

# Komunikácia ako súčasť suportívnej terapie v onkológii

## Communication as a Part of the Supportive Treatment in Cancer Care

Bencová V.

I. onkologická klinika LF UK a Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

### Súhrn

**Východiská:** Zručnosť v interpersonálnej komunikácii ako súčasťi suportívnej liečby v onkológii nadobúda nové rozmery po tom, čo sa podarilo demonštrovať pozitívny vplyv komunikácie na zvýšenú schopnosť pacientov vyrovnávať sa s nádorovou chorobou, viac dôverovať ošetrojúcemu personálu, akceptovať záťažovú terapiu a redukovať emocionálny stres a psychosociálnu záťaž. Z hľadiska efektívnej komunikácie cielenej na potreby pacienta je popri empatii potrebné osvojiť si percepčné a behaviorálne schopnosti v komunikácii s onkologickým pacientom. Lekári, zdravotné sestry a onkologickí sociálni pracovníci musia získať schopnosť aktívne počúvať pacienta a niekedy chápať i jeho neochotu rozprávať o svojich obavách a ťažkostiach. Cieľom predloženej práce bolo vypracovať metaanalýzu údajov o princípoch a metodách asertívnej komunikácie s onkologickým pacientom ako formy suportívnej terapie pri zvládaní jeho emocionálnych a sociálnych dysfunkcií. **Materiál a metódy:** Údaje o interpersonálnej komunikačnej zručnosti v onkológii uvádzané v súčasnej literatúre boli získané z elektronických databáz a boli spracované formou metaanalýzy výsledkov prezentovaných v 24 vybraných publikáciách. **Výsledky:** Aktívny behaviorálny prístup znamená porozumieť aj neverbálnym indikátorom strachu, neistote, podráždenosti, depresie a apatie, ktoré sa zračia v jeho mimike a gestách. Odhalenie týchto a ďalších príčin emocionálnej dysfunkcie (manželské, partnerské a sexuálne problémy, zmeny fyzickej a sociálnej funkčnosti a i.) je základným predpokladom pre poskytnutie účinnej psychosociálnej podpory. Zručnosti v interpersonálnej komunikácii možno získať klinickou praxou a teoretickou prípravou. **Záver:** Onkologickí zdravotnícki pracovníci by si mali osvojiť pravidlá percepčnej a behaviorálnej komunikácie už počas vysokoškolských štúdií. Avšak zaradenie programu výučby princípov komunikačných zručností do študijných programov medicíny, ošetrovateľstva a sociálnej práce je stále ešte iba v plienkach, napriek tomu, že klinická prax jasne ukázala, že profesionálna forma komunikácie s onkologickým pacientom i členmi jeho rodiny má priaznivý vplyv na pacienta i na samotný liečebný proces, potvrdený vedeckým výskumom a skúsenosťou klinických onkológov.

### Kľúčové slová

nádorová choroba – psychosociálna záťaž – suportívna liečba – komunikácia – princípy – dopad – výučba

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.

The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.



PhDr. Viera Bencová, Ph.D.

I. onkologická klinika LF UK  
a Onkologický ústav sv. Alžbety  
Heydukova 10  
812 50 Bratislava  
Slovenská republika  
e-mail: viera.bencova@hafling.sk

Obdrženo/Submitted: 18. 2. 2013

Přijato/Accepted: 17. 3. 2013

## Summary

**Background:** Interpersonal communication skills as part of the supportive care in cancer won new dimensions by demonstrating the association with enhanced ability of patients to cope with the disease, to enhance trust in health care providers, compliance with treatment and to reduce emotional distress and psychosocial burden. Besides empathy the effective patient-centered communication is based upon perceptual and behavioral skills of caregivers. Doctors, nurses, and oncology social workers have to achieve skills to listen to patient's complains and to respond to his/her support needs. The aim of the present paper was to perform a meta-analysis of published data dealing with principles and methods of the assertive doctor-patient communication within the supportive care of patients suffering from emotional and social dysfunctions. **Material and methods:** The data of interpersonal communication skills in oncology presented in the current literature were collected using electronic databases and were elaborated in form of meta-analysis of 24 selected publications. **Results:** Active behavioral approach involves the understanding of the non-verbal indications of patient's needs, preferences, and expectations, the evaluation of patient's non-verbal expression of fear, uncertainty, irritability, depression and apathy or even the unwillingness to disclose his/her concerns. Recognizing these and other concerns (marital and sexual problems, physical and cognitive functioning etc.), caregivers should respond these concerns in verbal form of psychosocial support. Skills in the interpersonal communication can be learned by clinical experience and theoretical preparation. **Conclusion:** Developing the communication skills including the perception and behavioral style is particularly important in clinician's early medical teaching. The implementation of communication skills into undergraduate and postgraduate study programs in medicine, nursing, and other paramedical subjects is still in infancy, although the professional communication with cancer patient and its family members is associated with clear and important outcomes of care approved by clinical research and recognized by cancer professionals.

