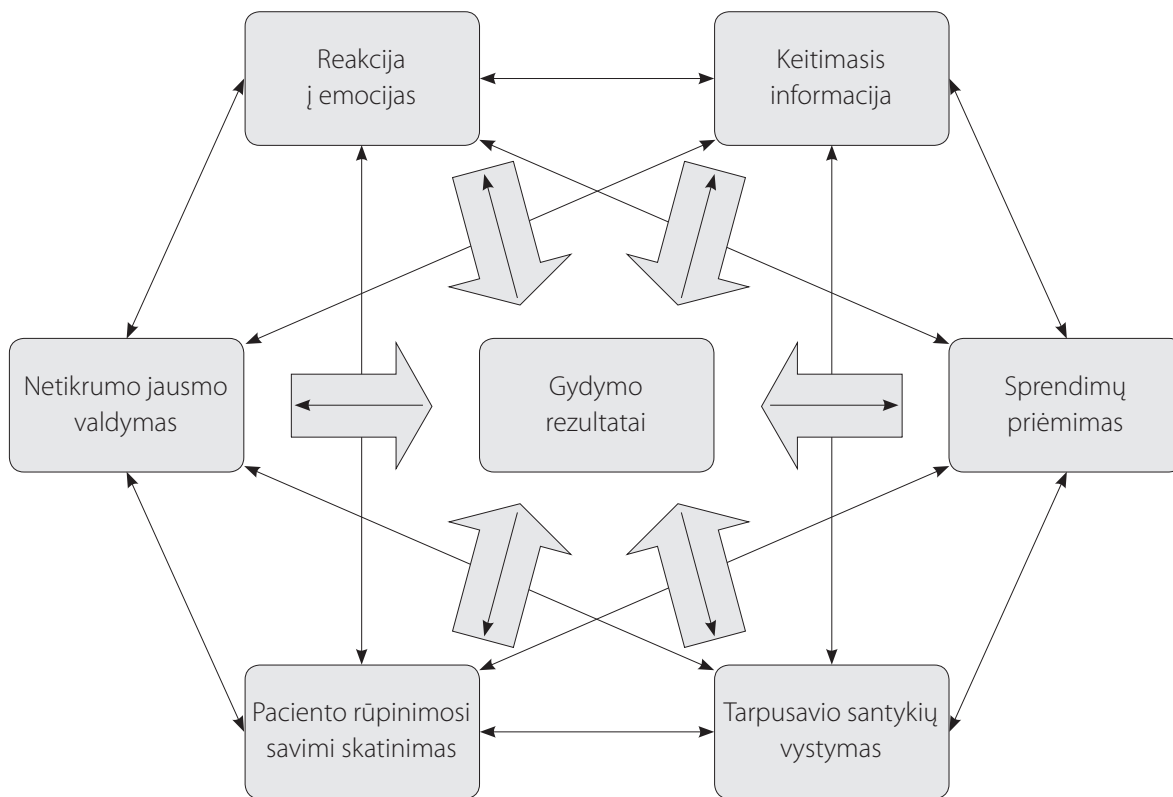
neatidumas ir pasitikėjimas vien žodine informacija, kurią pateikia pacientas, tampa klaidų ir neišsiaiškintų ligos simptomų priežastimi (Borrell-Carrio & Epstein, 2004; Dimsdale, 1984).

Vienas iš svarbiausių į pacientą orientuoto bendravimo veiksnių yra gydytojo gebėjimas stebėti aplinką ir sąmoningai prisitaikyti prie situacijos ir paciento poreikių. Į pacientą orientuotas bendravimas turi tiesiogines ir netiesiogines pasekmes tiek

komunikacijos procesui, tiek paciento sveikatai ir gydymui (2 lentelė). Pavyzdžiui, veiksmingas bendravimas konsultacijos metu turi tiesiogines pasekmes (aktyvus paciento dalyvavimas priimant sprendimus), kurios daro įtaką netiesioginėms pasekmėms (tiksliai laikomasi gydytojo nurodymų), o tai sąlygoja paciento sveikatos būklę (didesnė tikimybė, kad gydymas bus veiksmingas) ir turi įtakos sveikatos priežiūros sistemai (sutaupoma lėšų).

2 lentelė. Veiksmingo bendravimo pasekmės

Tiesioginės pasekmės
<ul style="list-style-type: none"> • Geri paciento / artimųjų ir gydytojo santykiai (pasitikėjimas, pagarba, ryšys, aktyvus paciento dalyvavimas pokalbyje, artimųjų išitraukimas, pacientas jaučiasi išklausytas ir suprastas). • Veiksmingas apsisikeitimas informacija (pvz., pacientas nebijo užduoti klausimų). • Išreiškiamos emocijos ir jausmai (pvz., gydytojas rodo empatiją). • Pripažįstamas, priimamas ir toleruojamas paciento netikrumo jausmas. • Aktyvus paciento dalyvavimas priimant sprendimus. • Sveikatos priežiūros sistemos išmanymas ir gydymo koordinavimas.
Netiesioginės pasekmės
<ul style="list-style-type: none"> • Geresnė informacijos sklaida tarp specialistų. • Turima daugiau informacijos apie paciento sveikatos būklę. • Geresnė emocijų kontrolė. • Tinkamesni gydymo sprendimai (atitinkantys paciento ar artimųjų lūkesčius). • Šeimos (socialinė) parama ir atstovavimas. • Aktyvus paciento dalyvavimas gydymo procese. • Tikslus gydytojo nurodymų laikymasis, sveikatai naudingi įpročiai ir didesnis rūpinimasis savo sveikata. • Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir veiksmingas naudojimas teikiamomis paslaugomis.
Pasekmės sveikatai
<ul style="list-style-type: none"> • Didesnė išgyvenamumo tikimybė (onkologinės ligos atsinaujinimo prevencija, ankstyva ligos diagnostika, tiksli diagnozė, visiškas gydymo užbaigimas, remisija). • Aukštesnė gyvenimo kokybė (pažintinė, fizinė, socialinė veikla, fizinė, emocinė ir dvasinė gerovė, sveikatos vertingumo suvokimas).
Pasekmės visuomenei
<ul style="list-style-type: none"> • Efektyvesnis sveikatos priežiūros sistemai skirtų lėšų panaudojimas . • Paciento sveikatos poreikius atitinkanti sveikatos priežiūros sistema. • Formuojama etiška praktika (pvz., informuotas sutikimas).



2 pav. Pagrindinės komunikacijos funkcijos onkologijoje

1.2. Komunikacijos funkcijos

Onkologijoje komunikacija atlieka šešias pagrindines funkcijas (2 pav.):

- tarpusavio santykių vystymas;
- keitimasis informacija;
- reakcija į emocijas;
- netikrumo jausmo valdymas;
- sprendimų priėmimas;
- paciento rūpinimosi savimi skatinimas.

Komunikacijos funkcijos yra tarpusavyje susijusios ir vienodai svarbios. Sąveikaudamos jos užtikrina komunikacijos veiksmingumą ir didina teigiamų pasekmių sveikatai tikimybę. Pavyzdžiui, vaikui, kuriam diagnozuota Hodžkino limfoma, po gydymo chemoterapija dar kelerius metus būtina gerti vaistus. Ar bus laikomasi gydytojo nurodymų, priklauso nuo to, kaip tėvai ir pats pacientas suprato vaistų vartojimo reikšmę ir poveikį sveikatai, taip pat nuo to, kiek gydy-

tojui pavyko paskatinti šeimos narius išlikti aktyviems išrašius vaiką iš ligoninės. Todėl svarbu, kad pacientas ir jo artimieji pasitikėtų sveikatos specialistų komanda, būtų informuoti apie galimą šalutinį vaisto poveikį, žinotų, kaip susitvarkyti su kylančiomis baimėmis ir nerimu, aktyviai dalyvautų bendravimo procese, priimant sprendimą dėl vaistų, bei prisimintų, kada ir kaip juos vartoti.

1.2.1. Tarpusavio santykių vystymas

Paciento ir gydytojo bendravimas yra veiksmingas tuomet, kai jo metu kuriamas ir palaikomas tarpusavio pasitikėjimas bei supratimas tarp dviejų ar daugiau žmonių. Pagrindinė tokio bendravimo sąlyga – pagarba kitam žmogui ir jo pasaulio suvokimo bei supratimo pripažinimas. Taip pat svarbu, kad abi pusės vienodai suprastų savo vaidmenis ir pareigas. Paciento ir gydytojo santykiai yra daug tvirtesni, jei gydytojas skatina

pacientą ir jo artimuosius aktyviai dalyvauti konsultacijose. Santykiai su gydytoju pacientams yra daugiau nei informacijos ir patirties šaltinis, jie tikisi gauti emocinį palaikymą ir būti suprasti (Rose, 1990). Tokie santykiai padeda pacientams psichologiškai lengviau susitaikyti su liga (McWilliam, Brown & Stewart, 2000). Pacientams suteiktas socialinis palaikymas, anksti pastebėti ligos simptomai ir reakcija į paciento emocijas mažina jo nerimą ir abejones. Interviu metu pacientai ir jų artimieji sakė, kad jie labai vertina tokias gydytojų asmens savybes kaip rūpestingumas, pasitikėjimas, nuoseklumas, kad jiems svarbu, jog gydytojai atsimentų pacientus, žinotų jų situaciją ir palaikytų ryšį (Bakker et al., 2001; Wright, Holcombe & Salmon, 2004).

Pacientai ir artimieji linkę pasitikėti gydytoju, kuris prireikus bus pasiekiamas, kuriam rūpi paciento interesai ir kuris išmano savo darbą. Tyrimai parodė, jog onkologiniai pacientai labiau pasitiki tais gydytojais, kurie konsultacijos metu suteikė daugiau informacijos, skatino pacientus aktyviai dalyvauti priimant sprendimus ir buvo atidūs (Salkeld et al., 2004). Pasitikėjimas komunikacijos procese gali būti ir teigiamas, ir neigiamas veiksnys. Viena vertus, pasitikėdamas mediku, pacientas bus atviresnis ir labiau linkęs dalintis informacija. Kita vertus, visiškai pasitikintis gydytoju pacientas gali tapti pasyvus, mažiau domėtis savo sveikata ir gydymu ir visą atsakomybę už pasekmes sveikatai perkelti vien gydytojui. Todėl bendraujant labai svarbu, kad gydytojas laiku pastebėtų, kada pasitikėjimas pradeda mažinti paciento aktyvumą.

Ryšys, paremtas pagarba, pasitikėjimu, pripažinimu, empatija ir abipusiu įsipareigojimu bendrauti, vadinamas *raportu* (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1990). Raportas gali būti užmegztas verbaliniu būdu, išreiškiant susidomėjimą kito žmogaus nuomone, aptariant tikslus ir interesus, reaguojant į emocijas tiek verbaliniu, tiek neverbaliniu būdu, pokalbio metu būnant pasisukus į pašnekovą, veido išraiškomis rodant susidomėjimą ir pasirenkant tinkamą balso toną (Burgoon & Hale, 1984). Pavyzdžiui, gydytojo pateiktas

klausimas gali būti suprstas kaip domėjimosi ir rūpinimosi pacientu ženklas, o tai paskatins jį detaliai paaiškinti nerimą keliančias problemas. Raportas ne tik sustiprina paciento ir gydytojo santykius, bet ir teikia pasitenkinimą komunikacijos proceso dalyviams.

Viena iš svarbiausių gydytojų, pacientų ir jų artimųjų užduočių yra nustatyti ir aptarti savo vaidmenis komunikacijos procese. Pacientai ir gydytojai tikisi vieni iš kitų tam tikro elgesio, atitinkančio jų vaidmenį (Krupat, Yeager & Putnam, 2000). Kartais vaidmenys yra aiškūs ir paremti abipusiu susitarimu, pavyzdžiui, ir pacientas, ir gydytojas sutinka, kad pastarajam būtų suteikta teisė kontroliuoti konsultacijos eigą ir priimti sprendimus. Kai paciento ir gydytojo nuomonės dėl vaidmenų išsiskiria, pavyzdžiui, abu nori turėti daugiau įtakos priimant sprendimus, būtina dar kartą aptarti bendravimo ir gydymo tikslus. Visada svarbu, kad gydytojas ir pacientas bendradarbiautų ir stengtųsi laikytis susitarimų.

Nepriklausomai nuo gydytojo bendravimo stiliaus, pacientai ir jų artimieji pageidauja dalyvauti gydymo procese, nori būti informuoti apie visas gydymo galimybes, jaustis išklaustyti, žinoti, kad jie gydytojui rūpi kaip žmonės, o ne tik jų ligos anamnezės (Henman et al., 2002). Pacientai, norėdami aktyviai dalyvauti procese, turi mokėti išsakyti savo poreikius, rūpesčius ir nuomones. Gydytojai gali skatinti pacientus įsitraukti į gydymo procesą (Street et al., 2005):

- padėdamis ir laikydami pacientą partneriu;
- kartu sudarydami gydymo planą;
- aktyviai klausydami;
- įsitikindami, kad pacientas teisingai supranta pateiktą informaciją;
- neverbaliniu būdu išreiškdami empatiją ir nuoširdumą.

Komunikacijos procesas daug priklauso nuo gydytojo dėmesingumo lygmens ir gebėjimo atskirti savo ir paciento emocijas. Gydytojo atidumas darbe priklauso nuo jo paties savijautos. Tyrimai parodė, jog gydytojai, išgyvenantys profesinio perdegimo sindromą arba jaučiantys

nepasitenkinimą darbu, prasčiau atlieka tiesiogines pareigas ir yra mažiau empatiški (Shanafelt, Sloan & Habermann, 2003; Beddoe & Murphy, 2004). Todėl mokymų metu itin svarbus dėmesys turėtų būti skiriamas gydytojų savęs pažinimo didinimui, gebėjimo atpažinti ir kontroliuoti jausmus ugdymui ir profesinio perdegimo sindromo prevencijai (Beddoe & Murphy, 2004).

Daugeliui gydytojų santykiai su pacientais yra svarbiausias veiksnys, suteikiantis prasmę jų darbui (Horowitz et al., 2003). Tai patvirtino 2013 m. birželio – liepos mėnesiais Vilniaus universiteto Vaikų ligoninės Vaikų onkohematologijos centre ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Vaikų ligų klinikoje atliktas tyrimas, kurio metu norėta išsiaiškinti veiksnius, turinčius įtakos pasitenkinimui darbu. Net 71% tyrime dalyvavusių vaikų onkologijos srityje dirbančių specialistų „gerus santykius su pacientais“ įvardijo kaip vieną svarbiausių veiksnių, turinčių įtakos pasitenkinimui darbu (Bratikaitė ir Smalakytė, 2013). Taigi, geresni paciento ir gydytojo santykiai lemia didesnę pasitenkinimą darbu ir mažina profesinio perdegimo sindromo atsiradimo tikimybę, o tai užtikrina geresnę sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybę.

1.2.2. Keitimasis informacija

Onkologine liga sergantys pacientai ir jų artimieji ieško informacijos apie ligos priežastis, diagnozę, gydymą, prognozes ir psichosocialinius ligos aspektus. Patenkinti informacinius pacientų ir jų šeimų poreikius yra labai svarbu ne tik todėl, kad pacientas ir jo artimieji gautų reikiamą informaciją apie ligą, bet ir dėl to, kad tai sustiprina paciento ir gydytojo santykius, padeda pacientui priimti sprendimus ir sumažina netikrumo jausmą (Sawyer, 2000; Woolf, et al., 2005). Atlikti tyrimai atskleidė, jog tinkamai informuoti pacientai geriau vertina sveikatos priežiūros paslaugas (Davidson & Mills, 2005), aktyviau dalyvauja konsultacijose, mažiau nerimauja ir geriau susitvarko su kylančiomis problemomis (Arraras et al., 2004). Pacientams ir

jų artimiesiems informacija yra reikalinga ne tik geresniam ligos suvokimui, bet ir vilties išsaugojimui (Hagerty et al., 2005).

