

Komunikacija s osobama treće životne dobi

Lovorka Brajković,¹ Ana-Strahinja Ratković,¹ Goran Ivkić²

¹Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Klinika za psihološku medicinu KBC-a Zagreb

²Institut za istraživanje mozga, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Poliklinika Neuron

SAŽETAK Efektivna komunikacija liječnika i bolesnika je ključna za uspostavu visokokvalitetne medicinske skrbi te ima pozitivan učinak na bolesnikov oporavak, kontrolu boli, pridržavanje predviđenog tretmana, zadovoljstva i adekvatnijeg psihološkog funkcioniranja. Bolesnici starije životne dobi su rizična skupina u smislu uspostavljanja adekvatne komunikacije s liječnikom. Manje su asertivni i nisu skloni detaljnijem postavljanju pitanja te je manje podudaranja u glavnim ciljevima i temama tijekom pregleda sa starijim bolesnicima nego s onima mlađe životne dobi. Istraživanja pokazuju da je evaluacija čimbenika poput kognitivnog statusa i senzornih deficita ključni faktor prije no počne komunikacijski proces. Uobičajene komunikacijske prepreke s obzirom na dob bolesnika često se previde tijekom konzultacija i/ili liječničkog pregleda, što narušava kvalitetu komunikacijskog procesa. Uspostava efikasne komunikacije smanjuje broj hospitalizacija kod starijih pacijenata.

KLJUČNE RIJEČI gerijatrija; komunikacija; odnos liječnika i bolesnika; stariji bolesnici

U posljednje se vrijeme struktura populacije mijenja iz piramidne u kvadratičnu, što implicira veću zastupljenost generacije starih osoba. Popis stanovništva za 2001. godinu pokazuje da udio ljudi starijih od 65 godina u Hrvatskoj iznosi 15,62%, od čega se 12,41% odnosi na muškarce, a 18,61% na žene. Svako životno razdoblje nosi osobitosti i raznolikosti. No, nigdje se ne može vidjeti toliko razlika kao među osobama treće životne dobi. Gerontolozi se slažu da treća životna dob počinje u 65. godini života i dijeli se na tri podskupine: mlađi stari (osobe od 65. od 74. godine), stariji (od 75. do 84. godine) i jako stari (od 85. godine do kraja života). Svaka od tih skupina ima jedinstvenu životnu anamnezu i mogu imati različitu socijalnu podršku i psihološke potrebe, kao i različite tipove medicinskih problema. Kao primjer, za jako stare osobe je vjerojatnije da će imati kognitivne disfunkcije, lošije tjelesno zdravlje, lošije financijske i socijalne resurse u odnosu na mlađe stare osobe. Također, mlađi stari imaju veću tzv. zdravstvenu (medicinsku) pismenost u odnosu na jako stare osobe. Stoga je i različita interakcija osoba treće životne dobi i liječnika s obzirom kojoj razvojnoj podskupini pripadaju. Upravo je zbog heterogenosti grupe populacije osoba treće životne dobi neopravdana njihova generalizacija.

Uspoređujući s mlađim bolesnicima, komunikacija sa starim osobama je otežana zbog niza čimbenika poput senzornih deficita, kognitivnih disfunkcija, funkcionalnih ograničenja te stereotipa o starim osobama. Istraživanja pokazuju da osobe starije od 65 godina znatno češće posjećuju liječnika u odnosu na cjelokupnu po-

pulaciju; stoga je iznimno važno iznaći što bolje načine za uspješnu komunikaciju s bolesnicima treće životne dobi. Komunikacija je općenito složen proces, koji se komplicira u funkciji dobi. Zbog nejasne komunikacije može doći do niza negativnih ishoda liječenja, te bi liječnici trebali tom aspektu pridavati iznimnu pozornost.