## Key words

cancer – psychosocial burden – supportive care – communication – principles – outcomes – education

## Úvod

Diagnóza rakoviny je nesporne jednou z najstresujúcejších skúseností v živote človeka. Avšak každé ochorenie, nielen onkologické, má svoj priebeh, ktorým musíme vedieť pacienta citlivo a pozorne previesť od jeho prvých príznakov, až po liečbu vedúcu k uzdraveniu. V prípade nevyliciteľne chorého pacienta, pri poskytovaní symptomatickej terapie, nesmieme zabúdať na jeho obavy z toho, čo bude nasledovať, s rešpektom k poskytovaniu reálnej nádeje [1]. Epizódy anxiety a depresie, strach z predčasnej smrti, z mutilácie spôsobenej agresívnou liečbou, pocity beznádeje, opustenosti, straty identity a životnej perspektívy spôsobujú, že bez adekvátnej suportívnej liečby pacienti strácajú schopnosť nádorovej chorobe vzdorovať [2].

V komunite odborníkov a vedeckých pracovníkov sa stále častejšie uplatňuje názor, že súčasťou interdisciplinárneho prístupu pri diagnostike, liečbe a pri prevencii nádorovej choroby je nepochybne komunikácia s onkologickým pacientom. V ére personalizovanej medicíny je správna forma komunikácie počas celej trajektórie choroby od diagnostiky až po liečbu, prežívanie a niekedy i progresiu ochorenia dominantnou podmienkou pre zachovanie schopnosti pacienta vyrovnávať sa s chorobou a vzdorovať jej [3].

Pri vytváraní vzťahov medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a pa-

cientom, ktoré sú v rámci liečebnej starostlivosti tak potrebné, zohráva efektívna komunikácia dôležitú úlohu. Vo všeobecnej rovine je komunikácia definovaná ako podávanie informácií prostredníctvom signálov a prostriedkov, ale v zdravotníctve má svoje špecifiká. Nejde v nej iba o rozprávanie ako také, ale ide o získavanie a odovzdávanie informácií, od ktorých závisí naše zdravie a častokrát aj život. Medzi základné požiadavky zdravotníckej komunikácie patrí zásada, že vždy vieme, čo chceme povedať, kedy to chceme povedať, kde a ako budeme s pacientom komunikovať. Usporiadanie myšlienok pred začatím rozhovoru pri oznamovaní diagnózy, správne načasovanie s ohľadom na psychické rozpoloženie pacienta, vytvorenie príjemného prostredia bez rušivých efektov, ako aj vhodný tón hlasu, primeraná úroveň vyjadrovania lekára a tempo rozhovoru, tvoria základ pre vybudovanie vzťahu medzi ošetrovateľským personálom a pacientom, založenom na vzájomnej úcte, dôvere a rešpekte [4].

Komunikácia s onkologickým pacientom má viaceré spoločné princípy a pravidlá komunikácie s pacientmi trpiacimi na iné chronické, život ohrozujúce choroby. Napriek tomu sa pri oznamovaní onkologickej diagnózy vyžaduje osobitná metodológia komunikácie a špeciálny prístup, ktorý je rovnako dôležité dodržiavať aj pri

podávaní informácií o indikovaných formách agresívnej multimodálnej liečby a jej dopadu na viaceré životné funkcie a pri riešení dlhodobého obdobia neistoty onkologických pacientov v období postterapeutického prežívania [5]. Tieto a ďalšie premenné kladú osobitné nároky na schopnosť ošetrovateľského personálu na jednej strane uplatniť prísne vedecky overené formy komunikácie s pacientom v snahe zmierniť jeho utrpenie a hlbokú psychosociálnu záťaž a na druhej strane viesť túto komunikáciu bez ohľadu na vlastnú frustráciu z reality, ktorú musí sám lekár prekonať pri oznamovaní diagnózy rakoviny a ďalších nevyhnutných informácií súvisiacich s liečbou a prognózou ochorenia [6].