Anksčiau gydytojo vaidmuo buvo suteikti su liga susijusią informaciją ir išdėstyti atitinkamas rekomendacijas, o paciento vaidmuo – įvardyti ligos simptomus ir su tuo susijusias problemas. Pamažu keičiantis komunikacijos proceso sampratai, vis daugiau dėmesio skiriama paciento nuomonei, poreikiams, įsitikinimams, vertybėms ir pasirinkimams. Šių dienų pacientai į konsultaciją su gydytoju ateina su tam tikru informacijos „bagažu“, kurią gauna iš pokalbių su kitais sveikatos priežiūros specialistais ar iš pažįstamų, kurią sužino iš žiniasklaidos ar socialinių tinklų. Todėl gydytojui būtina išsiaiškinti paciento žinių lygį, kad galėtų „ištaisyti“ klaidas ir padėtų suformuoti teisingą ligos ir gydymo vaizdą.

Kuo onkologine liga sergantys pacientai ir jų artimieji stengiasi sukaupti daugiau informacijos (Leydon et al., 2000), tuo jiems atrodo, kad iš gydytojo jie gauna per mažai informacijos (Champman & Rush, 2003). Didelis informacijos kiekis internete pacientams sukelia emocinę įtampą: jie jaučiasi „pasiklydę informacijos jūroje“ ir susierzina negalėdami visiškai suprasti to, kas parašyta apie jų ligą ir gydymą (Hoffman, 2005). Todėl gydytojais turėtų padėti pacientams ir jų artimiesiems reikalingą informaciją atsirinkti iš patikimų informacijos šaltinių ir padėti ją suprasti (Woolf et al., 2005). Svarbu paminėti ir tai, kad pacientui aktualios ir rekomenduojamos pateikti informacijos turinys skiriasi ir priklauso nuo ligos gydymo tarpsnio (daugiau apie tai skyriuje 1.4. *Komunikacijos uždaviniai ir rezultatai skirtingais onkologinės ligos gydymo etapais*).

2013 m. Vilniaus universiteto Vaikų ligoninės Vaikų onkohematologijos centre ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Vaikų ligų klinikoje atliktas tyrimas, kurio metu buvo siekiama išsiaiškinti onkologine sergančių vaikų artimųjų informacinius, psichologinius ir emocinius poreikius (Bratikaitė

ir Smalakytė, 2013). Rezultatai atskleidė šiuos pacientų artimųjų informacinius poreikius:

- daugiau informacijos apie tolesnę vaiko sveikatą (minėjo 85% tyrime dalyvavusių artimųjų);
- daugiau informacijos apie vaikui atliekamus tyrimus (68%);
- detalesnio paaiškinimo apie vaiko gydymą ir procedūras (68%);
- daugiau informacijos apie socialines lengvatas ir garantijas (transportas, invalidumas, kita) (65%);
- daugiau informacijos apie vaiko diagnozę (63%).

50% tyrime dalyvavusių onkologine liga sergančių vaikų artimųjų norėtų, kad gydytojai ir slaugytojos informaciją pateiktų suprantamiau. Galbūt tai ir paaiškina, kodėl pacientų artimųjų informaciniai poreikiai vykdytame tyrime buvo gana dideli. Taip galėjo atsitikti ne todėl, kad gydytojai nesuteikė pakankamos informacijos apie diagnozę, atliekamus tyrimus ar procedūras, o todėl, kad neišklaidai ją išdėstė ir neišsitikino perklausę bei paprašę artimųjų pasakyti, ką jie suprato.

Dalintis informacija su pacientais reikalauja daug pastangų, nes būtina išsiaiškinti jų informacinius poreikius ir suprasti, ką pacientas jau žino ir kaip vertina sveikatą, kokią reikšmę suteikia ligai. Kurdamas veiksmingus į pacientą orientuotus santykius, gydytojas turėtų pateikti aiškia informaciją, vengti medicininio žargono ir pasitikrinti, ar pacientas teisingai suprato pateiktą informaciją (Gattellari et al., 2002). Žinoma, būtų puiku, jei patys pacientai, nesupratę pateiktos informacijos ar pajutę, kad ji nepakankama, užduotų klausimus ir taip padėtų gydytojui patenkinti jų informacinius poreikius. Onkologijoje kiekvienas planinis pokalbis su gydytoju yra „blogos žinios“ gavimo tikimybė, dėl to jaučiamas distresas „blokuoja“ informacijos suvokimą konsultacijos metu, ir pacientui ar artimiesiems sunku suvokti, ką jie suprato, o ko nesuprato. Gydytojai tiesiog turėtų žinoti, kad pacientai nori gauti informacijos, todėl reikia juos skatinti būti aktyvesnius pokalbių metu.

Ypač svarbu išsiaiškinti informacinius poreikius tų pacientų ar jų artimųjų, kurie turi pažintinių gebėjimų (atminties, dėmesio, mąstymo, suvokimo) sunkumų ar tiesiog mažai žino apie sveikatą. Dažnai tokie pacientai visada nori gauti informacijos, bet jos neprašo, ir jiems reikia daugiau laiko informacijai suprasti (Pinquart & Duberstein, 2004). Tokiems pacientams gydytojai gali padėti taip:

- duoti konsultacijų įrašą ar leisti jas įsirašyti, taip pacientas lengviau suvoks informaciją ir ją prisimins (Scott et al., 2005);
- aiškindamas sudėtingus faktus apie ligą ir gydymo galimybes, naudoti vaizdines priemones (Street et al., 1995);
- pateikti patikimų internetinių svetainių sąrašą (Edgar, Greenberg & Remmer, 2002).

Gydytojai, pacientai ir jų artimieji ligą suvokia skirtingai (Williams & Wood, 1986). Ligos suvokimą sudaro mintys ir įsitikinimai apie ligos priežastis, susirgimo laikas (pvz., jaunas ar pagyvenęs žmogus), gydymas, prognozės ir ligos pasireiškimo laipsnis. Tai turi įtakos paciento ir jo šeimos ligos suvokimui ir paskatina atitinkamas emocines reakcijas. Tačiau ne visada gydytojai ir pacientai ligą vertina ir suvokia taip pat, dėl to gali kilti nesusipratimų ir pablogėti gydymo kokybė. Pavyzdžiui, pacientas, galvojantis, jog skausmas yra neišvengiamas onkologinės ligos požymis, nepasako gydytojui apie padidėjusį skausmą ir taip uždelsiama reikiama intervencija. Pacientai susiformuoja ligos vaizdą remdamiesi anksčiau gauta informacija ir turėta patirtimi, todėl ir ligas suvokia skirtingai. Gydytojai neturėtų apsigauti bendraudami su išsilavinusiais, žinančiais medicinos terminus vaiko artimaisiais. Net ir šiuo atveju svarbu pasitikrinti, kaip suvokiama vaiko liga. Empatija, aktyvus klausymasis ir skatinimas pacientą išsakyti savo mintis padės gydytojui išsiaiškinti ir suprasti, ką pacientui reiškia liga. Toks į pacientą orientuotas bendravimas leidžia jam jaustis suprantam ir išgirstam, o gydytojas gauna reikiamos informacijos, kad suprastų paciento požiūrį ir galėtų pasiūlyti individualų gydymo planą.

Klinikinius tyrimus ir jų rezultatus paaiškinti taip, kad pacientai suprastų, reikalauja nemažai pastangų ir įgūdžių (Epstein, Alper & Quill, 2004). Daugelis pacientų sunkiai supranta statistiškai pateiktus duomenis, todėl jie gali neteisingai suprasti rizikos tikimybę ar ne taip interpretuoti vidurkius ir standartinius nuokrypius. Pavyzdžiui, daugelis pacientų nori žinoti apie ligą net ir tada, kai ji nepagydoma, o kai kurie apie nepagydomą ligą nenori nieko žinoti. Pacientai labiau nori gauti pozityvią informaciją (60% tikimybė išgyventi iki penkerių metų) nei negatyvią (40% tikimybė mirti per penkeris metus). Gydytojai turėtų suteikti informaciją taip, kad ji nebūtų nei pernelyg optimistiška, nei pernelyg pesimistiška. Tokiu atveju bus išvengta tuščių vilčių.

Informacijos pateikimas nėra vien tik supažindinimas su faktais. Pacientai ir jų artimieji gautą informaciją gali interpretuoti klaidingai. Todėl perduodant informaciją pacientams, svarbu:

- vartoti kasdieninę kalbą;
- pakartoti ir apibendrinti informaciją;
- prašyti paciento pakartoti išgirstą informaciją, kad įsitikintumėte, jog pacientas ją suprato;
- skatinti pacientą užduoti klausimus;
- aktyviai klausytis;
- pokalbiui skirti pakankamai laiko;
- būti nuoširdžiam.

Nors daugelis pacientų ir jų artimųjų nori žinoti ligos diagnozę, gydymo prognozes, tačiau blogos žinios perdavimas gydytojams vis tiek kelia distresą, o pacientus ir jų šeimas emociškai traumuoja (Fallowfield & Jenkins, 2004). Tyrimai parodė, kad pacientai, tik sužinoję ligos diagnozę, jaučiasi prislėgti ar priblokšti, todėl labai sunkiai suvokia ir prisimena po to pateiktą informaciją. Deja, net ir į pacientą orientuota komunikacija negali panaikinti onkologinės ligos poveikio žmogaus ir šeimos gyvenimui, bet tinkamai perduota bloga žinia gali sumažinti neigiamas pasekmes, o pacientas gali būti:

- geriau informuotas;
- labiau motyvuotas pradėti (tęsti) gydymą ir atlikti reikiamus tyrimus;

- mažiau emociškai sukrėstas;
- pasiruošęs užduoti gydytojui klausimus ir aktyviai dalyvauti pokalbiuose;
- labiau pasiruošęs priimti sprendimus dėl gydymo;
- geriau suprantantis, kaip veikia sveikatos priežiūros sistema;
- pasiruošęs gyventi su nežinomybės ir netikrumo jausmu.

Nepaisant esamos literatūros, kurioje aiškiai pateiktos rekomendacijos, kaip pranešti blogą žinią, gydytojams dažnai tenka pasakyti ligos diagnozę neturint tinkamų įgūdžių ar reikiamos paramos (Eggly et al., 1997). Pacientai skundžiasi, kad gydytojai nesugeba aiškiai pranešti blogą žinią ir neparodo užuojautos. Atliktų tyrimų duomenimis, daugelis gydytojų jaučiasi prislėgti ar net traumuoti savo ankstyvos profesinės patirties, kai reikėjo pranešti pacientui blogą žinią (Orlander et al., 2002). Net ir tuo atveju, kai gydytojas žino, kaip turėtų būti pranešamos blogos žinios, sklandžiam komunikacijos procesui gali trukdyti jo jaučiamas diskomfortas, baimė, nerimas dėl galimų paciento ar artimųjų reakcijų, taip pat nepakankami stresinių situacijų valdymo įgūdžiai (Ptacek, Ptacek & Ellison, 2001). Jaučiamas nerimas skatina kuo greičiau užbaigti konsultaciją, todėl rizikuojama neatsižvelgti į paciento poreikius. 2013 m. birželio – liepos mėnesiais Vilniaus universiteto Vaikų ligoninės Vaikų onkohematologijos centre ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Vaikų ligų klinikoje atliktas tyrimas atskleidė, kad specialistų bendravimo įgūdžiai geri, tačiau, susidūrę su stresine situacija, kaip problemos sprendimo būdą dažniausiai renkasi vengimo strategiją (Bratikaitė ir Smalakytė (2013).

Pakartotiniai tyrimai rodo, kad pacientai gydytojus vis dar vertina kaip abejingus, bejausmius, nesupratingus, vengiančius, netaktiškus, kalbančius medicinos žargonu ir nemokančius suplanuoti blogos žinios perdavimo. Reikia pastebėti, kad būtent tokį įvaizdį formuoja ir didžioji žiniasklaidos dalis. Todėl teigiamo mediko

įvaizdžio ir pozityvaus požiūrio į sveikatos priežiūros sistemą formavimas turėtų būti viena iš svarbesnių sveikatos priežiūros sistemos strateginių krypčių.

1.2.3. Reakcija į emocijas

Grėsmė, diagnozė ir onkologinės ligos gydymas pacientams sukelia įvairias emocijas: baimę, liūdesį, nerimą ir depresiją. Artimieji ir draugai į ligą reaguoja panašiai kaip ir pacientas. Susitikimų su onkologais metu pacientai ir jų artimieji emocijas išreiškia skirtingai: baiminasi, juokauja, nerimauja, sielvartauja, liūdi (Chibnall et al., 2002). Visos ligos metu minėtų emocijų intensyvumas svyruoja: atslūgsta arba sustiprėja.

Svarbu laiku pastebėti ir reaguoti į paciento emocinę būseną, kadangi depresija, nerimas ir adaptacijos sutrikimai turi tiesioginį ryšį su paciento ir jo šeimos gyvenimo kokybės rodikliais (Spiegel, 1996). Išgyvenamos emocijos gali „paštrinti“ šalutinį chemoterapijos poveikį ir turėti įtakos jaučiamam skausmui. Gydytojai turėtų tinkamai ir tiesiogiai reaguoti į paciento emocinį distresą, žodžiais išreikšti supratingumą, pripažinti paciento savijautos adekvatumą situacijai, būti empatiški ir palaikyti pacientą. Toks gydytojo elgesys gali sumažinti gydymo šalutinio poveikio sukeltus simptomus (Rosenberg et al., 2002), neigiamas neadekvačios socialinės pagalbos pasekmes (Zakowski et al., 2004) ir paskatinti pacientą jaustis, kad yra suprastas (Montgomery, 2004).

Gebėdamas atpažinti aukšto lygmens emocinį distresą, nerimą ar depresiją, gydytojas gali pasiūlyti medikamentų arba nukreipti pacientą psichiatro ar psichologo konsultacijai ir taip sudaryti sąlygas geresnei paciento psichoemociinei sveikatai bei užtikrinti, kad pacientas ne nutrauks numatyto gydymo dėl pablogėjusios emocinės savijautos. Dėmesys paciento artimųjų jausmams gali padėti jiems išvengti emociinio išsekimo dėl nuolatinio rūpinimosi sergančiuoju. Tai nereiškia, kad iš gydytojų tikimasi psichologų vaidmens. Reakcija į emocijas yra reikalinga tarpusavio ryšiui vystyti, galimybei

atpažinti emocijų ir elgesio sutrikimus, trukdančius gydymui, ir į gydymo bei sveikatos priežiūros organizavimą įtraukti psichikos sveikatos specialistą.

Gydytojams sunku suprasti pacientų emocinę būseną, nes jų reakcijos skirtingos, pavyzdžiui, kai kurie pacientai emocijas išreiškia atvirai („Man baisu dėl...“), kiti labiau linkę aptarti fizinius simptomus ir nutylėti psichologines problemas (Heaven & Maguire, 1997), dar kiti baimes ir nerimą išreiškia netiesiogiai (Howie, Heaney & Maxwell, 1997) arba visai jų neparo do, nebent paklausti gydytojo. Tokiu būdu tiesiogiai ir netiesiogiai išreikštos emocijos gali būti ignoruojamos, kartais stengiamasi jas nuneigti arba pakeisti kitomis, pozityvesnėmis. Paradoksalu, bet papildoma garantija turi trumpalaikį efektą: iš pradžių nerimas sumažėja, bet vėliau vėl pradeda didėti, ypač jei pacientas jaučia, jog gydytojas į jo nerimą reagavo paviršutiniškai ir nesuteikė racionalaus paaiškinimo (McDonald et al., 1996). Veiksmingos reakcijos į paciento emocijas:

- pripažinimas: „Natūralu taip jaustis...“;
- patvirtinimas: „Taip, tyrimų rezultatų laukimas iš tiesų kelia nerimą.“;
- empatija: „Tai jums kelia nerimą ir liūdesį, taip?“;
- reali pagalba: „Aš manau, kad galėčiau jums padėti (*tuo ir tuo*)...“

Tyrimai parodė, kad edukaciniai mokymai gali padėti gydytojams tinkamiau reaguoti į pacientų emocinius poreikius ir geriau juos valdyti (Razavi et al., 2002), taip pat jie patvirtino, kad mokymų nauda yra ilgalaikė (Fallowfield et al., 2003).