STEREOTIPI O STAROSTI I STARENJU

Niti jedna od prethodnih razvojnih faza ne veže uza se toliko stereotipa i predrasuda kao treća životna dob: stare su osobe čudljive, hipohondri, senilne, depresivne, stalno zabrinute oko smrti, željne pretjerane pažnje, osobe s kojima se teško izlazi na kraj i sl. U medicinskom settingu to može dovesti do pripisivanja određenih tegoba tzv. normalnom starenju, rjeđe preporučivanje preventivnih mjera, posvećivanje manje vremena i pozornosti staroj osobi, upotrebu manje agresivnih metoda liječenja. Greenfield i suradnici su u svom istraživanju pokazali da su bolesnice starije životne dobi oboljele od karcinoma dojke liječene manje agresivnim metodama nego žene mlađe životne dobi, pri čemu su veliku ulogu igrali stavovi i predrasude.¹ Također, istraživanja pokazuju da su liječnici s mlađim bolesnicima strpljiviji i uljudniji, obraćaju im više pozornosti i više pažnje, postavljaju se ravnopravnije i češće su optimistični nego što su to sa starijim bolesnicima.

Ne valja zaboraviti da društveno nametnuti stereotipi o starim osobama igraju i veliku ulogu u tome kako će stara osoba procijeniti svoje tjelesno i psihičko stanje. Nametnuti stereotipi dovode do toga da se stara osoba

počne ponašati u skladu s njima, pa npr. ako vlada stav da je depresija stanje normalno za starog čovjeka i da poteškoće u pamćenju predstavljaju odraz tzv. normalnog starenja, ne može se očekivati od stare osobe traženje pomoći. Stoga ne čudi što stare osobe često dolaze u stanjima kada je bolest u kroničnoj fazi.

SENZORNI DEFICITI, KOGNITIVNE DETERIORACIJE

Oslabljn sluh svakako predstavlja prepreku dobroj komunikaciji. No, uspostava dobroga vizualnog kontakta, otklanjanje pozadinskih zvukova i buke, parafriziranje radije nego ponavljanje onog što bolesnik nije razumio i pravljenje duljih stanki u razgovoru može poboljšati komunikaciju liječnika i bolesnika treće životne dobi.

Kao što je otežana komunikacija s osobama s oslabljenim sluhom, ne smije se zaboraviti niti na poteškoće u komunikacijskom procesu s osobama oslabljenog vida. U tim situacijama socijalni prostor između liječnika i bolesnika mora biti uži, osvjetljenje u prostoriji jače, a pisane preporuke tiskane većim fontom slova. Uobičajena je predrasuda o starosti kao sinonimu za kognitivno propadanje. No, činjenica je da sa starenjem dolazi do kognitivnih disfunkcija, pri čemu se ne smije zaboraviti da se njihov stupanj razlikuje. Često se pogrešno smatra da npr. umjereno kognitivno propadanje ili demencija narušavaju cjelokupni intelekt, emocije i ponašanje. No umjerena demencija i izrazita demencija iznimno se razlikuju po svojim karakteristikama i stupnju gubitka na svim razinama funkcioniranja. Vodeći računa o tim razlikama, mogu se otkloniti prepreke uspješnoj komunikaciji.

Uspješna komunikacija između liječnika i bolesnika značajno utječe na ishod liječenja.² Stvaranje adekvatnog odnosa, osjećaja bitnosti kod bolesnika, smanjuje broj hospitalizacija kod bolesnika treće životne dobi, intenzitet boli opada, povećava se osjećaj zadovoljstva i psihološko funkcioniranje.² Iako se unatrag 35 godina rade istraživanja o komunikaciji liječnika i bolesnika mlađe životne dobi, mali broj istraživanja je posvećen komunikaciji liječnika i osobe treće životne dobi.³ Usprkos malom broju istraživanja, nalazi su zanimljivi i mogu pomoći razvoju uspješne komunikacije. Rost i Frankel u svom istraživanju ukazuju na činjenicu da više od 50% bolesnika s dijabetesom nije spomenulo glavne tegobe zbog kojih su zabrinuti, a više od 60% bolesnika nije spomenulo važne psihosocijalne aspekte života.⁴ Waitzkin je sa suradnicima u svom istraživanju pokazao da su liječnici skloni marginaliziranju razgovora o socijalnoj problematici bolesnika iako bi navedeni problemi mogli biti izvor svakodnevnog stresa.⁵

Kako razviti kvalitetnu i empatičnu komunikaciju s bolesnikom treće životne dobi? Koje su specifične komponente komunikacije koje pomažu stvaranju takvog odnosa? U nastavku će biti navedeni neki aspekti koji pridonose stvaranju pozitivnog odnosa i uspješne komunikacije između liječnika i bolesnika treće životne dobi.