Cieľom predloženej práce bolo formou metaanalýzy literárnych údajov spracovať, prezentovať a posúdiť princípy a metodológiu personalizovanej komunikácie s onkologickým pacientom vo vzťahu k jeho emocionálnej a psychosociálnej záťaži.

## Metódy

Údaje o princípoch, metódach a aplikačných formách interpersonálnej komunikácie s onkologickými pacientmi počas celej trajektórie choroby boli získané z literárnych údajov v databázach Medline, Blackwell-Synergy, Web of Science pod heslom „cancer communication“, „supportive care

communication“ a „interpersonal communication“. Zo súboru bolo vybraných 24 adresných prác a výsledky boli spracované formou metaanalýzy, zameranej na princípy, metódy, formy a výstupy interpersonálnej komunikácie v onkológii.

## Výsledky

### Ciele psychosociálne zameranej komunikácie

Z hľadiska psychosociálnej záťaže je principiálnym cieľom komunikácie [7]:

- pripraviť pacienta na vyrovnanie sa so zlou správou,
- riešiť dopad emocionálnej záťaže pacienta s život ohrozujúcou chorobou,
- umožniť pacientovi pochopiť a akceptovať komplexné informácie,
- pripraviť pacienta na komunikáciu so všetkými pracovníkmi ošetrovateľského personálu,
- porozumieť klinickým údajom o prognóze ochorenia,
- pomôcť prekonať pocit neistoty a podporovať nádej na prežitie,
- podporovať dôveru pacienta k ošetrovateľskému tímu a túto dôveru udržiavať počas dlhodobého procesu prežívania.

Epstein a spolupracovníci [8] definovali štyri základné kritériá komunikácie s onkologickým pacientom:

1. odhaliť, posúdiť a akceptovať pacientove pocity (obavy, strach, očakávania),
2. porozumieť pacientovi v kontexte jeho psychosociálneho statusu a sociálnej siete,
3. dosiahnuť vzájomné pochopenie a porozumenie pri rozhodovaní o liečbe nádorovej choroby,
4. vzbudiť v pacientovi pocit spoluzodpovednosti pri rozhodovaní o spôsobe liečby a ďalších postupoch vo vzťahu k jeho zdraviu.

Cielená odborná komunikácia musí byť zameraná na zvýšenie pocitu pohody a redukciu útrap pacienta tak, aby jej pozitívny efekt na pacienta pretrvával aj potom, ako sa rozhovor skončil. Napríklad, ak sa lekár bude striktne pridávať hore uvedených štyroch kritérií, len ťažko dosiahne zlepšenie kvality života pacienta v prípadoch, kedy liečba stráca na účinnosti a choroba progreduje, kedy sa liečba neočakávane preruší, prípadne zmení, ak

sa zhorší prístup k potrebným službám, ak je pacient protichodne informovaný meniacim sa ošetrovateľským personálom, alebo ak rodinní príslušníci spochybnia závery spoločných rozhodnutí ošetrovateľského personálu a pacienta o postup liečebného procesu. Pri rozhovore s pacientom je potrebné počítať s kontextuálnymi faktormi, ktoré ovplyvňujú a menia vzťah medzi výsledkom komunikácie a jeho vplyvu na pocity pacienta [9].