Svarbu pripažinti, kad gydytojai taip pat išgyvena skirtingas emocijas dirbdami su onkologiniais pacientais (Shanafelt et al., 2005), ypač emociškai intensyvus yra darbas vaikų onkologijos skyriuose. Gydytojai turėtų labai gerai pažinti savo emocines reakcijas ir mokėti jas veiksmingai valdyti, išlaikyti įsitraukimo ir atsiribojimo pusiausvyrą, kuri būtina siekiant užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūrą.

1.2.4. Netikrumo jausmo valdymas

Netikrumo jausmas atsiranda tada, kai liga, gydymas ir pasveikimas suvokiami kaip nenuoseklūs, atsitiktiniai, sudėtingi ir nuspėjami dalykai. Netikrumas gali turėti neigiamų pasekmių: sukelti emocinį distresą, kontrolės jausmo praradimą ir pabloginti bendrą gyvenimo kokybę (Andreassen et al., 2005). Kai kuriais atvejais netikrumo jausmas gali atlikti savisaugos funkciją, kai nežinomybė siejama su viltimi pasveikti (Babrow, 2001). Abejonės ir netikrumas gali atsirasti: dėl informacijos stygiaus (*Ar pacientas serga vėžiu?*), dėl per didelio informacijos kiekio (*Kuris gydymas tinkamesnis?*) arba jei gauta informacija gali būti interpretuotina skirtingai (*Nepakitęs auglys – geras ar blogas ženklas?*).

Netikrumo jausmas būna intensyviausias aptariant prognozes ir išgirdus statistinę informaciją. Daugeliui pacientų sunku suprasti statistinius duomenis ir dažniausiai ši informacija suvokiama kaip tiksli prognozė. Todėl svarbu užtikrinti pacientą, kad statistiniai duomenys rodo tik atvejų pasiskirstymo tikimybę, o ne tiksliai tai, kas bus. Taip pat būtina paminėti, kad pacientai jaučia netikrumo jausmą, o gydytojams būdingas perdėtas tikrumo jausmas (Kassirer, 1989). Deja, nėra atlikta mokslinių tyrimų, kurie pateiktų duomenų apie tai, kokią įtaką vaikų onkologijos srityje dirbančių specialistų jaučiamas netikrumas turėtų santykiams su pacientu ir pastarojo emocinei savijautai. Tyrimai buvo atlikti tik su pirminės sveikatos priežiūros specialistais. Rezultatai atskleidė, jog mediko prisipažinimas, kad „aš nežinau“ arba „pažiūrėkime, kas bus toliau“ neigiamai paveikė paciento pasitikėjimą gydytoju (Ogden et al., 2002).

Komunikacijos procese svarbu ne tik sumažinti paciento netikrumo jausmą, bet ir padėti išmokyti jį valdyti. Gerų rezultatų pasiekti padeda kognityvioji elgesio terapija, kurios metu pacientas mokomas negatyvią vidinę kalbą keisti pozityvia, padedama suformuoti teigiamą požiūrį į būsimą gydymą ir išmokoma atpažinti nerimo simptomus. Todėl, pastebėjus netikrumo jausmą, specialistams rekomenduojama pacientą ar jo artimuosius nukreipti pas psichikos sveika-

tos specialistą arba rekomenduoti jam mokymus (paskaitas) pacientams ir jų šeimų nariams.

Į pacientą orientuota komunikacija turėtų ne tik sumažinti abejones, bet ir padėti pacientams susidoroti su nežinomybe ir netikrumo jausmu. Pacientai vertina, kai gydytojas pripažįsta, jog nežinomybė yra neišvengiama, ir pateikia informaciją apie tai, kas yra žinoma ir kas nežinoma. Informacija, gauta internete, taip pat gali padėti pacientams geriau susitvarkyti su nežinomybe (LaCoursiere et al., 2005). Svarbu, kad internetiniai šaltiniai būtų patikimi ir kokybiški.

1.2.5. Sprendimų priėmimas

Sprendimų priėmimas yra viena svarbiausių komunikacijos funkcijų visuose ligos gydymo etapuose. Pacientų dalyvavimą priimant sveikatos priežiūros sprendimus sudaro: keitimasis informacija, alternatyvų ir galimybių svarstymas bei galutinio sprendimo priėmimas. Jei pacientas yra sprendimų sveikatos priežiūroje priėmimo dalyvis, būtina gauti paciento ar jo įgalioto asmens sutikimą arba pritarimą. Paciento dalyvavimas yra susijęs su galimybe gauti informaciją (jei to pageidauja) apie savo ligos diagnozę, gydymo alternatyvas (taip pat ir nesigydytą kaip alternatyvą), ligos gydymo prognozę, gydymo planą, galimas jo alternatyvas ir kitą medicininę ar su paciento sveikatos priežiūra susijusią informaciją. Sprendimas turi atitikti paciento vertybes, remtis turimais objektyviais duomenimis ir atitikti racionalumo kriterijų. Siekdamas priimti tinkamą sprendimą, gydytojas turėtų atsižvelgti į paciento poreikius, lūkesčius bei norus. Pasiiekti geriausią abiems pusėms priimtina sprendimą yra sudėtinga dėl keleto priežasčių:

- gydytojai dažnai nežino paciento poreikių, lūkesčių ir pageidavimų;
- pacientai ne visada apsvarsto jiems pateiktus pasiūlymus prieš pakartotinai susitikdami su gydytoju;
- pacientai ir gydytojai dažnai skirtingai supranta sveikatą;
- pacientai dažnai nėra pakankamai susipažinę su medicinine informacija, kad galėtų priimti sprendimus dėl galimų gydymo metodų.

Dar vienas iššūkis priimant sprendimus yra tai, kad pacientų noras įsitraukti į sprendimų priėmimą yra skirtingas ir ne visuomet jiems patiems žinomas. Gydytojui nelengva suprasti, kaip aktyviai pacientas nori dalyvauti priimant sprendimus, tuo labiau, kad paciento įsitraukimo lygmuo gali keistis skirtinguose ligos gydymo etapuose. Paciento ir gydytojo komunikacijos procese skiriami 4 sprendimų priėmimo modeliai:

- paternalistinis („pacientas vykdo visus gydytojo nurodymus“);
- informuoto sutikimo modelis („sprendimus priima gydytojas, bet informuoja pacientą ir atsižvelgia į jo valią“);
- abipusio dalyvavimo („gydytojas ir pacientas kartu priima sprendimus“);
- paciento kaip vartotojo („sprendimus priima pacientas, bet atsižvelgęs į gydytojo rekomendacijas“).

Remiantis paternalistiniu požiūriu, tarpusavyo santykiuose gydytojas užima dominuojantį vaidmenį, o pacientas – pasyvų. Gydytojas nurodo, pacientas paklūsta. Teigiama, kad paternalistiniai gydytojo ir paciento santykiai remiasi didesnės naudos pacientui principu, nes paciento kompetencija apie mediciną yra maža, o socialinis paciento vaidmuo mažina galimybes priimti medicininius sprendimus. Tuo tarpu medikas turi reikiamas žinias, patirtį, todėl jis ir turėtų priimti sprendimus dėl gydymo.

Šiuolaikinėje medicinoje paternalistinis požiūris vis dažniau kritikuojamas. Vystantis medicinos mokslui, daugėjant ligų gydymo būdų, medikui darosi ne tik sudėtingiau priimti sprendimus, bet ir patys sprendimai vis sudėtingėja. Keičiasi ne tik gydytojo vaidmuo, bet ir jo socialinis statusas visuomenėje: šiandien gydytojas yra sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas, o pacientas – sveikatos priežiūros paslaugų gavėjas. Be to, pastaraisiais dešimtmečiais susiduriama su išteklių krize nebegalinčioje patenkinti didėjančių pacientų poreikių sveikatos priežiūros sistemoje. Demokratijos stiprinimas, geresnė pacientų teisių apsauga, sveikatos priežiūros sistemų liberalizavimas lemia tai, kad šiuolaikinė

medicina tampa vis labiau orientuota į pacientą. Sveikatos išsaugojimas tampa ne tik mediko pareiga, bet ir teisiškai įformintu paciento interesu.

Komunikacijos procese svarbi tampa pozicija, kad medicinos personalas nepretenduoja žinoti, „kas geriau pacientui“ be jo nuomonės. Pacientas pripažįsta sveikatos profesionalo autoritetą ir medicininių žinių objektyvumą, o medikas pripažįsta bei atsižvelgia į subjektyvias paciento vertybes, poreikius ir galimybes (pvz. finansines galimybes skiriant vaistus). Informuotas paciento sutikimas yra įmanomas tik tada, kai pacientas gauna jam suprantamą, išsamią ir objektyvią informaciją. Tam yra būtinas laikas, abipusiu pasitikėjimu ir pagarba paremtas ryšys su pacientu bei geri bendravimo įgūdžiai.

Kad pacientas įsitrauktų į sprendimų priėmimą, reikėtų:

- suteikti galimybę išsakyti savo nuomonę, rinktis, atsisakyti ir pan.;
- pateikti reikalingą medicininę informaciją (jei to pageidaujama);
- atsižvelgti į subjektyvias paciento vertybes, norus bei lūkesčius.

Taigi, sprendimų priėmimo procesui būdinga: pasidalijimas informacija, informacijos apsvaistymas ir galutinio sprendimo priėmimas. Nepriklausomai nuo to, kas priima galutinį sprendimą, patį procesą turėtų sudaryti abipusis susitarimas ir aktyvus dalyvavimas keičiantis ir apsvaistant informaciją. Informacijos apkeitimas skatina gydytoją ir pacientą išsakyti savo nuomonę apie paciento sveikatos būklę. Gydytojas aptaria klinikinius tyrimus, gydymo galimybes, procedūras ir savo, kaip gydytojo, patirtį gydant tokią pat ligą. Pacientas išsako savo poreikius, klausimus, norus, rūpesčius ir turimas žinias apie ligą ir gydymą. Pavyzdžiui, labai retai gydytojai supranta, kodėl pacientas nusprendžia atsisakyti pagrindinio gydymo. Galimas tokio apsisprendimo priežastis sąlygoja: subjektyvi patirtis (pvz., sergančio onkologine liga artimo draugo mirtis), noras kontroliuoti padėtį, nerimas dėl šalutinio gydymo poveikio bei taip ir neužsimezgęs ryšys su gydytoju. Susidūrus skirtingai

goms nuomonėms dėl gydymo, reikia prisiminti gydymo tikslą ir pabrėžti, kad visos pusės siekia to paties tikslo. Net jei sprendimą priima viena pusė, pačiame sprendimo priėmimo procese aktyviai dalyvauti turėtų visi dalyviai. Priimto sprendimo kokybė priklauso nuo to, ar:

- gydytojas ir pacientas išsakė ir suprato vienas kito požiūrius;
- iškilę nesutarimai ar nuomonių skirtumai išspręsti taip, kad abi pusės liko patenkintos;
- dėl gydymo plano buvo rastas bendras susitarimas;
- priimtas sprendimas rėmėsi klinikiniais tyrimais.

Tyrimai parodė, kad pacientai, aktyviai dalyvaujantys priimant sprendimus, geriau vertino sveikatos priežiūros paslaugas (Charles, Gafni & Whelan, 1999). Gydytojas, skatindamas pacientą aktyviai dalyvauti, gali: padidinti paciento aktyvumą (Maly et al., 2004), suteikti jausmą, jog pacientas gali pasirinkti ir užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūrą (Liang et al., 2002). Paskatinti pacientą aktyviai dalyvauti planuojant gydymą gydytojas gali:

- pristatydamas susitikimo planą;
- aktyviai klausydamasis;
- pasitikrindamas, ar pacientas supranta apie ką kalbama;
- sudarydamas galimybes aktyviau įsitraukti į pokalbį;
- skatindamas ir palaikydamas paciento dalyvavimą pokalbyje bei priimant sprendimus;
- prisitaikydamas prie paciento poreikių;
- empatiškai ir nuoširdžiai bendraudamas (tiek verbaliu, tiek neverbaliu būdu).

Pacientų įsitraukimą į sprendimų priėmimą taip pat skatina kitų informacijos šaltinių prieinamumas (pvz., informaciniai bukletai, lankstinukai, vaizdo įrašai, interaktyviosios kompiuterinės programos ir kt.).

1.2.6. Paciento rūpinimosi savimi skatinimas

Šeštoji komunikacijos funkcija yra skirta didinti paciento ir jo šeimos gebėjimą spręsti gydymo metu kylančius praktinius klausimus

ir skatinti imtis sveikata stiprinančių veiksmų. Paciento rūpinimosi savimi skatinimas yra suprantamas daug plačiau nei vien tik informacijos suteikimas, nes pacientams suteikiamos rekomendacijos („ką turėtų daryti“), instrukcija („kaip tai padaryti“) ir palaikymas („tu gali tai padaryti“). Komunikacijos tikslas – pasiekti, kad pacientas gebėtų susirasti informaciją apie ligą, susidoroti su gydymo sukeltu poveikiu bei prirėmus ieškoti tinkamos pagalbos. Gydytojo tikslas – pašalinti įmanomas kliūtis, kurios galėtų trukdyti pacientui rūpintis savimi (pvz., paaiškinti, kaip veikia sveikatos priežiūros sistema), padėti jam tapti savarankiškam ir gebančiam rūpintis savimi, suteikti informaciją apie patikimus informacijos šaltinius (specialisto konsultacija, internetinis puslapis, metodinis leidinys, paramos grupės ir pan.).

Pacientas gali būti savarankiškas, jei yra motyvuotas tokiu būtu ir kuriam būdingas veiklumas. Paciento savarankiškumą palaikantis gydytojo elgesys didina paciento motyvaciją būti savarankiškam (Deci & Ryan, 1985). Tuo tarpu linkę nurodinėti ir kontroliuoti gydytojai mažina pacientų motyvaciją. Gydytojai savarankiškumą gali skatinti išsiaiškindami paciento prieštarigus jausmus dėl galimų sprendimų, pateikdami keletą tikslo siekimo variantų ir duodami pacientui pakankamai laiko apsvastyti įvairias galimybes.

Užsienio šalyse populiarūs mokymai, skirti pacientams ir jų šeimų nariams, kurių metu dalyviai mokomi, kaip užduoti klausimus, kad į juos būtų atsakyta, dalyvauti priimant sprendimus ir pan. Informacinės ir psichologinės intervencijos padeda pacientams:

- susiorientuoti sveikatos priežiūros sistemoje;
- žinoti, kaip susisiekti su reikiamu sveikatos priežiūros specialistu;
- atpažinti sveikatos priežiūros „spragas“ ir apie tai informuoti gydytoją;
- padidinti motyvaciją laikytis gydytojo nurodymų;
- tapti išmanančiais sveikatos priežiūros paslaugų naudotojais.