RAZUMIJEVANJE BOLESNIKOVE PERSPEKTIVE

Osvještavanje i rad na vlastitim stereotipima i stavovima prvi je korak za uspostavu adekvatne komunikacije. Jednostavno i obično slušanje onog što bolesnik navodi daje osjećaj prihvaćanja i važnosti, a što je temelj uspješne komunikacije. Poticanje bolesnika da daje podatke o sebi, a ne samo o bolesti koja je razlog posjeta liječniku, stvara empatično okruženje. Neka istraživanja pokazuju da se brže oporavljaju i češće se pridržavaju liječničkih uputa bolesnici koji su imali medicinske kućne posjete. To se objašnjava činjenicom da je liječnik dobio bolji uvid u obiteljsku dinamiku bolesnika, a bolesnik imao veće povjerenje i više mogućnosti dobivanja dodatnih objašnjenja o svojoj bolesti. Određeni bolesnici starije životne dobi imaju veći stupanj anksioznosti prilikom dolaska kod liječnika, što može narušiti uspostavu adekvatne komunikacije te otežati mogućnost dobivanja relevantnih podataka o pacijentu. Stoga je potrebno bolesnika potaknuti da prilikom sljedećeg posjeta donese napisane tegobe i ono o čemu želi razgovarati s liječnikom. Korisnim se pokazalo i vođenje detaljnoga dnevnika tegoba.

Stariji bolesnici češće imaju višestruke medicinske i psihosocijalne probleme, a razgovor o nekim problemima može izazvati osjećaj srama i nelagode. Zato je važno na početku naglasiti bolesniku da je razgovor povjerljiv i da će njegova privatnost biti zaštićena. Razgovor ne smije biti osuđujući. Važno je prihvatiti bolesnikove stavove, uvjerenja i sustav vrijednosti koliko god se razlikovali od naših. Na taj se način stvara sigurno okruženje kako bi bolesnik otvorio i bolne teme poput smrti, umiranja, gubitka socijalne uloge, osjećaja odbačenosti, izoliranosti, seksualnih disfunkcija i sl.

ČLANOVI OBITELJI KAO VAŽAN ASPEKT KOMUNIKACIJSKOG PROCESA

Članovi obitelji su u gerijatrijskoj praksi često uključeni u lječidbeni proces. Stoga je za liječnika važno upoznati dinamiku obiteljskih odnosa. Na taj način dobiva relevantnije podatke o bolesti, smanjuju se komunikacijski šumovi, a i članovi obitelji bivaju točnije upoznati s dijagnozom te mogu pružiti bolju njegu. Veliki broj istraživanja pokazuje da uključivanje članova obitelji u proces liječenja povećava povjerenje bolesnika prema liječniku.

No ne treba zaboraviti činjenicu da komunikacijska dinamika postaje znatno složenija i vjerojatno zahtijeva više vremena, iako dva istraživanja navode da uključivanje treće osobe (člana obitelji) značajno ne produljuje vrijeme pregleda.^{6,7} Usprkos tome što uključivanje člana obitelji neće u bitnijoj mjeri omesti pregled bolesnika, važno je uključivanje suradnih struka (npr. socijalnih radnika, psihologa) koje u velikoj mjeri mogu pridonijeti uspostavi adekvatne komunikacije. Prvenstveno se misli na psihičku pripremu bolesnika na eventualni operativni zahvat, prorađu stresnih situacija koje

su odraz primarne bolesti, učenje tehnika relaksacije i primjerenih tehnika suočavanja, razgovor o strahovima vezanim za bolest i sl.

VRIJEME – ČIMBENIK USPJEŠNE KOMUNIKACIJE

Istraživanja pokazuju da osobe treće životne dobi primaju manje informacija od liječnika u odnosu na mlađe bolesnike, odnosno stariji bolesnici imaju veće potrebe za dobivanjem informacija.^{8,9} Zbog njihove povećane potrebe za informacijama, sklonosti napetosti, manjoj usredotočenosti te otežanog i sporijeg izvještavanja o tegobama, nužno je osigurati više vremena kako bi se mogla uspostaviti dobra komunikacija. Istraživanja također napominju da su stariji bolesnici osjetljiviji na nedobivanje pažnje od liječnika, više su skloni usmjeravanju na neverbalni aspekt liječnika, prepoznaju neverbalne znakove da nisu slušani te su skloni prekinuti komunikacijski proces. Stoga je važno odvojiti dovoljno vremena za starijeg bolesnika te uskladiti verbalne i neverbalne aspekte komuniciranja.