### Emocionálna a kognitívna reakcia onkologického pacienta

Nádorová choroba sa často diagnostikuje úplne náhodne, pri plnom zdraví pacienta, napríklad pri preventívnych prehliadkach. Diagnóza rakoviny je jednou z najstresujúcejších udalostí v živote človeka. Lekár musí zodpovedať množstvo otázok šokovaného pacienta: „Prečo práve ja?“, „Ako ďalej?“, „Budem znetvorený/á?“, „Musím zomrieť?“. V tomto štádiu je základnou požiadavkou pacienta získať informácie o podstate choroby a jej prognóze, ktoré má podávať lekár-onkológ. Epstein a spolupracovníci upozorňujú, že pacient konfrontuje získané informácie komunikáciou s inými odborníkmi, prípadne hľadá odpovede na svoje otázky na internetových stránkach [8]. Preto podávané informácie musia byť výstižné a pravdivé. Je prirodzenou snahou pacienta získavať počas procesu o rozhodovaní o terapeutických modalitách ďalšie podrobnejšie informácie rozhovorom s klinickým onkológom, chirurgom a rádiológom. Pravdivo podané informácie môžu pacientovi pomôcť zvládnuť stres, na druhej strane môžu akcelerovať pocit frustrácie a beznádeje. V pozadí emocionálnej reaktivity pacienta je i strach, úzkosť, neistota a obavy zo zaťažujúcej liečby. Obavy z dôsledkov nádorovej choroby (mutilácie), pocit neistej a ohrozenej budúcnosti, narušené rodinné a sociálne vzťahy, beznádej a depresiu navyše potencujú celkové nepriaznivé vedľajšie príznaky ochorenia (chudnutie, nespavosť, bolesť a i.). V priebehu samotnej liečby nadobúda emocionálny distress nové rozmery. Popri strachu z budúcnosti a obavách z výsledku liečby pacient hľadá oporu v rozhovore s najbližšími osobami ošetrovateľského personálu – lekármi, sestrami a sociálnymi pracovníkmi. Pri hľa-

daní odpovede na chúlостivé a dôverné otázky, týkajúce sa dopadu ochorenia a liečby na rodinný, manželský, sexuálny, pracovný vzťah a obmedzené podmienky prežívania, sa odborná komunikácia stáva súčasťou suportívnej terapie. V tejto fáze je psychosociálna intervencia tou formou suportívnej liečby, ktorá pomáha zmierniť pacientovo psychické utrpenie a najsť silu pre vzdorovanie chorobe. Osobitná forma komunikácie sa vyžaduje pri relapse ochorenia, v preterminálnej a terminálnej fáze ochorenia, kedy pacienti hľadajú nádej často v neštandardných formách liečby a emocionálnu pomoc očakávajú najmä u najbližších príbuzných.

### Proces komunikácie s onkologickým pacientom

Pozitívny efekt komunikácie s onkologickým pacientom závisí od behaviorálnej zručnosti a percepčnej schopnosti lekára a ošetrojúceho personálu.

### Behaviorálny princíp komunikácie ako súčasti suportívnej terapie

Pre ciele formu komunikácie, ktorá prispieva k procesu liečby a ktorá vedie k redukcii psychosociálneho stresu, je potrebné, aby zdravotníckymi pracovníkmi, psychológov, onkologickými sociálnymi pracovníkmi, ale i členovia pacientovej rodiny a jeho sociálnej siete uplatňovali behaviorálne princípy rozhovoru s pacientom. Laxný, alebo naopak bezstarostný a príliš optimistický prístup môže vzbudiť v pacientovi pocit nedôvery, čo sa môže paradoxne prejaviť zhoršením symptomatológie psychosociálnej záťaže. Lekár, ktorý sa zaujíma o to, s čím sa chce pacient lekárovi zveriť, si udržuje pri rozhovore s pacientom očný kontakt, zostáva pozorný a vedie rozhovor smerom k témam, ktoré predostrel pacient. Iným behaviorálnym aspektom je kognitívne smerovanie komunikácie, najmä ak stresovaný pacient nie je schopný prejaviť svoje obavy. Vtedy lekár na začiatku rozhovoru povzbudzuje pacienta k prejavu jeho pocitov a obáv. V prípade ochoty pacienta zveriť sa so svojimi obavami neprerušuje jeho prejav. Z hľadiska behaviorálneho prístupu je dôležité podávať pacientovi informáciu o jeho chorobe laickou, pre neho zrozumiteľnou formou a rovna-