Suteikdami pacientams informaciją apie kitus galimus pagalbos šaltinius (informacija, kitų specialistų konsultacijos), gydytojai gali jiems padėti patys arba juos nukreipti, kad pacientai galėtų padėti patys sau. Be motyvacijos ir pasitikėjimo, pacientams reikia žinių, įgūdžių ir pagalbos viso gydymo metu. Gydytojai viso gydymo metu turėtų pacientams rekomenduoti, patarti ir juos palaikyti. Net jei tuo metu pacientas jaučiasi galintis puikiai pasirūpinti savimi, gydytojas turėtų prisiminti, jog paciento būsenai įtakos turi diagnozės ir gydymo pokyčiai, tad jo aktyvumo ir motyvacijos lygmuo gali kristi. Rekomendacijos turėtų būti aiškios, dėstomos paprastais sakiniais, vengiant techninės kalbos. Pateikus rekomendacijas, svarbu įsitikinti, ar pacientas jas prisimena, pavyzdžiui, paprašyti jo pakartoti, apibendrinti, suskirstyti į kategorijas ir pan. Instrukcijos padeda pacientams būti savarankiškesnėms. Instruktuojant svarbu aiškiai išdėstyti, kaip, pavyzdžiui, matuoti skausmą ir jį valdyti arba kaip laikytis sutarto plano dėl medikamentų vartojimo, kaip elgtis darant rentgeno nuotrauką ar ko būtinai paklausti kalbant su socialiniu darbuotoju. Svarbu pacientą ir jo šeimą instrukuoti, kaip ir kada susisiekti su gydytoju, kaip užtikrinti, kad tinkami žmonės dalyvautų šeimos susitikimuose ir kokiose internetinėse svetainėse rasti naudingos informacijos.

Kokią atsakomybę pacientas prisiims už save, priklauso nuo jo paties. Norėdamas paskatinti paciento atsakingumą ir didesnę rūpinimąsi savimi, gydytojas turėtų įtraukti ir kitus sveikatos priežiūros specialistus ar organizacijas (pacientų bendruomenes, asociacijas ir pan.).

1.3. Veiksniai, turintys įtakos komunikacijos procesui

Pacientų ir jų artimųjų išgyvenimai visais ligos etapais yra labai sudėtingi ir dinamiški, o jiems įtaką daro daugybė veiksnių, kurie moderoja ryšį tarp komunikacijos ir rezultatų. Moderatorius yra kokybinis arba kiekybinis veiksnys,

lemiantis priklausomų ir nepriklausomų kintamųjų ryšio stiprumą ir kryptį (Baron & Kenny, 1986). Patys moderatoriai gali būti nepriklausomi veiksniai (kintamieji) ir daryti įtaką priklausomiems kintamiesiems. Veiksny yra laikomas moderatoriumi tik tokiu atveju, jei jo santykis su pagrindiniu nepriklausomu kintamuoju daro įtaką rezultatams. Pavyzdžiui, gydytojui pranešus pozityvias prognozes (užtikrinimas), pasitikintis gydytoju pacientas jaučia mažiau nerimo nei pacientas gydytoju pasitikintis mažiau, taigi ryšį tarp užtikrinimo ir mažiau jaučiamo nerimo lemia pasitikėjimas (moderatorius).

Nemažai atliktų tyrimų nagrinėjo, kokią įtaką gydytojo ir paciento santykiams bei gydymo rezultatams turi paciento ir gydytojo lytis. Rezultatai parodė, kad gydytojos ir pacientės atviriau ir daugiau kalba apie psichosocialines problemas nei gydytojai su pacientais (Roter, Lipkin & Korsgaard, 1991; Roter & Hall, 1998). Norėtu si daryti išvadą, kad atviras paciento ir gydytojo bendravimas apie emocinę savijautą ir socialinį gyvenimą nulemia geresnius gydymo rezultatus moterims, o ne vyrams. Tačiau kiti moderatoriai gali būti tokie pat svarbūs, o gal net ir svarbesni, pavyzdžiui, onkologinė liga, onkologinės ligos stadija, paciento amžius, paciento turima socialinė parama, ar pacientas gerai pažįsta gydytoją, koks sveikatos specialistas (slaugytoja, onkologas, šeimos gydytojas), sveikatos specialisto amžius paciento asmeninės savybės (Gordon et al., 2006; Berkman & Glass, 2000) (3 lentelė).

3 lentelėje pateikti vidiniai moderatoriai atskleidžia žmonių ir jų tarpusavio santykių savybes, kurios tiesiogiai arba netiesiogiai daro įtaką afektams ir pažintiniams procesams. Vidiniai moderatoriai yra: paciento (gydytojo) emocinė būseną, žinios apie sveikatą, suvokiama ligos grėsmė, žinios apie ligą, tikslai, motyvacija ir pasitikėjimas savimi.

Išoriniai moderatoriai yra: ligos faktoriai (pvz., onkologinė liga, prognozės, ligos stadija), šeimyninė ir socialinė aplinka, kultūrinės vertybės ir nuostatos, sveikatos priežiūros sistema bei ekonominiai veiksniai. Žinoti, kurie veiksniai

3 lentelė. Komunikacijos proceso moderatoriai

Veiksniai, turintys įtakos gydytojo ir paciento (artimųjų) santykiams
<ul style="list-style-type: none"> • Dominuojančios savybės: <ul style="list-style-type: none"> • demografiniai duomenys: amžius, lytis, etninė grupė, tautybė; • savybės: asmenybė, nežinomybės toleravimas, rizikos vengimas, prisirišimo tipas; • gimtoji kalba, lietuvių kalbos mokėjimas; • išsilavinimas, žinios apie sveikatą ir bendravimo įgūdžių mokymai; • pažintiniai sutrikimai, gebėjimas suprasti; • bendravimo stilius: <ul style="list-style-type: none"> • kalbinis ir paralingvistinis stilius (pvz., atvirumas, pasyvumas, akių kontaktas); • tinkamas bendravimo stiliaus parinkimas skirtingose situacijose; • Nuostatos: nuomonė apie sveikatą, požiūris į paciento ir gydytojo vaidmenis, požiūris į sveikatos priežiūros sistemą; • Savęs pažinimas: <ul style="list-style-type: none"> • gebėjimas save kontroliuoti; • gebėjimas išspręsti nesutarimus; • Vyraujanti būseną: <ul style="list-style-type: none"> • turimos žinios apie ligą ir gydymą; • nuostatos: stereotipai, lūkesčiai, sveikatos nauda, suvokiama ligos grėsmė; • gera savijauta; • emocinė būseną: nerimas, emocinis distresas; • motyvacija, veiklumas.
Santykių veiksniai: pacientai, gydytojai ir šeimos nariai
<ul style="list-style-type: none"> • Tarpusavio įtaka ir gebėjimas susitarti. • Šeimos struktūra ir funkcionavimas. • Abipusis supratimas, santykių trukmė, pasitikėjimas.
Kontekstas, turintis įtakos gydytojo ir paciento (artimųjų) santykiams
<ul style="list-style-type: none"> • Su liga susiję veiksniai: <ul style="list-style-type: none"> • ligos diagnozė; • ligos stadija; • kitos ligos ir (ar) sutrikimai; • bendra sveikatos būseną. • Socialiniai veiksniai: <ul style="list-style-type: none"> • socialinė parama; • išankstinės nuostatos, pavyzdžiui, dėl socialinės klasės, etninės grupės. • Kultūriniai veiksniai: <ul style="list-style-type: none"> • kultūriniai įsitikinimai, normos ir vertybės; • prisitaikymas ir asimiliacija. • Visuomenės informavimo priemonės: <ul style="list-style-type: none"> • elektroninė komunikacija; • naudojimasis internetu; • sveikatos temos žiniasklaidoje. • Sveikatos priežiūra: <ul style="list-style-type: none"> • aplinka (triukšmas, privatumas); • organizacija (planavimas ir pan.); • prieinami kiti sveikatos specialistai, slaugos namai ir klinikinių bandymų protokolai. • Visuomeniniai faktoriai: <ul style="list-style-type: none"> • prieinama sveikatos priežiūra, susisiekimas, finansinė parama; • teisiniai kontrolės veiksniai (informuotas sutikimas, paciento teisė į privatumą, eutanazija); • teisė į slaugą (paliatyviąją priežiūrą).

gali keistis, o kurie – ne, be galo svarbu gydant onkologines ligas. Tikslingai keičiant veiksnius, padidinama tikimybė, jog komunikacija bus naudinga siekiant norimų rezultatų. Svarbu atsižvelgti į tai, kad nekintantys arba mažiau kintantys veiksniai apriboja galimybes. Pavyzdžiui, turimos žinios apie sveikatą yra labai svarbus ryšio tarp paciento aktyvaus dalyvavimo priimant sprendimus ir gydytojo nurodymų laikymosi moderatorius. Pacientai, geriau suprantantys savo ligą, gydymo galimybes ir galimą jų riziką bei naudą, aktyviau dalyvauja priimant sprendimus (Street & Voigt, 1997). Taigi gydytojas, suteikęs pacientui daugiau žinių prieš priimant sprendimus, gali padidinti paciento galimybes aktyviai dalyvauti pokalbyje (Street et al., 1995). Aktyvus paciento dalyvavimas gali turėti įtakos tam, kad jis užbaigs gydymosi kursą ir taip padidins tikimybę išgyventi.

1.4. Komunikacijos uždaviniai ir rezultatai skirtingais onkologinės ligos gydymo etapais

Onkologinės ligos gydymas suvokiamas kaip kontinuumas, kurį sudaro šeši etapai: prevencijos, tyrimų, diagnozės, gydymo, pasveikimo ir gyvenimo pabaigos. Kiekviename iš šių etapų komunikacijos tikslams pasiekti keliami skirtingi uždaviniai ir tikimasi skirtingų rezultatų. 4 lentelėje pateiktos rekomendacijos, kurios padės gydytojui išsikelti tikslus ir uždavinius bei padidins tikimybę pasiekti geriausių tikėtinų rezultatų.

Pirmieji du etapai, prevencijos ir tyrimų, apima visus žmones. O pacientai, kuriems diagnozuota onkologinė liga, pereina diagnozės, gydymo ir pasveikimo arba gyvenimo pabaigos etapus. Gyvenimo pabaigos etapas svarbus pacientams, kuriems diagnozuota nepagydoma liga arba gydymas nėra veiksmingas. Nuo ligos periodo priklauso paciento išgyvenimai, nerimas bei jam kylantys klausimai, taip pat gydymo rezultatai ir bendravimas su pacientu.

Visų onkologinės ligos etapų metu gydytojas vertina simptomus, skatina į sveikimą orientuotą paciento elgesį, padeda jam valdyti netikrumo jausmą ir aptaria tolesnius gydymo planus, atsižvelgdamas į skirtingais ligos etapais komunikacijai keliamus uždavinius. Tyrimų ir diagnozės periodu pagrindinė užduotis – suteikti pacientui reikiamą informaciją, vėliau, gydymo etape, iškyla nerimas dėl nežinomybės (ar gydymas yra (bus) veiksmingas), todėl dėmesys turėtų būti sutelktas į netikrumo jausmo valdymą. Panašiai yra ir su gydymo rezultatais, kurie skiriasi kiekvieno ligos etapo metu. Pavyzdžiui, gera emocijinė savijauta yra svarbiausia diagnozės metu ir ligai atsinaujinus, nes bloga savijauta gali trukdyti pradėti gydymą, tuo tarpu gera fizinė sveikata yra svarbiausias dalykas baigus gydymą. Gydymo rezultatams yra svarbūs ir kiti sveikatą palaikantys bei sveikimą skatinantys veiksniai, pvz., gydytojo nurodymų laikymasis, nes tai padeda pasiekti užsibrėžtus gydymo tikslus.

Kiekvieno onkologinės ligos etapo metu pacientas susiduria su vis kitais sveikatos priežiūros specialistais. Pavyzdžiui, prevencijos ir tyrimų metu konsultacijos ir medicininės patikros dažniausiai vyksta pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, todėl daugiausia bendraujama su poliklinikų ar šeimos klinikų darbuotojais. Diagnozės ir gydymo etapo metu konsultuojamasi su chirurgais, radiologais, chemoterapeutais, specializaciją įgijusiomis slaugytojomis. Pasibaigus aktyviam gydymui, pacientai grįžta į savo šeimos klinikas ir toliau bendrauja su reabilitacijos specialistais ir paliatyvios slaugos komanda. Todėl svarbu ne tik geras paciento ir gydytojo bendravimas, bet ir skirtingų sveikatos specialistų komunikacija visais ligos gydymo etapais.

Apibendrinant galima teigti, kad net ir išgyvenančių tą patį ligos periodą pacientų ir jų šeimų poreikiai bei požiūriai gali skirtis, todėl komunikacijos procese gydytojas turėtų atsižvelgti į kiekvieno paciento individualius poreikius, ligos eigą, individualius pageidavimus ir galimybes dalyvauti priimant sprendimus. Nors informacijos

4 lentelė. Komunikacijos uždaviniai ir rezultatai skirtingais onkologinės ligos gydymo etapais

Ligos etapai	Gydytojo uždaviniai	Pirminiai rezultatai	Tarpiniai rezultatai	Galutiniai rezultatai
Prevencijos	<p>Suteikti individualizuotą, aiškiai suprantamą informaciją apie onkologinių ligų riziką.</p> <p>Skatinti sveiką gyvenseną ir sveikatą stiprinantį elgesį.</p> <p>Suteikti informaciją apie simptomus, kuriems atsiradus, būtina kreiptis į sveikatos priežiūros specialistą.</p> <p>Suteikti individualizuotą, aiškiai suprantamą informaciją apie profilaktinius tyrimus.</p>	<p>Paciento supratingumas ir motyvacija gyventi sveikiau bei įgyti sveikatą palaikančių įpročių.</p>	<p>Elgesio pasikeitimas (reguliaros sveikatos patikros, sveikesnė mityba, aktyvesnis gyvenimo būdas).</p>	<p>Onkologinių ligų prevencija.</p> <p>Pagerėjusi gyvenimo kokybė.</p>
Tyrimų	<p>Suteikti individualizuotą, aiškiai suprantamą informaciją apie numatytus (atliekamus) tyrimus.</p> <p>Paskatinti pacientą kartu priimti sprendimus dėl galimų diagnostikos metodų, ypač tais atvejais, kai sunku įvertinti atliekamos procedūros (tyrimo) riziką (naudą) arba kai galimi keli pasirinkimo variantai.</p> <p>Paaiškinti tyrimų rezultatus ir įsitikinti, kad pacientas suprato.</p> <p>Reaguoti ir atsižvelgti į paciento nerimą ir atsakyti į jam rūpimus klausimus.</p>	<p>Pacientas supranta atliekamų tyrimų naudą ir rizikas.</p> <p>Sprendimas dėl tyrimų priimtas, atsižvelgiant į paciento pageidavimus.</p>	<p>Atliekami visi gydytojo rekomenduoti tyrimai.</p>	<p>Onkologinės ligos diagnozavimas.</p> <p>Jeigu diagnozuojama ankstyvoji ligos stadija – geresnė su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (pvz., mažesnis nerimas, ne toks agresyvus gydymas, mažiau šalutinių poveikių, didesnė išgyvenamumo tikimybė).</p>

Nukelta į 26 psl.