IZBJEGAVANJE DISTRAKTORA

Stariji bolesnici žele osjetiti da je s njima provedeno kvalitetno vrijeme i da su važni liječniku. Prema istraživanjima, ako stariji bolesnici u prvih 60 sekundi dobiju punu pozornost liječnika, na kraju pregleda imat će dojam da je liječnik s njima proveo značajan dio svoga vremena.¹⁰

Kad god je moguće važno je smanjiti vizualne i auditorne distraktore kao i nepotrebno ometanje pregleda od ostaloga medicinskog osoblja. S obzirom da neki stariji bolesnici imaju poteškoća s vidom, čitanje s usana za njih može biti važan aspekt primanja informacija te je važno da liječnik sjedi okrenut licem bolesniku. Takav neverbalni izričaj, kao i uspostava kontakta očima (vrlo snažan neverbalni aspekt komunikacije), daje bolesniku poruku da je važan te ga se na taj način ohrabruje u iznošenju poteškoća. Bolesnici se najčešće tuže da ih liječnici ne slušaju u dovoljnoj mjeri.¹¹ Dobra komunikacija ovisi o dobrom slušanju. Aktivno slušanje ne podrazumijeva samo primanje informacija već i njihovo procesuiranje; aktivno slušanje je usmjeravanje pozornosti na ono što osoba govori i osjeća i uzvratanje vlastitim riječima da se čulo i shvatilo ono što bolesnik iznosi. Aktivno slušanje pokazuje interes i brigu za bolesnika, vodi do bolje informiranosti, potiče daljnju komunikaciju, vodi do bolje suradnje liječnika i bolesnika, potiče bolesnika da s većom pozornosti sluša ono što liječnik govori. Aktivnim slušanjem pokazuje se bolesniku empatija i šalje poruka razumijevanja, zainteresiranosti i poštivanja razmišljanja. Aktivno slušanje znači dopuštanje iznošenja misli bez prekidanja, bez pogađanja što je bolesnik želio reći.

Slušanje skrivenih poruka je vrlo važno u procesu komunikacije. Neverbalna komunikacija je manje pod svjesnom kontrolom i preko nje se dolazi do tzv. skrivenih poruka. Npr. bolesnik može reći da se osjeća dobro,

ali neverbalno šalje sasvim drugu poruku. Važno je opaziti te razlike. I na kraju, svako aktivno slušanje završava parafriziranjem – sumiranje onoga što je bolesnik iznio kao problem ili tegobu (npr. „Ako sam dobro razumjela/razumio, vaš najveći problem je...“). Obično se zbog nedostatka vremena liječnici zavaravaju da je sve jasno i često preskaču parafriziranje. No, valja imati na umu izreku da podrazumijevanje znači nerazumijevanje!

GOVORITI SPORO, JASNO I DOVOLJNO GLASNO

Izbjegavanje upotrebe medicinskog žargona i stručne terminologije znatno pridonosi razumijevanju i poboljšavaju komunikacijskog procesa. U komunikaciji sa starijim bolesnikom češće valja pribjegavati zapisivanju savjeta, dodatnih pretraga kojima bolesnici trebaju biti podvrgnuti, treba sumirati najvažnije točke razgovora i na kraju objasniti bolesniku što konkretno napraviti. No, umjesto da se bolesniku kaže kako treba uzeti propisanu terapiju ujutro i navečer te da se bavi tjelesnom aktivnošću, valja reći da propisanu terapiju uzme čim ustane iz kreveta i prije nego ode spavati te da je važno prošetati se oko kvarta nakon doručka i ručka. Na taj način bolesnik sebi stvara predodžbu, mentalne mape koje dovode do boljeg pamćenja danih savjeta.

Na kraju, od bolesnika treba zatražiti da ponovi savjete koje mora slijediti. Američko nacionalno vijeće za informiranje pacijenata i edukaciju preporučuje da medicinske sestre i magistri farmacije ponove instrukcije uzimanja prepisanog lijeka, i to u verbalnoj i pisanoj formi. Nakon svega navedenog, važno je dati mogućnost bolesniku da postavi pitanje i izrazi svoje sumnje i strahove.