**Tab. 1. Zásady behaviorálneho prístupu v komunikácii s onkologickým pacientom [6].****Neverbálna forma**

- udržiavanie očného kontaktu
- naklonenie tela k pacientovi (behaviorálny prejav záujmu)
- prikyvovanie na znak porozumenia
- zabránenie vstupu rušivých elementov (telefón)

**Verbálna komunikácia**

- dostatočné časové rozpätie rozhovoru
- vyhýbanie sa prerušeniu rozhovoru
- zdôraznenie dôvodu návštevy
- povzbudenie pacienta k rozhovoru
- snaha o získanie informácií o pacientových obavách, hodnotách a preferenciách
- hodnotenie závažnosti pacientovej emocionálnej záťaže
- hodnotenie stavu sociálneho postavenia a sociálnych väzieb
- hodnotenie kvality rodinných a manželských vzťahov
- kontrola zrozumiteľnosti podaných informácií
- podpora sebadôvery pacienta v spôsobilosti zvládnuť ochorenie
- poskytnutie emocionálnej podpory a povzbudenie

kým spôsobom odpovedať aj na jeho otázky. Pre dosiahnutie čo najvyššej kvality a efektivity behaviorálneho prístupu musí mať lekár dostatok teoretických vedomostí a praktických skúseností. Behaviorálne zásady komunikácie s onkologickým pacientom sumarizuje tab. 1.

Pri správne volenej suportívnej forme komunikácie, ktorá je smerovaná k podpore sebadôvery a povzbudeniu pacienta vzdorovať chorobe, pacient nadobúda dôveru k lekárovi a ľahšie sa odhodláva hovoriť o svojich zdravotných a emocionálnych problémoch [10].

**Percepčný princíp komunikácie**

Pozornosť a schopnosť počúvať pacienta sú základné atribúty percepčného princípu verbálnej komunikácie [11]. Lekár, sestra, onkologický sociálny pracovník sa musia naučiť porozumieť prejavom pacienta. Verbálna komunikácia s onkologickým pacientom je dvojstranný rozhovor, ktorého cieľom je vzbudiť v pacientovi pocit, že jeho informácie sú dôležité pre pochopenie jeho obáv, stresových situácií v konfrontácii s informáciami, ktoré pacient získal [12]. Lekár, sestra a ďalší pracovníci smerujú rozhovor k pochopeniu pacientových obáv. Sú tieto obavy výlučne dôsledkom choroby, alebo majú hlbší koreň? Bez sústre-

deného vnímania pacientovej verbálnej informácie sa nedozvieme, prečo sa u jedného pacienta dostáva do popredia hnev z vlastnej bezmocnosti, u druhého strach z predčasnej smrti, u tretieho depresia a pocit opustenosti a beznádeje. Psychosociálna reflexia nádorovej choroby je komplikovaný proces, kde do emocionálneho prejavu pacienta zasahujú aj faktory vlastnej funkčnosti v rodine, v manželskom vzťahu, sexuálnej sfére, v sociálnych vzťahoch a v spirituálnej rovine [13]. V nemalej miere je intenzita psychosociálnej záťaže a emocionálnej reaktivity závislá na veku pacienta.

**Úloha motivácie**

Lekár a každý člen zdravotníckeho personálu je bezpochyby motivovaný poskytovať pacientom kvalitnú a účinnú zdravotnú starostlivosť. Lekár, ktorý vníma komunikáciu s pacientom nielen ako formu výmeny informácií, ale i prostriedok k nastoleniu interpersonálnych vzťahov založených na vzájomnej dôvere, smeruje rozhovor tak, aby pacient získal pocit, že lekár plne pochopil jeho ťažkosti, obavy, strach. Správna voľba komunikácie má motivovať aj pacienta k otvorenej a pravdivej diskusii o jeho obavách, strachu, očakávaníach a preferenciách [14]. Často sa však stáva, že pacienti opatrne

obchádzajú problémy, ktoré sú pre nich nepríjemné a frustrujúce (napríklad sexuálne problémy). Domnievajú sa, že z choroby vyplývajúca porucha rodinnej, sexuálnej, alebo sociálnej funkčnosti nespadá do okruhu informácií, ktoré sú dôležité pre ich liečbu [15]. A naopak lekár, frustrovaný povinnosťou poskytovať pacientovi šokujúce informácie, neprejavuje dostatočnú pozornosť a osobnú angažovanosť pri riešení pacientových problémov, vedie rozhovor „spoza počítača“ a snaží sa ho skrátiť na minimum. Kompetentný prístup ku komunikácii s onkologickým pacientom si vyžaduje okrem prirodzenej empatie najmä motiváciu, odbornú prípravu, dostatočné vedomosti, dostatočné percepčné a jazykové schopnosti, ako aj vnútorné presvedčenie, že zvolená forma komunikácie pacientovi skutočne pomôže [3].