4 lentelės tęsinys. Komunikacijos uždaviniai ir rezultatai skirtingais onkologinės ligos gydymo etapais

Ligos etapai	Gydytojo uždaviniai	Pirminiai rezultatai	Tarpiniai rezultatai	Galutiniai rezultatai
Diagnozės	<p>Reaguoti į paciento nerimą, baimę ir išgąstį.</p> <p>Pranešti blogą žinią.</p> <p>Padėti pacientui prisiminti ir suprasti informaciją apie diagnostinius tyrimus.</p> <p>Nukreipti pacientą pas kitus specialistus, jei reikalingi papildomi tyrimai.</p> <p>Aptarti tikimybinius statistinius duomenis.</p> <p>Skatinti pacientą aktyviai dalyvauti priimant sprendimus.</p> <p>Aptarti prognozes, išsaugant viltį.</p> <p>Priimti sprendimus dėl gydymo ir kitų nurodymų laikymosi.</p> <p>Palaikyti pacientą, jo šeimą, artimuosius ir draugus.</p>	<p>Pacientui yra aiški diagnozė, prognozė ir gydymas.</p> <p>Pacientas prisimena informaciją.</p> <p>Aktyviai dalyvauja priimant sprendimus.</p>	<p>Yra patenkintas pasirinktu gydymo variantu.</p> <p>Gauna geresnę socialinę palaiškumą.</p> <p>Pacientas yra aktyvus gydymosi procese.</p> <p>Būdingas didesnis situacijos kontrolės pojūtis.</p>	<p>Tiksli diagnozė.</p> <p>Geresnė su sveikata susijusi psichoemocinė gyvenimo kokybė.</p>
Gydymo	<p>Išsiaiškinti gydymo poveikį (pvz., kokią šalutinį poveikį jaučia, ar stipriai ir pan.).</p> <p>Suteikti informaciją apie gydymo veiksmingumą.</p> <p>Priimti sprendimus dėl tolesnio arba tebevykstančio gydymo ir paliatyviosios slaugos.</p> <p>Pastebėti ir reaguoti į paciento bei jo artimųjų emocijas.</p>	<p>Gerai paciento (artimųjų) ir sveikatos specialistų santykiai.</p> <p>Pacientas turi pakankamai informacijos apie gydymą ir jo šalutinį poveikį.</p>	<p>Gydymas užbaigiamas laikantis visų gydytojo nurodymų.</p> <p>Pacientas savarankiškas.</p> <p>Pacientas motyvuotas.</p>	<p>Remisija.</p> <p>Geresnė su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (pvz., minimalus šalutinis poveikis, optimali fizinė ir emocinė sveikata, mažesnė socialinė atskirtis).</p>

Ligos etapai	Gydytojo uždaviniai	Pirminiai rezultatai	Tarpiniai rezultatai	Galutiniai rezultatai
Pasveikimo	<p>Mažinti paciento abejones, kad liga atsinaujins.</p> <p>Skatinti pacientą aptarti rūpimus klausimus ir simptomus.</p> <p>Pastebėti ir reaguoti į paciento emocijas.</p> <p>Pranešti blogą žinią ir priimti sprendimą dėl gydymo, jei liga atsinaujina.</p> <p>Aptarti prognozes išsaugant viltį.</p>	<p>Pacientas supranta ir susitaiko su netikrumo jausmu.</p> <p>Pacientas pasitiki gydytojais.</p> <p>Pacientas supranta ligos prognozes.</p>	<p>Nuoseklus dalyvavimas ilgalaikio gydymo procese.</p> <p>Laiku pastebėta atsinaujinusi liga.</p> <p>Pacientas daugiau dėmesio skiria savo sveikatai.</p> <p>Geresnis socialinis palaikymas.</p>	<p>Remisija.</p> <p>Ilgalaikių ar vėlyvųjų gydymo šalutinių poveikių prevencija.</p> <p>Geresnė gyvenimo kokybė (pvz., optimali fizinė, emocinė bei socialinė savijauta).</p>
Gyvenimo pabaigos	<p>Skatinti pacientą pasakyti apie jaučiamus simptomus.</p> <p>Aptarti prognozes išsaugant viltį.</p> <p>Priimti sprendimus dėl priešvėžinio gydymo, gyvybės palaikymo, už pacientą atsakingo asmens bei paliatyviosios slaugos.</p> <p>Reaguoti į paciento ir jo artimųjų emocijas.</p> <p>Padėti pacientui gauti paliatyviosios slaugos paslaugą.</p>	<p>Priimti sprendimai atsižvelgiant į paciento ar už jį atsakingų asmenų norą ir įsitikinimus.</p>	<p>Tinkama paliatyvioji slauga.</p> <p>Prieinama paliatyvioji slauga ir slaugos ligininių paslaugos.</p> <p>Geresnis socialinis palaikymas.</p>	<p>Geresnė su sveikata susijusi gyvenimo kokybė (pvz., geriau kontroliuojami ligos simptomai, optimali fizinė, dvasinė ir emocinė savijauta).</p>

turinys keičiasi kiekvienu ligos etapo metu, tačiau kiekvieną kartą ji turi būti aiškiai perduodama ir pacientams suprantama. Priimami sprendimai taip pat skiriasi priklausomai nuo ligos etapo (tūrinys, svarba, poveikis), tačiau visais atvejais pacientai ir jų artimieji turėtų būti skatinami aktyviau dalyvauti priimančioms sprendimams. Visa tai galima pasiekti kuriant pasitikėjimą ir pagarbą pagrįstą paciento, jo šeimos ir gydytojo ryšį.

1.5. Socialinė parama

Tyrimai rodo, kad socialinė parama pacientui ir jo artimiesiems gerina gyvenimo kokybę ir fizinę sveikatą bei didina tikimybę sergantiems onkologine liga pacientams išgyventi (Kroenke et al. 2006). Paciento ir gydytojo bendravimas

pats savaime jau suteikia socialinę paramą, kuri sumažina atskirties jausmą, padrašina ir palaiko pacientą. Pacientas socialinę paramą gali gauti naudodamasis sveikatos priežiūros specialistų paslaugomis: socialinio darbuotojo, šeimos gydytojo, psichologo; dalyvaudamas paramos grupėse ar pacientų organizacijų renginiuose. Būtų puiku, jei socialinis darbuotojas talkintų gydytojui suteikiant socialinę pagalbą pacientui ir jo šeimai, pavyzdžiui, informuotų apie socialines lengvatas, transportą ir pan. Pasak tyrimų, pacientai, jaučiantys artimųjų palaikymą, geriau susitaiko su liga (Albrecht & Goldsmith D, 2003). Todėl svarbu, ypač tais atvejais, kai nėra artimųjų ar jie nepadedą, pacientams ar juos prižiūrintiems šeimos nariams pasiūlyti paramos grupes ar kitokią individualią pagalbą (psichologinę, dvasinę).

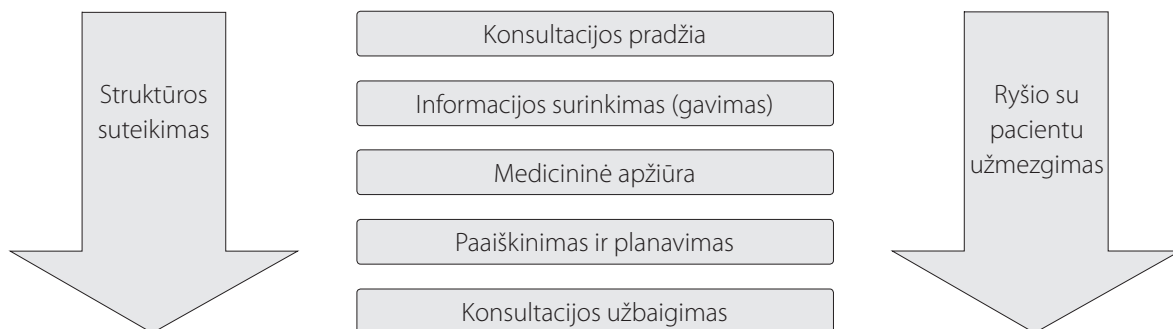
Komunikacijos mokymai onkologijoje

II.1. Pokyčiai medicinos ir mokymų praktikoje

Gydytojo ir paciento bei mokytojo ir studento santykiai labai pasikeitė. Švietime pereita nuo į mokytoją orientuoto mokymo, kurio metu pedagogas buvo atsakingas už viską ir pasakydavo, ką galvoti ir daryti pasyviems mokiniams, prie mokymo, orientuoto į mokinį. Mokinys pradėtas suvokti kaip aktyvus mokymo(si) proceso dalyvis, kurio nuomonė yra svarbi ir kuris mokymasis išsikelia asmeninius tikslus ir uždavinius.

Panaši permaina įvyko ir sveikatos priežiūros srityje: nuo į gydytojo poreikius orientuotos

sveikatos priežiūros, kurios metu gydytojas buvo hierarchijos viršūnėje, kontroliavo susitikimo eigą ir perduodavo žinią, ką reikia daryti „pasyviems“ pacientams, pereita prie į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros (Stewart et al. 2003). Tapo svarbu, kad gydytojas suprastų ne tik ligą ir jos gydymą, bet ir savo pacientą. O tam komunikacijos proceso metu reikalinga paskatinti pacientą išsakyti savo požiūrį ir pageidavimus, reaguoti į paciento emocinę būseną, išsiklausyti į jo lūkesčius, tačiau kartu išlaikyti pokalbio struktūrą (3 pav.). Todėl išryškėjo komunikacijos tarp gydytojo, paciento, jo šeimos, kolegų ir visuomenės svarba ir bendravimo įgūdžių lavinimo būtinybė.



3 pav. Konsultacijos eiga, struktūra ir ryšio su pacientu palaikymas

II.2. Veiksmingos komunikacijos ir mokymų principai

Veiksmingiausias būdas išmokyti bendravimo įgūdžių, yra mokymai, nes dalyviai aktyviai dalyvauja procese, kurio metu ugdomi turimi įgūdžiai arba pasiekiami elgesio pokyčiai, pagilinamos turimos žinios, išmokstama pritaikyti įgūdžius ir žinias realiose situacijose (bendraudant su pacientais, jų artimaisiais ar kolegomis). Veiksmingos komunikacijos principai tarsi tampa komunikacijos mokymų gairėmis, tad neuostabu, kad tokiais pačiais principais paremtas ir mokymo procesas.

Veiksmingos komunikacijos ir mokymo principai:

- užtikrinkite abipusį bendravimą, ne tik savo žinutės perdavimą;
- centruokitės į bendravimo procesą, o ne į turinį, kurį jūs ir taip puikiai išmanote;
- planuokite ir apgalvokite, kokių rezultatų norite pasiekti. Bendravimo veiksmingumas priklauso nuo pasiektų rezultatų;
- būkite dinamiški ir lankstūs, kurkite nuširdžius santykius su kitais savo žinių lygį ir bendravimo būdą pritaikydami prie pašneko ir konteksto;
- naudokite spiralinį, o ne linijinį modelį. Ne užtenka vieną kartą išgirsti ar padaryti. Veiksmingam bendravimui, kaip ir veiksmingam mokymui(si), reikalingas kartojimas, t. y. klimas spirale aukštyn, kaskart priimant atgalinį ryšį ir ugdant savo įgūdžius.

Veiksmingų mokymų kriterijai (Knowles, 1984):

- mokymų temos aktualios dalyviams;
- mokymų temos pateikiamos kaip tikslai;
- mokymų dalyviams leidžiama (ir jie skatinami) būti savarankiškiems ir išsikelti asmeninius mokymų tikslus;
- mokymų turinys turi atitikti dalyvių turimų žinių ir įgūdžių lygį.

Į mokymų dalyvį orientuoto ugdymo metu dalyviai yra aktyvūs savo pačių ir grupės mokymosi procese. Jiems sudaromos galimybės teori-

nes žinias pritaikyti simuliacinių užduočių metu, kurios imituoja realią darbinę situaciją. Mokymų vedėjas yra atsakingas už jų turinį ir žinių pasidalijimą su dalyviais, taip pat turi sukurti situacijas, padėsiančias įgyti naujų įgūdžių. Dalyviai yra atsakingi už pasiruošimą mokymams ir aktyvų dalyvavimą diskusijose bei užduotyse. Grįžtamasis ryšys perduodamas bendro aptarimo metu: visi dalyviai išsako savo nuomonę.

Tyrimai parodė, kad nors žinios apie komunikacijos procesą ir jo reikšmę paciento sveikatos priežiūrai yra reikalingos, tačiau jų nepakanka tam, kad keistųsi elgesys. Norint išlavinti bendravimo įgūdžius ir siekiant pakeisti elgesį, būtina (Kurtz, Silverman & Draper, 2005):

- sistemiskai lavinti įgūdžius;
- stebėti mokymų dalyvių bendravimo įgūdžius užduočių metu ir darbinėse situacijose;
- daryti praktinių užduočių vaizdo (garso) įrašus, kurie vėliau būtų aptariami;
- suteikti struktūruotą ir detalų grįžtamąjį ryšį (pastebėjimai, komentarai, patarimai);
- skatinti įgūdžių kartojimą ir įtvirtinimą ne mokymų metu;
- organizuoti nedideles mokymų dalyvių grupes.

Fallowfield ir kolegos (Fallowfield et al. 2002) pravedė 160 gydytojų onkologų trijų dienų intensyvius bendravimo įgūdžių mokymus. Dalyviai buvo stebimi, filmuojami ir gavo konstruktyvų grįžtamąjį ryšį apie turimus konsultavimo įgūdžius. Pakartotiniai įgūdžių įvertinimo rezultatai parodė, kad dalyviai bendravimo įgūdžius išvystė nuo 30 iki 50% , ypač vartojant atvirus klausimus ir empatiškus sakinius bei apibendrinant konsultaciją. Po metų įvertinus dalyvių bendravimo įgūdžius, buvo įrodyta, jog mokymų rezultatai yra ilgalaikiai (Fallowfield et al., 2003).

Vedant komunikacijos mokymus onkologijos srities specialistams, būtina atsižvelgti į suaugusiųjų mokymo principus ir suprasti, kaip suaugusieji išmoksta (Lieb, 1991). Adragogika, suaugusiųjų mokymo teorija ir praktika, yra viena išmokymo teorijų. Ji pagrįsta uždavinių sprendimu, bendradarbiavimu bei mokytojo ir

mokinio lygybe. Šeši pagrindiniai andragogikos principai:

- žmogus motyvuojamas mokytis labiau vidinių nei išorinių faktorių;
- žmogus turi sukaukęs nemažai gyvenimiškos patirties, kuri suteikia pagrindą mokymosi procesui;
- žmogus yra orientuotas į problemų sprendimą, o ne į turinį;
- žmogus labiausiai nusiteikę mokytis tų dalykų, kurie siejasi su jo darbu ar asmeniniu gyvenimu ir gali būti iškart po mokymų pritaikomi;
- žmogui svarbu, kaip praktiškai pritaikyti gautas žinias;
- žmogui reikalinga pagarba.

Mokymo programa turėtų būti kuo įvairesnės ir sukurti tokią mokymo(si) atmosferą, kurioje mokiniai galėtų mokytis kuo veiksmingiau (Merriam, 2001). M. Knowles nuomone, vienas iš pagrindinių andragogikos teiginių yra tai, kad dėstoma medžiaga turi būti orientuota į besimokantį ir kad besimokantysis turėtų pats nusistatyti mokymosi kryptį. Taigi, kad mokymai būtų sėkmingi, jie turi būti reikalingi dalyviams, pritaikyti prie jų poreikių, ir, svarbiausia, kad žinias būtų galima pritaikyti praktiškai.

II.3. Mokymų tikslai ir turinys

Komunikacijos mokymų tikslai turi būti naudingi platesniame medicinos ugdymo kontekste. Mokymams pereinant į aukštesnę pakopą, naudojamos situacijos ir užduotys turėtų sunkėti, bet jų tikslai išlikti tokie patys. Nepriklausomai nuo to, ar mokymai skirti medicinos studentams, rezidentams ar patyrusiems medicinams, tikslai neturi keistis. Keičiasi tik jų turinys ir užduočių sudėtingumas. Sudarant mokymų turinį, būtina atsižvelgti į sveikatos priežiūros specialistų bendravimo su pacientu funkcijas: tarpusavio santykių vystymas, keitimasis informacija, reakcija į emocijas, netikrumo jausmo valdymas, sprendimų priėmimas, paciento rū-

pinimosi savimi skatinimas. Parenkant mokymų temas, pirmiausia reikėtų atsižvelgti į tai, kokie šių mokymų tikslai ir rezultatai.