Valja se čuvati zamki koje narušavaju komunikacijski proces. Neke od njih su davanje ispraznih izjava („vrijeme liječi sve boli“), postavljanje i odgovaranje na pitanje (npr. „Gdje se širi vaša bol? Prema prsima, leđima, oboje?“), stavljanje u submisivni položaj bolesnika (pretjerano tepanje, pretjerana upotreba umanjenoća – „bakice, dušo moja“) i sl.

ZAKLJUČAK

Komunikacija je proces prenošenja misli, osjećaja i poruka koji se odvija u interakciji dvije i više osoba. Za cilj ima primanje i davanje informacija, rješavanje problema, donošenje odluka, zadovoljavanje potreba. Svaki komunikacijski proces ima svoje osobitosti, ovisno o strukturi pojedinaca koji su u interakciji, ali i o okruženju u kojem se odvija komunikacija. Za uspješnu komunikaciju s bolesnicima treće životne dobi prvenstveno je važna procjena općeg funkcioniranja osobe. Procjena uključuje procjenu senzornih sposobnosti, psihosocijalnih potreba, emocionalnog stanja, načina suočavanja s problemima te potrebe za pomoći.

Kada se dobiju svi relevantni podaci o općem funkcionalnom stanju bolesnika, tek se tada može razmišljati o najboljim načinima pristupa i uspostave komunikacije s bolesnikom treće životne dobi.

Communication with elderly patients

SUMMARY Physician–patient communication is a process of information exchange between a doctor and a patient through a common system of symbols, signs, and behaviors. Effective communication between health care professionals and patients is essential for delivery of quality health care. Research shows that effective communication in medical encounters positively influences patient recovery, pain control, adherence to treatment, satisfaction and psychological functioning. Older adults are a group considered to be at highest risk of poor communication with health professionals. Elderly patients are less likely to be assertive or ask in-depth questions. Doctor's overall responsiveness (i.e., the quality of questions, information and support) to younger patients is better than that to older patients and there is less concordance in goals and topics between doctors and older patients than between doctors and younger patients. Literature suggests that evaluation of factors such as memory decline and sensory deficits is essential in geriatric patient visits. These common age-related communication barriers are often overlooked during consultation and often compromise the quality of communications. Effective communication has been shown to reduce the hospitalization rates in elderly patients.

KEY WORDS aged; communication; geriatrics; physician–patient relations

LITERATURA

1. Greenfield S, Blanco DM, Elashoff RM, Ganz PA. Patterns of care related to age of breast cancer patients. *JAMA* 1987;257(20):2766–70.
2. Stewart M, Meredith L, Brown JB, Galajda J. The influence of older patient–physician communication on health and health-related outcomes. *Clin Geriatr Med* 2000;16(1):25–36.
3. Adelman RD, Greene MG, Ory MG. Communication between older patients and their physicians. *Clin Geriatr Med* 2000;16(1):1–24.
4. Rost K, Frankel R. The introduction of the older patient's problems in the medical visit. *J Aging Health* 1993;5(3):387–401.
5. Waitzkin H, Britt T, Williams C. Narratives of aging and social problems in medical encounters with older persons. *J Health Soc Behav* 1994;35(4):322–48.
6. Beisecker AE. The influence of a companion on the doctor–elderly patient interaction. *Health Commun* 1989;1(1):55–70.
7. Greene MG, Majerovitz SD, Adelman RD, Rizzo C. The effects of the presence of a third person on the physician–older patient medical interview. *J Am Geriatr Soc* 1994;42(4):413–9.
8. Beisecker AE. Aging and the desire for information and input in medical decisions: patient consumerism in medical encounters. *Gerontologist* 1988;28(3):330–5.
9. Haug MR, Ory MG. Issues in elderly patient–provider interactions. *Res Aging* 1987;9(1):3–44.
10. Baker SK. Thirty ways to make your practice more patient–friendly. In: Woods D, ed. *Communication for Doctors: How to Improve Patient Care and Minimize Legal Risk*. Oxford: Radcliffe, 2004.
11. Meryn S. Improving doctor–patient communication. Not an option, but a necessity. *BMJ* 1998;316(7149):1922.

ADRESA ZA DOPISIVANJE

Dr. sc. Lovorka Brajković, prof.
Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb
Šalata 4, 10000 Zagreb
E-mail: lovorka.brajkovic@yahoo.com
Mobitel: 099 6824 168