**Úloha informovanosti a odbornej pripravenosti**

Metodológiu a spôsob komunikácie v onkológii si lekár osvojuje dvomi spôsobmi: skúsenosťou s rozhovorom s pacientmi rôznych vekových, pohlavných, intelektuálnych či etnických kategórií a osvojením si teórie komunikácie a filozofie pomoci [16]. Lekár musí mať vyvinutý pozorovací talent a musí rozpoznať reakcie pacienta v priebehu komunikácie. Je potrebné zdôrazniť, že viesť rozhovor s pacientom s nádorovou chorobou si vyžaduje nielen empatický prístup, ale aj cieleňú odbornú pripravenosť [17,18]. V interakcii s pacientom samotným, ako aj s jeho najbližšou rodinou, si nemôžeme vystačiť iba s používaním sociálnej komunikácie, ktorá sa využíva hlavne pri vytváraní vzťahu s pacientom a ktorej základ tvorí neplánovaný bežný rozhovor. Pre dosiahnutie čo najefektívnejšieho vzťahu medzi lekárom a pacientom s pozitívnym dopadom na kvalitu života a liečbu je potrebné neustále sa zdokonaľovať v komunikačných zručnostiach a naučiť sa používať štruktúrovanú (informačnú), ako aj terapeutickú (intervenčnú) formu komunikácie. Štruktúrovaná komunikácia je na rozdiel od sociálnej komunikácie plánovaná a má určitú náplň. Dôraz sa kladie na zrozumiteľnosť informácii, nakoľko je ovplyvnená aktuálnym stavom pacienta. V prí-

pade, že chceme pacientovi poskytnúť oporu a pomoc v ťažkých chvíľach, využívame terapeutickú komunikáciu formou emocionálnej intervencie [19].

V ostatných dvoch dekádach sa problematika komunikácie s onkologickým pacientom dostáva do popredia najmä v anglosaských krajinách. Stúpa záujem o výskum psychológie komunikácie lekár-pacient a otvára sa otázka potreby výučby komunikačných zručností na lekárske a zdravotníckych školách. Akreditačná komisia pri Výbore pre štúdium medicíny už v roku 1999 v USA podmienila akreditáciu študijných programov na amerických univerzitách potrebou zaviesť do výučbového programu všeobecného lekárstva a ošetrovateľstva predmet „medicínska komunikácia“ ktorý má byť zameraný na „...získanie zručnosti v interpersonálnej komunikácii, ktorej výsledkom je efektívna výmena informácií medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom, ďalšími odborníkmi a rodinnými príslušníkmi pacienta“ [20]. Federácia štátnych medicínskych výborov USA navrhla zavedenie samostatnej skúšky z odboru „medicínska komunikácia“ v 8. semestri štúdia medicíny, ktorá požaduje od študentov „...demonštrovať schopnosť efektívne komunikovať s onkologickým pacientom, spracovať získané informácie a prezentovať klinické kompetencie pri ich využití v klinickej praxi“ [21].