Svarbiausias mokymus vedančio specialisto tikslas yra užtikrinti, kad kiekvieno dalyvio komunikacijos įgūdžiai tobulėtų. Tai reiškia, kad mokymų programa turi būti orientuota ne tik į žinių suteikimą, bet ir į turimų komunikacijos įgūdžių lavinimą ir bendravimo kompetencijos ugdymą. Mokymai turi sustiprinti jau turimus tinkamus bendravimo įgūdžius ir paskatinti juos pritaikyti naujose, sudėtingesnėse situacijose. Kiekvieną mokymų dalyvį reikėtų supažindinti su naujais bendravimo įgūdžiais ir pakeisti senus elgesio įpročius, kurie neduoda jokios naudos nei pačiam dalyviui, nei pacientui. Mokymų metu taip pat svarbu ugdyti tinkamą požiūrį. Iš-tobulinti įgūdžius, neskiriant dėmesio gydytojo asmeniniam požiūriui į komunikacijos procesą, prilygtų „dresūrai“. Todėl nemažiau svarbu suteikti informaciją, kodėl įgytus įgūdžius naudanga taikyti praktikoje, ir išplėsti dalyvių suvokimą apie komunikacijos mokymų pasekmes: pirmines (gautos, žinios, įgyti įgūdžiai); antrines (veiksmingos komunikacijos įtaka gydytojo ir paciento santykiams); tretines (gerų gydytojo ir paciento santykių įtaka gydymosi procesui ir sveikimui) (Miller, 1990).

Mokymų tikslai skirsis priklausomai nuo dalyvių žinių lygio. Pavyzdžiui, medicinos studentai dėl nepakankamos darbo patirties ir nepakankamo pasitikėjimo savimi, bendraujant su pacientais, skiria mažiau laiko informacijai paaiškinti ir tolesniems veiksams planuoti. Rezidentai, dirbdami ligoninėje, įgauna praktinių įgūdžių ir geba gauti reikalingą informaciją iš paciento, tačiau jiems sunkoka planuoti ir organizuoti darbą bei veiksmingai informuoti pacientus (Laidlaw, MacLeod & Kaufman, 2000). Jei ši spraga neužpildoma studijų ar rezidentūros metu, kyla sunkumų dėl darbo organizavimo ir informacijos perdavimo. Vieno tyrimo metu pastebėta, kad 70% registruotų aplaidaus darbo atvejų kilo dėl keturių problemų, susijusių su bendravimo kokybe ir darbo organizavimu:

- apleisto paciento;
- nesugebėjimo suprasti paciento požiūrio;
- paciento nuomonės nuvertinimo;
- pacientui prastai perteikiamos informacijos (Beckman et al., 1994).

Todėl mokymai, skirti rezidentams, turėtų ne tik lavinti informacijos perdavimo bei darbo organizavimo įgūdžius, bet ir darbo komandoje (su kitais sveikatos specialistais) įgūdžius.

Mokymų poreikius galima išsiaiškinti taip:

- susitikti su mokymų užsakovu ir informaciją gauti iš jo;
- parengti anketą (klausimyną) ir paprašyti būsimųjų mokymų dalyvių jį užpildyti. Gautą informaciją susisteminti ir jos pagrindu parengti mokymų temas;
- parengti numanomą mokymų turinį ir paprašyti užsakovo ir (ar) būsimųjų mokymų dalyvių grįžtamojo ryšio.

Neseniai Jungtinėje Karalystėje atlikta 394 onkologinių pacientų apklausa siekiant išsiaiškinti pacientų informacinius poreikius ir tai, kaip jie vertina sveikatos priežiūros paslaugas (Siminoff, Graham & Gordon, 2006). Didžioji dalis apklaustųjų norėjo gauti visą informaciją apie savo sveikatą. Nors dauguma pacientų ir sakė, jog gauna pakankamai informacijos apie savo diagnozę, prognozes, tyrimus, tačiau tik nedaugelis jų su savo gydytoju aptarė psichologines problemas ir eksperimentinį gydymą.

Siekiant įvertinti, kokius problemas sprendimo būdus, susidūrę su stresą keliančia situacija, pasirenka vaikų onkologijos srityje dirbantis personalas, paaiškėjo, kad statistiškai reikšmingas problemos sprendimo būdas buvo vengimas ($p=0,028$) (Bratikaitė ir Smalakytė, 2013). Tai reiškia, kad onkologinių ligų srityje dirbantys specialistai vengia susidurti su stresą keliančia situacija. Atsižvelgiant į šio tyrimo rezultatus, sudarant mokymų planą, svarbu įtraukti temas apie sudėtingų situacijų valdymą: blogos žinios perdavimą ir eksperimentinio gydymo aptarimą, nes kai kuriais atvejais tai vienintelis būdas suteikti pacientui vilties.

Kito tyrimo metu buvo aiškinamasi, koks ryšys tarp gydytojų bendravimo stiliaus ir paciento savybių. Siminoff ir kolegės (Siminoff, Graham & Gordon, 2006) atskleidė, kad gydytojais buvo labiau linkę užmegzti ryšį ir vystyti santykius su jaunesniais, labiau pasiturinčiais, baltaodžiais ir labiau išsilavinusiais pacientais. Taip pat reikia pastebėti, kad jaunesni pacientai buvo labiau išsilavinę, labiau pasiturintys ir labiau norintys užmegzti ryšį su gydytoju, tad labiau linkę užduoti klausimus. Todėl mokymų metu reikėtų parengti užduočių, kurios padėtų sveikatos specialistams atpažinti, ar jie vienodai bendrauja su skirtingais žmonėmis, ir išmokti sumažinti skirtumus.

II.4. Praktinės užduotys mokymų metu

Mokymų metu svarbu sukurti realias situacijas, pavyzdžiui, konsultacijos su skirtingo tipo pacientais. Reikėtų parinkti gyvenimiškas darbinės situacijas, geriausiai tokias, kurias pasiūlė patys dalyviai. Jie pasiskirsto vaidmenimis ir suvaidina situacijas iš savo patirties. Paciento vaidmenį atlikti gali vienas iš mokymų dalyvių, savanoris aktorius ar tikras pacientas. Šios situacijos turėtų būti filmuojamos. Tokiu atveju bus galima aptarti matytą tarpusavio santykių interakciją detaliau ir suteikti galimybę vaidinusiajam pamatyti save „iš šalies“. Jei pacientas sutinka, galima įrašyti ir tikrą konsultaciją. Vaizdo įrašas yra labai naudingas, nes leidžia dalyviui pačiam save įvertinti ir gauti atgalinį ryšį. Tai puiki mokomoji priemonė visai grupei.

Užduotis geriausia atlikti poromis arba nedidelėse grupelėse, prižiūrimose patyrusio mokymų vedėjo. Užduočių metu visiems dalyviams turėtų būti suteikta galimybė praktiškai pritaikyti įgytas žinias ir gauti grįžtamąjį ryšį iš savo grupės narių. Mokymų vedėjas, remdamasis filmuota medžiaga, gali paaiškinti, kaip reikėtų tokioje situacijoje elgtis, tada gali sukurti panašią situaciją auditorijoje, kad dalyviai turėtų galimybę pritaikyti naujas žinias ir taip jas įtvirtinti. Gerų

rezultatų pasiekama, kai dalyviai visų mokymų metu būna tose pačiose grupėse, nes įgytas pasitikėjimas leidžia jiems geriau atsipalaiduoti ir atviriau aptarti kylančias problemas bei lengviau priimti pastabas bei komentarus.

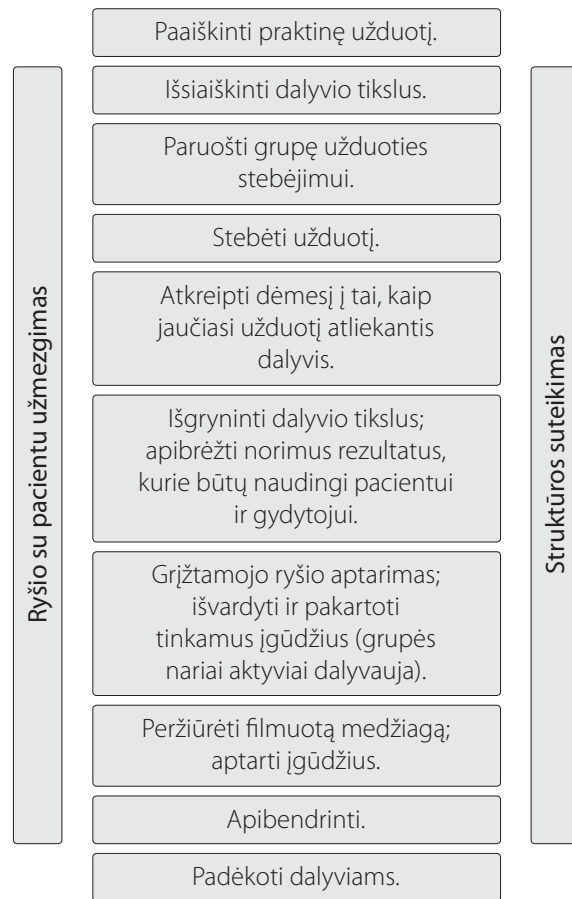
Mokymų vedėjas visuomet turėtų grupę paruošti užduočiai: pristatyti jos tikslus, pateikti instrukciją, paskirstyti vaidmenis, pasiūlyti dalyviams užsirašyti kylančias mintis, kad vėliau galėtų suteikti grįžtamąjį ryšį aktyviai dalyvavusiems užduotyje. Galima paklausti užduotyje dalyvavusiojo, kokius tikslus jis buvo išsikėlęs, pavyzdžiui: „Į ką mums atkreipti dėmesį?“ arba „Kas tau atrodo svarbiausia, ir į ką atkreipti dėmesį suteikiant grįžtamąjį ryšį?“ Atlikus užduotį, mokymų vedėjas pirmiausia pasiteirauja dalyvio nuomonės prieš leisdamas kalbėti kitiems grupės nariams: „Ką tu galvoji apie šią užduotį?, „Kaip tau sekėsi atlikti užduotį?“, „Ar yra dar kažkas, į ką mes turėtume atkreipti dėmesį?“

Kitas žingsnis yra – įvardyti stebėtus įgūdžius, suteikti grįžtamąjį ryšį ir aptarti matytą situaciją. Kiekvienas grupės narys išsako detalius ir tikslus komentarus. Tuo tarpu mokymų vedėjas turėtų išlaikyti pusiausvyrą tarp motyvuojančių komentarų, kurie skatina tinkamų įgūdžių formavimąsi, ir tarp tų, kurie atkreipia dėmesį į koreguotinas sritis. Visada naudinga pasiūlyti grupės nariams pasidalyti alternatyviais elgesio situacijoje variantais, kaip kitaip buvo galima elgtis.

4 paveiksle pateikiama diagrama, schematiškai parodanti, kaip organizuoti praktinę užduotį. Mokymų vedėjas pateiktą struktūrą turėtų naudoti ne kaip griežtas taisykles, o kaip orientyrą prisitaikant prie dalyvių poreikių ir tikslų.

11.5. Mokymų struktūra ir eiga

Dažniausiai mokymai vyksta grupėje, todėl labai svarbu pasinaudoti jos potencialu. Dalyviai yra skirtingi žmonės, turintys įvairių patirtį, savitą suvokimą ir individualų bendravimo



4 pav. Praktinių užduočių atlikimo diagrama

stilių. Bendravimas grupėje priklauso ir nuo jos narių asmeninių savybių: vieni, būdami grupėje, daug ir noriai bendrauja, kiti laikosi nuošaliau ir su kitais grupės nariais bendrauja labai mažai. Reikia prisiminti, kad kuo didesnė grupė, tuo mažiau joje galimybių atsiskleisti visiems mokymų dalyviams. Dirbant grupėje, svarbu sukurti pasitikėjimu ir pagarba vienas kitam paremtą atmosferą. Žmonės visada jaučia nerimą dėl to, kaip grupė reaguos į jų elgesį ir koki grįžtamąjį ryšį suteiks. Mokymų vedėjas turėtų būti pasiruošęs reaguoti į „netinkamus“ komentarus, kuriuos būtina reikėtų performuluoti, nukreipti tinkama linkme arba tiesiog pataisyti. Užduodant klausimus ar pateikiant užduotis, svarbu prisiminti, kad skirtingiems žmonėms reikia nevienodai laiko atsakyti į už-

duotį, ar jai pasiruošti, todėl rekomenduojama neskubėti ir duoti pakankamai laiko ne tik pasirengti, bet ir suprasti naują informaciją. Bet kuriuos komunikacijos mokymus ar atskiras jų dalis (temas) turėtų sudaryti įžanga, vidurys ir pabaiga. Kiekvienam etapui keliami skirtingi tikslai aptariamai žemiau.

II.5.1. Įžanga

Įžanga reikalinga net ir tuo atveju, jeigu grupė susitinka ne pirmą kartą, nes įžangos metu vadovas paruošia grupę būsimam užsiėmimui. Kiek laiko skirti įžangai ir ką jos metu daryti, priklauso nuo mokymų trukmės (kelios valandos, diena, savaitė) ir nuo to, ar grupės nariai gerai pažįsta vienas kitą. Įžangos metu mokymų vedėjas turi sudominti dalyvius, aptarti lūkesčius ir sukurti darbingą atmosferą (5 lentelė).

Dalyvių sudominimas

Sutelkti ir išlaikyti dalyvių dėmesį yra viena iš svarbiausių ir sunkiausių užduočių. Tai galima padaryti akcentuojant mokymų svarbą. Turint daugiau laiko, pirmiausiai su grupės nariais galima aptarti, ką jie galvoja apie mokymų temą. Svarbu, kad dalyviai galėtų išsakyti kritiką ir abe-

jones, nes tai sumažina dalyvių nerimą ir padeda mokymų vedėjui įveikti dalyvių pasipriešinimą.

Lūkesčių aptarimas

Mokymų vedėjas, atvirai išsakydamas dalyviams, ko iš jų tikisi, dalyviams suteikia galimybę pateisinti lūkesčius. Greičiausiai tai ne pirmi mokymai, kuriuose dalyvauja grupės nariai, todėl kiekvienas turi savo nuomonę apie mokymų eigą. Vedėjo pareiga – supažindinti su mokymų eiga, pavyzdžiui, „Šio užsiėmimo metu mes atliksime praktines užduotis, taigi kviečiu visus aktyviai dalyvauti.“ Rekomenduotina aiškiai pasakyti, kokio elgesio tikimasi, pavyzdžiui, „Jums visiems reikės suteikti grįžtamąjį ryšį dalyviui, kuris atliks šią užduotį, todėl prašau pasiruošti popieriaus lapą, kad galėtumėte užrašyti iškilusias mintis.“

Atmosferos sukūrimas

Neužtenka vien tik išsakyti savo lūkesčių grupės nariams, reikia būti atviro ir nuoširdaus bendravimo pavyzdžiu. Jei mokymų vedėjas tikisi aktyvaus grupės dalyvavimo, tai nuo pat užsiėmimo pradžios turėtų skatinti ją dalyvauti pokalbyje. Būtina reaguoti į dalyvių mintis ir rodomas emocijas.