Správne smerovanie komunikácie s onkologickým pacientom si vyžaduje odborné vedomosti o tom, prečo a kam smerovať rozhovor. Pre dosiahnutie cieľa pomôcť pacientovi v jeho traume lekár citlivou formou a spôsobom primeraným intelektuálnej úrovni a miery anxiózy pacienta informuje pacienta o jeho zdravotnom stave a spôsoboch liečby. Zdôrazňuje objektívne možnosti priaznivého výsledku klinicky overenej liečby daného ochorenia a reaguje na pacientove potreby psychosociálnej intervencie. Lekár sa musí vedieť „dopátrať“ týchto potrieb, ktoré sú spôsobené strachom z predčasnej smrti a obavami o budúcnosť. Rovnako musí vedieť získať informácie o pacientových preferenciách, hodnotách a očakávaníach a viesť ho k dôvere a ochote chorobe vzdorovať. Na základe takéhoto vzájomného vzťahu a porozumenia je lekár pripra-

vený personalizovať odporúčania, prispôbiť formu rozhovoru intelektuálnej úrovni pacienta a viesť rozhovor tak, aby jeho informácie, stanoviská a odporúčania boli pre pacienta zrozumiteľné. Výsledky vedeckého výskumu v tejto oblasti upozorňujú na skutočnosť, že nepochopenie príliš odborných informácií podávaných v medicínskom „žargóne“ a mylná interpretácia týchto informácií zo strany pacienta môže viesť k nedorozumeniam a konfliktom, ktoré negatívne vplyvajú na emocionálnu záťaž pacienta [22,23].

Stres, depresia, beznádej, pasivita a ďalšie negatívne emocionálne prejavy pacienta sú jeho prirodzenou reakciou na nádorovú chorobu. Rovnako silné emocionálne reakcie sprevádzajú nevhodne formulovanú informáciu o progresii nádoru, o zlyhávaní terapie a prechode na paliatívnu liečbu. Tu vystupuje do popredia verbálna kompetencia lekára a ovládanie asertívnej formy komunikácie. Ústrednou otázkou stále zostáva dilema: Povedať či nepovedať pravdu o živote ohrozujúcej chorobe. Odborná verejnosť sa prikláňa k názoru, že pacient má právo na informácie o svojom zdraví. Je len otázkou, ako túto informáciu podať, aby ju pacient prijal pokiaľ možno bez extrémnej stresovej reakcie.

V odbornej literatúre je celý rad publikácií, ktoré sa touto témou zaoberajú. Snáď najvýznamnejším publikovaným zdrojom sú odporúčania Dr. Hitoshi Okamuru z Národného onkologického ústavu v Tokyu [24]. Tieto možno zhrnúť nasledovne:

1. Diagnóza nádorovej choroby musí byť oznámená pacientovi ako prvému.
2. Diagnózu má šetrne oznámiť pacientovi ošetrojúci lekár, ktorý, ak je to možné, sprevádza pacienta počas celého obdobia jeho liečby a poskytuje mu informácie, ktoré jednak umožňujú pacientovi spolurozhodovať o modalitách liečby, jednak zachovávajú jeho dôveru k lekárovi a jeho rozhodnutiam.
3. Rozhovor o diagnóze sa musí uskutočniť v intímnom tichom prostredí bez prítomnosti tretích osôb. Je neprípustné oznamovať diagnózu rakoviny pacientovi formou telefonického rozhovoru, e-mailovým spojením, alebo inou formou nepersonálnej komunikácie.

4. Od momentu prvej komunikácie má lekár povedať pacientovi pravdu dôsledne a informovať ho o všetkých nálezoch, ktoré sú v čase rozhovoru k dispozícii. Zásadou je nezverejňovať diagnózu nádorovej choroby, pokiaľ nie je dokonale verifikovaná.

5. Pri oznámení diagnózy nádorovej choroby musí lekár zvoliť formu komunikácie zrozumiteľnú pre pacienta. Je nenáležité „bombardovať“ pacienta faktami bez toho, aby bol braný do úvahy jeho vzdelanostný a intelektuálny potenciál.

6. Aj v prípade diagnózy pokročilej formy nádorovej choroby bez nádeje na jej vyliečenie nesmie byť pacientovi vzatá nádej na zlepšenie zdravotného stavu. Pri komunikácii musí brať lekár do úvahy skutočnosť, že bezohľadným „profesionálnym“ prístupom môže u pacienta vyvolať vážny anxiodepresívny syndróm so všetkými dôsledkami na jeho rizikové behaviorálne rozhodnutia (rodinné väzby, suicídium). Naopak, lekár má zdôrazniť iné, pozitívne alternatívy, akými sú suportívna liečba, liečba bolesti, možnosť stabilizácie ochorenia a i.