5 lentelė. Mokymų įžangos tikslai ir rekomenduojamas elgesys

Tikslas	Elgesys	Pavyzdys
Sudominti dalyvius.	<ul style="list-style-type: none"> Sutelkti dalyvių dėmesį. Pašalinti kliūtis. Akcentuoti svarbą (aktualumą). 	„Šiandienos užduotis – išmokti perduoti blogas žinias. Turbūt neklystu galvodamas, kad jums visiems tai teko daryti ne vieną kartą?“
Aptarti lūkesčius.	<ul style="list-style-type: none"> Aptarti mokymų tikslus. Supažindinti su dienotvarka. Nustatyti taisykles. 	„Šie mokymai skirti praktinių žinių, kaip reaguoti į pacientų emocijas, įgijimui. Praktinių užduočių metu kiekvienas turėsite galimybę patobulinti savo įgūdžius.“
Sukurti atmosferą.	<ul style="list-style-type: none"> Paruošti tinkamą aplinką. Užmegzti ryšį su auditorija. Skatinti užduoti klausimus. 	„Norėčiau, kad pagalvotumėte, kaip šie mokymai galėtų duoti jums daugiausia naudos, todėl prašau pagalvoti, ką konkrečiai šiandien norėtumėte išmokti?“

II.5.2. Vidurys

Mokymų vidurys – darbingiausias ir įdomiausias mokymų etapas: jo metu pateikiama teorinė medžiaga, dalyviai suskirstomi į mažas grupes ir atlieka praktines užduotis arba stebi įrašytą vaizdo medžiagą (6 lentelė). Prieš pradėdant naują temą, kiekvienam dalyviui rekomenduojama išsikelti asmeninius tikslus, kurių jis nori pasiekti konkrečios mokymų dalies metu. Kartais dalyvių tikslai būna pernelyg ambicingi arba pernelyg abstraktūs, pavyzdžiui: „Aš noriu patobulinti savo bendravimo įgūdžius“. Mokymų vedėjas turėtų pakoreguoti tikslą, kad jis būtų:

- konkretus ir aiškus;
- priimtinas dalyviui;
- įdėjus pastangų įgyvendinamas;
- objektyviai įvertintinas.

Jeigu dalyviai išsikelia vienus tikslus, o mokymų eigoje vedėjas mato, kad būtina lavinti ir kurį nors kitą įgūdį, dalyviui reikalinga suteikti grįžtamąjį ryšį ir pakoreguoti pirminį tikslą arba

papildyti išsikeltų tikslų sąrašą. Kiekvienos užduoties ar mokymų dalies pabaigoje visi dalyviai turėtų gauti grįžtamąjį ryšį apie tai, kaip jam sekėsi pasiekti išsikeltus tikslus, todėl naudinga, kad dalyviai tikslus užsirašytų ant popieriaus lapo. Taip išsaugoma galimybė prie jų sugrįžti mokymų eigoje ir dalyvis yra motyvuojamas laikytis savo įsipareigojimų. Taigi mokymų vedėjas turėtų:

- padėti dalyviams išsikelti aiškius tikslus (ko aš noriu pasiekti, padaryti ar išmokti);
- padėti susikurti planą, kaip pasiekti tikslus (suformuluoti uždavinius);
- stebėti dalyvių pažangą (kaip jiems sekasi įgyvendinti išsikeltus tikslus).

Pasiruošimas

Dalyviai ir mokymų vedėjas turi aiškiai žinoti, kokius tikslus jie turi pasiekti. Vedėjas turėtų aktyviai padėti grupei suformuluoti tikslus, kad visi žinotų, kokių rezultatų jiems siekti. Daugiau dėmesio reikėtų skirti užduoties aptarimui.

6 lentelė. Mokymų vidurio tikslai ir rekomenduojamas elgesys

Tikslas	Elgesys	Pavyzdys
Pasiruošti.	<ul style="list-style-type: none"> • Paruošti dalyvius. • Dalyviams paskirstyti užduotis. 	„Pirma situacija: pacientas tuoj atvyks; tai mergaitė ir jos šeima, kurie atvažiuoja aptarti tyrimo rezultatus. Ar yra savanoris? Užduoties metu reikės aptarti rezultatus su šeima.“
Sutelkti dėmesį.	<ul style="list-style-type: none"> • Paaiškinti užduoties tikslus. • Sutelkti grupės dėmesį į grįžtamojo ryšio davimą. 	„Kokius įgūdžius norėtumėte patobulinti šios užduoties metu?“ „Mes visi jus stebėsime ir suteiksime grįžtamąjį ryšį.“
Valdyti grupę.	<ul style="list-style-type: none"> • Skatinti perduoti grįžtamąjį ryšį. • Reaguoti į dalyvių pastangas. 	„Ką grupės nariai pastebėjo?“ „Ką kiti grupės nariai galvoja, kaip jūs elgtumėtės tokioje situacijoje?“
Apibendrinti.	<ul style="list-style-type: none"> • Skatinti grupės narius įvertinti save atsižvelgiant į jų išsikeltus asmeninius tikslus. • Atkreipti dalyvių dėmesį į tai, ko jie išmoko. 	„Kas jums buvo vertingiausia iš to, ką išmokotei?“ „Ką galėsite pritaikyti praktiškai?“

Saugią aplinką padeda sukurti taisyklių aptarimas (pvz., „Ši užduotis truks apie 25 minutes. Galite bet kada sustoti ir toliau tęsti užduotį. Jei jūs nepaprašysite pertraukėlės po 5–7 minučių, aš pats sustabdysiu užduotį, kad galėčiau pasiteirauti, kaip jums sekasi.“). Taip pat reikėtų ir kitiems grupės nariams paaiškinti jų užduotį, pavyzdžiui, stebėti užduotį atliekantį savanorį, užsirašyti pastabas, būti pasiruošusiam savo nuomone pasidalyti su grupe. Stebėdami dalyviai taip pat mokosi. Svarbu, kad jie tiksliai žinotų, kokius bendravimo įgūdžius stebėti, ir kad atlikus vaidybinę užduotį, įvyktų aptarimas.

Dėmesio sutelkimas

Grupės nariai, žinodami, kad jiems visiems reikės aktyviai dalyvauti (atlikti užduotį, suteikti grįžtamąjį ryšį, aptarti užduoties tikslus), visų mokymų metu išlieka dėmesingi ir budrūs. Būtinai aptarti, į ką jie turėtų atkreipti dėmesį užduoties metu. Jeigu tema apie neverbalinį elgesį, turėtų būti stebimas būtent neverbalinis elgesys. Neišskyrus konkrečių įgūdžių, kuriuos reikia stebėti, dalyviai gali stengtis pamatyti „viską“, nespėti užsirašyti arba tiesiog pasilikti prie nuomonės „patiko-nepatiko“.

Grupės valdymas

Užduoties metu dėmesys turi būti skiriamas ne tik užduotį atliekantiems dalyviams, bet ir visai grupei. Mokymų vedėjui svarbu ne tik pastebėti, kokius įgūdžius demonstruoja užduotį atliekantis dalyvis, bet ir svarbu įvertinti, kiek į stebėjimą yra įsitraukusi likusi grupės dalis. Grupę reikalinga stebėti visą laiką: ar atidžiai seka užduotį? ar užsirašo kilusias mintis? ar suteikia aiškų ir tikslų grįžtamąjį ryšį? ar visi grupės nariai aktyviai dalyvauja, ar yra tik keli aktyvūs žmonės? ar tylėsniai grupės nariai dalyvauja tame, kas vyksta, ar jie turi galimybę išsakyti savo nuomonę? Kartais dalyviai mokymų pradžioje išsikelia vienokius tikslus, o vėliau jie keičiasi. Todėl mokymosi proceso metu vedėjas ir dalyviai turi nuolat tikslintis, ar „eina teisinga kryptimi“.

Apibendrinimas

Atlikus užduotį ir ją visiems bendrai aptarus, reikėtų pasiteirauti užduotyje dalyvavusio žmogaus, ką jis išmoko ir kaip tas žinias galės pritaikyti savo darbe (pvz., „Kas iš to, ką šiandien sužinojote, jums buvo vertinga ir pritaikoma praktiškai?“ arba „Kaip jūs ketinate tai pritaikyti ir kada tai padarysite?“). Užduodant tokius klausimus, dalyvis skatinamas įvertinti įgytas žinias. Tikslus įgūdžio įvardijimas ir pavyzdžio pateikimas padeda įtvirtinti įgytas žinias. Priklausomai nuo dalyvio atsakymo, galima jį paskatinti, pavyzdžiui, „Man atrodo, kad, atliekant šią užduotį, tau puikiai sekėsi aktyviai klausytis. Tai bus labai naudinga dirbant su pacientais.“

II.5.3. Pabaiga

Dažniausiai pabaigai nelieka daug laiko, bet vis dėlto labai svarbu tinkamai užbaigti mokymus. Būtinai su grupe reikėtų aptarti mokymų tikslus, pagirti grupę, padėkoti už pastangas ir bendradarbiavimą (7 lentelė). Taip pat reikėtų suteikti galimybę pasisakyti visiems grupės nariams, kaip jie vertina įgytas žinias ir kaip jas pritaikys praktiškai.

Mokymasis vyksta ne tik mokymų metu, kai dalyviams suteikiamos žinios ir galimybė jas pritaikyti praktinių užduočių metu, bet ir darbo vietoje, kurioje dalyviai natūralioje aplinkoje atlieka realius pokyčius. Svarbu, kad mokymų dalyvis būtų skatinamas įgytas žinias ir įgūdžius pritaikyti darbo vietoje. Nemažiau svarbu, kad pati organizacija skatintų naujus darbuotojo įgūdžius pritaikyti darbinėje veikloje. Taigi atsakomybę už galutinį mokymosi rezultatą prisiima ne tik besimokantieji ar juos mokantys, bet ir pati organizacija.

II.6. Grįžtamasis ryšys

Grįžtamasis ryšys yra vienas iš veiksmingiausių būdų skatinti dalyvių mokymąsi. Sveikatos specialistai konsultacijose su pacientais ir jų artimaisiais dažniausiai būna vieni, todėl nėra kam jiems duoti grįžtamojo ryšio. Mokymų metu

7 lentelė. Mokymų pabaigos tikslai ir rekomenduojamas elgesys

Tikslas	Elgesys	Pavyzdys
Apibendrinti mokymų tikslus.	<ul style="list-style-type: none"> Paprašyti dalyvių pasidalyti tuo, ką jie sužinojo ir ko išmoko (jei trūksta laiko, apibendrinti gali mokymų vedėjas). Pagirti dalyvius už padarytą pažangą. 	<p>„Ką dar, be jau minėtų dalykų, sužinojote mokymų metu?“</p> <p>„Labai džiaugiuosi, kad jums visiems taip puikiai sekėsi dalytis grįžtamuju ryšiu.“</p>
Padėti dalyviams susikurti asmeninį mokymosi planą.	<ul style="list-style-type: none"> Paprašyti dalyvių išsikelti naujus tikslus. Paprašyti, kad dalyviai pasižadėtų pritaikyti praktiškai tai, ką išmoko mokymų metu. 	<p>„Norėčiau, kad per ateinančias dienas pritaikytumėte įgytas žinias ir įgūdžius praktikoje. Užsirašykite, nuo kurio įgūdžio pradėsite.“</p>
Pripažinti dalyvių pastangas ir darbą.	<ul style="list-style-type: none"> Pripažinti dalyvių pastangas ir juos pagirti. 	<p>„Man labai malonu, kad jūs visi taip stengėtės.“</p>

ypač naudinga daugiau dėmesio skirti grįžtamajam ryšiui, nes tai puiki galimybė dalyviui išgirsti iš kolegų, mokymų vedėjo ar „pacientų“, kaip jiems sekėsi bendrauti konsultacijų metu.

Mokymų dalyviai dažnai sutelkia dėmesį į silpnąsias vietas, net nežinodami savo stipriųjų pusių, t. y. kas jiems gerai sekasi bendraujant su pacientais. Suteikiant pozityvų grįžtamąjį ryšį, dalyvis paskatinamas teigiamą elgesį kartoti ateityje. Pasak Marshallo Goldsmitho, motyvuojantis ryšys yra paremtas atėjimais, kuriais galime turėti įtakos, todėl pozityvus paskatinimas ar patarimas yra kur kas geriau nei kritika (Bell & Goldsmith, 2013).

Mokymų dalyvis, stebėdamas save „iš šono“ (filmuota medžiaga), gali geriau įvertinti savo kūno kalbą, balso toną ir kokią poveikį tai daro kitiems. Jei kalbėdamas žmogus tiksliai perduoda žinutę, bet jo kūno kalba ar balso tonas prieštarauja žinutės turiniui, komunikacija tampa klaidinanti ir neveiksminga. Todėl labai svarbu suteikti grįžtamąjį ryšį, kuris padėtų dalyviui tobulėti ir paskatintų įgytus įgūdžius taikyti praktikoje.

Verta žinoti, kad:

- grįžtamasis ryšys turėtų būti konstruktyvus ir nukreiptas į konkretų elgesį. Venkite bendrų komentarų, pvz., „Viskas buvo gerai.“;
- žmonės geriau jaučiasi suteikdami pozityvų grįžtamąjį ryšį, tačiau mokymosi procese svarbu aptarti ir tai, ką reikia keisti;
- yra žmonių, kurie galvoja, kad, suteikiant grįžtamąjį ryšį, nereikia skirti dėmesio teigiamoms savybėms. Tačiau tokiu būdu praleidžiama puiki proga paskatinti žmogų ir toliau taip elgtis;
- dalyviai gali perimti tik tam tikrą grįžtamojo ryšio kiekį. Svarbu išlaikyti pusiausvyrą ir nepriblokšti žmogaus pastebėjimais ir komentarais;
- grįžtamasis ryšys turi būti konkretus ir aiškiai išsakytas.

Mokymų vedėjas turėtų užsirašyti pastabas apie atliekantį užduotį dalyvį, pavyzdžiui, kalbos stilių, posakius ar elgesį, kurie buvo ypač veiksmingi atliekant tą užduotį. Dažniausiai patys

dalyviai neatsimena, ką ir kaip pasakė ar kaip panaudojo turimus įgūdžius. Todėl stipriųjų dalyvio pusių pastebėjimas paskatins elgesį kartoti ateityje. Žemiau pateiktame pokalbio pavyzdyje mokymų vedėjas atliekančiai užduotį dalyvei davė grįžtamąjį ryšį apie elgesį, kuris buvo veiksmingas konsultacijos metu. Vedėjas pokalbį pradėjo ragindamas dalyvę išsakyti savo nuomonę apie tai, kaip jai pavyko atlikti užduotį, tada paklausė mokymų dalyvių ir pokalbį užbaigė savo pastebėjimais.

Vedėjas: Padarykime trumpą pertraukėlę ir aptarkime, kaip tau sekėsi atlikti užduotį iki šio momento.

Dalyvė: Man atrodo, kad pavyko. Pacientas atrodo patenkintas, dėl to aš jaučiuosi gerai, mes vienas kitą supratome, jis nebenori tęsti chemoterapijos.

Vedėjas: Ką konkrečiai darei, kad tau pavyko gauti iš paciento reikiamą informaciją? *(Dalyvė atsako į klausimą) Ką ji darė? (Vedėjas klausia grupės narių, kurie paeiliui išsako savo nuomonę.)*

Vedėjas: Manau, tu puikiai pradėjai konsultaciją. Tu pasakei: „Praeitais konsultacijos metu aš jums suteikiau daug naujos informacijos. Prieš tęsiant mūsų pokalbį, norėčiau paklausti, gal turite klausimų dėl anksčiau pateiktos informacijos?“ Buvai tiksli, gerai pasirėngusi, pokalbio pradžioje paprašė paciento išsakyti savo mintis ir toliau uždavinėjai klausimus atsižvelgdama į tai, ką pasakė pacientas. Sulaukusi jo atsakymo, apibendrindavai ir tęsdavai pokalbį. Jūsų bendravimas buvo tarsi šokis, atrodė, kad su pacientu puikiai jaučiate vienas kitą.

Po užduoties duodamą grįžtamąjį ryšį svarbu susieti su mokinio išsikeltais tikslais prieš užduoties atlikimą. Mokymų dalyvis turėtų pasakyti, kurį bendravimo įgūdį jis prašo mokymų vedėjo ir grupės stebėti.

Vedėjas: Tau puikiai sekėsi. Prašei mūsų atkreipti dėmesį į tai, ar tu ne per daug kalbi. Šios užduoties metu tu kalbėjai tikrai ne per daug. Puikiai susitvarkei su užduotimi. Visą informaciją, kurią perdavei pacientui, tu suskirstei į atskirus nedidelius segmentus, juos pateikei paeiliui ir kiekvieną kartą sulaukei paciento reakcijos. Tai, dėl ko nerimavai, tu iš tiesų atlieki puikiai.

Grįžtamąjį ryšį perduoti galima ne tik pasibaigus praktiniam užsiėmimui, bet ir užduoties metu, ypač tais atvejais, kai mokymų dalyviui iškyla sunkumų.

Vedėjas: Trumpam sustokime. Kaip tu jautiesi dėl to, kaip viskas vyksta?

Dalyvis: Man atrodo, jog aš nukrypau nuo temos.

Vedėjas: Prašau pasakyti, kaip tau atrodo, kuriuo momentu nukrypai nuo temos?

Dalyvis: Kai pacientas kalbėjo apie šeimą ir su ja susijusius dalykus, aš nebuvo tikras, ar man tęsti pokalbį ta kryptimi, ar pakeisti temą. Man atrodo, kad nebuvo dėmesingas... *(Dalyvis tęsia toliau, o jo išsakytas mintis aptaria grupės nariai).*

Vedėjas: Prieš pradėdamas užduotį, tu sakei, jog nori aptarti su pacientu tai, kas jam svarbu, bet tada jis pradėjo kalbėti apie visokiausius dalykus ir tu pasimetei...

Dalyvis: Aš nežinojau, kaip man reaguoti ir elgtis. Aš buvau išmuštas iš vėžių ir priblokštas.

Vedėjas: Tu norėjai suprasti pacientą ir išklausti jį, bet, kai jis pradėjo kalbėti apie šeimą, tau pasidarė sunku nuspręsti; ar grįžti prie anksesnės temos, ar kalbėti apie šeimą. Pabandyk paprašyti paciento, kad jis pats išskirtų tai, kas jam šiuo metu svarbiausia: „Suprantu, jog tokia žinia sukelia labai daug emocijų ir minčių. Kaip jums atrodo, kas šiuo metu yra svarbiausia?“ Ar nori pabandyti šito paklausti paciento?

Dalyvis: Žinoma, pabandyčiau.

Grįžtamasis ryšys turi būti susietas su konkrečiu elgesiu. Dažnai nutinka, kad grupės nariai suteikia grįžtamąjį ryšį, kuris nėra susijęs su konkrečiu elgesiu, pavyzdžiui, „Man atrodo, pacientas nesuprato, ką tu jam sakei.“ Mokymų vedėjas turėtų tokią pastabą pataisyti ir susieti su tuo, ką mokinys padarė ar pasakė, pavyzdžiui, „Kai tu pasakei ‘eksperimentinis gydymas’, pacientas atsilošė ir jo akys atrodė lyg stiklinės. Kaip tau atrodo, ką eksperimentinis gydymas reiškia pacientui? Ką tu norėtum jam šiuo metu pasakyti?“

Mokymuose labai populiarus grįžtamojo ryšio davimas „sumuštinio“ principu (angl. *The Feedback Sandwich*). Pagrindinė jo mintis yra ta, kad negatyvias pastabas reikia pateikti kartu su dviem teigiamomis pastabomis, tokiu atveju

grįžtamasis ryšys labiau priimtinas mokymų dalyviui. Dalyvis turėtų gauti tiek pozityvų (tai, ką jis daro gerai), tiek negatyvų (ką jis turėtų daryti kitaip) grįžtamąjį ryšį. Pradedant nuo pozityvių komentarų, suteikiamas saugumo jausmas. Tuomet pateikiama informacija apie koreguotinas sritis ir vėl „užtvirtinama“ teigiamu pastebėjimu. Pavyzdžiui: „Tau puikiai sekėsi su pacientu palaikyti akių kontaktą pokalbio pradžioje. Manau, jei viso pokalbio metu išlaikytum šį kontaktą, tau tai padėtų užmegzti ryšį su pacientu.“

Viena iš didžiausių klaidų suteikiant ir priimant grįžtamąjį ryšį, yra manymas, kad grįžtamasis ryšys yra kritika. Todėl mokymų vedėjas turėtų sukurti kuo saugesnę psichologinę atmosferą ir savo pavyzdžiu parodyti, kad grįžtamasis ryšys yra ne bausmė, o dovana.

Literatūra

- Albrecht TL, Goldsmith D (2003). Social support, social networks, and health. In: Thompson T, Dorsey A, Miller K, Parrott R, eds. *The Handbook of Health Communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Andreassen S, Randers I, Naslund E, Stockeld D, Mattiasson AC (2005). Family members' experiences, information needs and information seeking in relation to living with a patient with oesophageal cancer. *Eur J Cancer Care*, 14, 426–434.
- Arraras JJ, Wright S, Greimel E, et al. (2004). Development of a questionnaire to evaluate the information needs of cancer patients: the EORTC questionnaire. *Patient Educ Couns*, 54, 235–241.
- Babrow AS (2001). Uncertainty, value, communication, and problematic integration. *J Communication*, 51, 553–573.
- Baile WF, Aaron J (2005). Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol.*, 17, 331–335.
- Bakker DA, Fitch MI, Gray R, Reed E, Bennett J (2001). Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Educ Couns*, 43, 61–71.
- Balint E, Norell JS (1973). *Six Minutes for the Patient: Interaction in General Practice Consultation*. London: Tavistock Publications.
- Baron RM, Kenny DA (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Personality Soc Psychol*, 51, 1173–1182.
- Beach MC, Roter DL (2000). Interpersonal expectations in the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med.*, 15, 825–827.
- Beckman HB, Markakis et al. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154, 1365–1370.
- Beddoe AE, Murphy SO (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *J Nurs Educ*, 43, 305–312.
- Bell CR, Goldsmith M (2013). *Managers as Mentors: Building Partnerships for Learning*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Berkman LF, Glass T (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social Epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Borrell-Carrio F, Epstein RM (2004). Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *Ann Fam Med.*, 2, 310–316.
- Bratikaitė L., Smalakytė A. (2013). Labdaros ir paramos fondo „Mamų unija“ įgyvendinamo paprojekčio „NVO psichologinio konsultavimo, informavimo

- ir pagalbos sistemos sukūrimas vaikų onkologijoje“ / *Bendravimo įgūdžių pilotinis tyrimas*. Unpublished manuscript, Vilnius, Lithuania.
- Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol.*, 17, 351–354.
- Bruera E, Willey JS, Palmer JL, Rosales M (2002). Treatment decisions for breast carcinoma: patient preferences and physician perceptions. *Cancer*, 94, 2076–2080.
- Burgoon JK, Hale JL (1984). The fundamental topoi of relational communication. *Commun. Monogr.*, 51, 193–214.
- Champman K, Rush K (. 2003). Patient and family satisfaction with cancer-related information: a review of the literature. *Can Oncol Nurs J*, 13, 107–116.
- Charles C, Gafni A, Whelan T (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*, 49, 651–661.
- Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN, Miller DK (2002). Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliat Med*, 16, 331–338.
- Davidson R, Mills ME (2005). Cancer patients' satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region. *Eur J Cancer Care*, 14, 83–90.
- Deci EL, Ryan RM (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Dimsdale JE (1984). Delays and slips in medical diagnosis. *Pers Biol Med.*, 27, 213–220.
- Edgar L, Greenberg A, Remmer J (2002). Providing internet lessons to oncology patients and family members: a shared project. *Psychooncology*, 11, 439–446.
- Eggly S, Afonso N, Rojas G, et al. (1997) An assessment of residents' competence in the delivery of bad news to patients. *Acad Med*, 72, 397–399.
- Epstein RM, Alper BS, Quill TE (2004). Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA*, 291, 2359–2366.
- Epstein RM, Franks P, Fiscella K, et al. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Soc Sci Med.*, 61, 1516–1528.
- Fallowfield L, Jenkins V (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*, 363:312–319.
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*, 359, 650–656.
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I (2003). Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer*, 89, 1445–1449.
- Gattellari M, Voigt KJ, Butow PN, Tattersall MH (2002). When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? *J Clin Oncol*, 20, 503–513.
- Gordon HS, Street RL Jr, Sharf BF, Kelly PA, Soucek J (2006). Racial differences in trust and lung cancer patients' perceptions of physician communication. *J Clin Oncol*, 24, 904–909.
- Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, et al. (2005). Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol*, 23, 1278–1288.
- Heaven CM, Maguire P (1997). Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. *Palliat Med*, 11, 283–290.
- Henman MJ, Butow PN, Brown RF, Boyle F, Tattersall MH (2002). Lay constructions of decision-making in cancer. *Psychooncology*, 11, 295–306.
- Hoffman J (2005). *Awash in information, patients face a lonely, uncertain road*. The New York Times.
- Horowitz CR, Suchman AL, Branch WT Jr, Frankel RM (2003). What do doctors find meaningful about their work? *Ann Intern Med*, 138, 772–775.
- Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M (1997). *Measuring Quality in General Practice*. London: Royal College of General Practitioners. <http://honolulu.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/adults-2.htm>
- Kassirer JP (1989). Our stubborn quest for diagnostic certainty. A cause of excessive testing. *N Engl J Med*, 320, 1489–1491.
- Knowles MS (1984). *The Adult Learner – A Neglected Species*. Gulf, Houston, Tex.

- Kroenke CH, Kubzansky LD, Schernhammer ES, Holmes MD, Kawachi I (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol*, 24, 1105–1111.
- Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, et al. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns.*, 39, 49–59.
- Krupat E, Yeager CM, Putnam S (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychol Health*, 15, 707–719.
- Kurtz S, Silverman J, Draper J (2005) Teaching and Learning. *Communication Skills in Medicine*, 2nd Ed. Radcliffe Publ: Oxford & San Francisco: Radcliffe Publishing.
- LaCoursiere SP, Knobf MT, McCorkle R (2005). Cancer patients' self-reported attitudes about the Internet. *J Med Internet Res*, 7, 22.
- Laidlaw T, MacLeod H, Kaufman DM (2000). Communication skills in medical school: Exposure, confidence, and performance. *Acad Med*, 75(10), 90–92.
- Leventhal H, Carr S (2001). Speculations on the relationship of behavioral theory to psychosocial research on cancer. In: Baum A, Andersen BL, eds. *Psychosocial Interventions for Cancer*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*, 284, 1021–1027.
- Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, et al. (2000). Faith, hope, and charity: an in-depth interview study of cancer patients' information needs and information-seeking behavior. *West J Med*, 173, 26–31.
- Liang W, Burnett CB, Rowland JH, et al. (2002). Communication between physicians and older women with localized breast cancer: implications for treatment and patient satisfaction. *J Clin Oncol*, 20, 1008–1016.
- Lieb, S. (1991). *Principles of Adult Learning*. This article can be found at URL:
- Maly RC, Umezawa Y, Leake B, Silliman RA (2004). Determinants of participation in treatment decision-making by older breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*, 85, 201–209.
- Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB (1999). Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*, 281, 283–287.
- McDonald IG, Daly J, Jelinek VM, Panetta F, Gutman JM (1996). Opening Pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result. *BMJ*, 313, 329–332.
- McWilliam CL, Brown JB, Stewart M (2000). Breast cancer patients' experiences of patient-doctor communication: a working relationship. *Patient Educ Couns*, 39, 191–204.
- Mead N, Bower P (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.*, 48, 51–61.
- Merkel WT (1984). Physician perception of patient satisfaction. Do doctors know which patients are satisfied? *Med Care*, 22, 453–459.
- Merriam, S. B. (2001). Andragogy and self-directed learning: Pillars of adult learning theory. In S. B. Merriam (Ed.), *The new update on adult learning theory* (pp. 3–14). *New Directions in Adult and Continuing Education*, No. 89. San Francisco: Jossey-Bass.
- Miller GE (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*, 65(9), 63–7.
- Montgomery GH (2004). Cognitive factors in health psychology and behavioral medicine. *J Clin Psychol*, 60, 405–413.
- Ogden J, Fuks K, Gardner M, et al. (2002). Doctors expressions of uncertainty and patient confidence. *Patient Educ Couns*, 48, 171–176.
- Orlander JD, Fincke BG, Hermanns D, Johnson GA (2002). Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med*, 17, 825–831.
- Pinquart M, Duberstein PR (2004). Information needs and decision-making processes in older cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*, 51, 69–80.
- Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM (2001). "I'm sorry to tell you ..." physicians' reports of breaking bad news. *J Behav Med*, 24, 205–217.
- Razavi D, Delvaux N, Marchal S, et al. (2002). Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *Br J Cancer*, 87, 1–7.
- Rose JH (1990;). Social support and cancer: adult patients' desire for support from family, friends,

- and health professionals. *Am J Community Psychol*, 18, 439–464.
- Rosenberg HJ, Rosenberg SD, Ernstoff MS, et al. (2002). Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. *Int J Psychiatr Med*, 32, 37–53.
- Roter D, Hall JA (1993). *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors*. Westport, CT: Auburn House.
- Roter D, Lipkin MJr, Korsgaard A (1991). Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care*, 29, 1083–1093.
- Roter DL, Hall JA (1998). Why physician gender matters in shaping the physician-patient relationship. *J Womens Health*, 7, 1093–1097.
- Roter DL, Stewart M, Putnam SM, et al. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*, 277, 350–356.
- Salkeld G, Solomon M, Short L, Butow PN (2004). A matter of trust – patient's views on decision-making in colorectal cancer. *Health Expect*, 7, 104–114.
- Sawyer H (2000). Meeting the information needs of cancer patients. *Prof Nurse*, 15, 244–247.
- Scott JT, Harmsen M, Pricor MJ, et al. (2005). Recordings or summaries of consultations for people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Shanafelt TD, Novotny P, Johnson ME, et al. (2005). The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. *Oncology*, 68:23–32.
- Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM (2003). The well-being of physicians. *Am J Med*, 114:513–519.
- Siminoff LA, Graham GC, Gordon NH (2006). Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: disparities in information-giving and affective behaviors. *Patient Educ Couns*, 62(3), 355–60.
- Spiegel D (1996). Cancer and depression. *Br J Psychiatr Suppl*, 30, 109–116.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (2003). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. 2nd ed. Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press.
- Street RL Jr (1991). Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc Sci Med.*, 32, 541–548.
- Street RL Jr, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL (2005). Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care*, 43, 960–969.
- Street RL Jr, Voigt B (1997). Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life. *Med Decis Making*, 17, 298–306.
- Street RL Jr, Voigt B, Geyer C Jr, Manning T, Swanson GP (1995). Increasing patient involvement in choosing treatment for early breast cancer. *Cancer*, 76, 2275–2285.
- Tickle-Degnen L, Rosenthal R (1990). The nature of rapport and its nonverbal correlates. *Psychol Inq*, 1, 285–293.
- Williams GH, Wood PH (1986). Common-sense beliefs about illness: a mediating role for the doctor. *Lancet*, 2, 1435–1437.
- Woolf SH, Chan EC, Harris R, et al (2005). Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med*, 143, 293–300.
- Woolf SH, Chan EC, Harris R, et al. (2005). Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med*, 143, 293–300.
- Wright EB, Holcombe C, Salmon P (2004). Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *BMJ*, 328, 864.
- Zakowski SG, Ramati A, Morton C, Johnson P, Flanigan R (2004). Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychol*, 23, 563.
- Zoppi K, Epstein RM (2002). Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Fam Med.*, 34, 319–324.