7. Nádorová choroba sa najčastejšie diagnostikuje u pacientov počas preventívnych alebo cielených onkologických prehliadok na ambulantných pracoviskách. Komunikácia s pacientom, ktorý je vystrašený už samotnými diagnostickými postupmi, si vyžaduje dostatok času a trpezlivosti.

8. Pri rozhovore s lekárom sa stáva, že pacient je rezervovaný v rozhovore o svojich obavách a pochybnostiach a očakáva, že lekár ho týchto pocitov zbaví. Významnú úlohu v komunikácii s pacientom zohrávajú zdravotné sestry a najmä onkologickí sociálni pracovníci, ku ktorým sú pacienti otvorenejší. Pri riešení psychosociálneho distresu je dôležitá vzájomná informovanosť lekára, sestier, onkologických sociálnych pracovníkov.

9. Akákoľvek snaha urýchliť rozhovor s pacientom pri oznamovaní strastiplnej diagnózy je neprípustná. Naopak, opakované rozhovory môžu pacientovi významne pomôcť vyrovnáť sa s danou skutočnosťou.

10. Lekár, oznamujúci diagnózu život ohrožujúcej choroby, sa musí vžiť do situácie, ktorú pacient musí zvládnuť. Lekár musí poznať psychické reakcie pacienta v tejto situácii, čo mu umožňuje adekvátne zvládnuť pacientove reakcie.

## Diskusia

Rozhovor s pacientom je dnes základnou podmienkou pre poskytovanie kvalitnej suportívnej liečby v onkológii. Komunikácia sa stáva zvlášť významnou v období, kedy pacient požaduje vysvetlenia súvisiace s diagnózou jeho choroby a informácie o prognóze ochorenia, možných formách liečby a jej dôsledkoch [21]. Primárnym cieľom personalizovanej komunikácie s individuálnym pacientom je pomôcť mu prekonať primárny stres, ovplyvniť jeho emocionálne útrapy a vzbudiť v ňom odhodlanie nádorovej chorobe vzdorovať [3]. Hlboký význam komunikácie v suportívnej liečbe onkologických ochorení sa odrzkadľuje vo Výzve Národného onkologického ústavu (NCI) v Bethesde (Maryland, USA) z roku 2008, v ktorej sa zdôrazňuje potreba zintenzívniť výskum komunikačnej kvality medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a pacientmi s nádorovou chorobou. Táto inštitúcia poskytla desiatky miliónov USD na rozvoj vedeckého výskumu v oblasti komunikácie v onkológii Centru excelencie vo výskume komunikácie v onkológii pôsobiacemu na Univerzite Severnej Karolíny (Dakota, USA). Výsledky výskumu zverejnila NCI v monografii „Ústredné postavenie komunikácie v onkologickej starostlivosti: podporiť liečbu a obmedziť útrapy“ [3]. Predmetná analýza vyzýva autority v onkológii rozvinúť ambicióznejšie štúdie komunikačného procesu ako súčasť suportívnej liečby, ktoré by adresne riešili kontextuálnu komplexitu onkologickej starostlivosti v priebehu diagnózy, liečby a prežívania.

Predložený prehľad klinických zásad komunikácie s pacientom s nádorovou chorobou vyúsťuje do logického záveru, že problém efektívnej komunikácie ako súčasť emocionálnej podpory pacienta si vyžaduje i v našich podmienkach zvýšenú pozornosť. Lekári, ktorí pracujú

na špičkových onkologických pracoviskách v stredo-východnej Európe i na Slovensku, často vyjadrujú neistotu v problematike otvorenosti pri oznamovaní diagnózy rakoviny, pri rozhovore o algoritme liečby, pri objektívnom hodnotení prognózy a komplikáciách liečby. Osobitným problémom zostáva oblasť komunikácie pri zlyhávaní liečby, pri relapse ochorenia, pri prechode na paliatívnu liečbu v preterminálnom a terminálnom štádiu choroby. Komunikáčna neistota sa týka nielen pacienta samotného, ale i jeho rodinných príslušníkov. Problémom sa stáva pocit zlyhania lekára, ktorý v ponímaní osobnej bezmocnosti, emocionálnej záťaže a frustrácie len veľmi ťažko hľadá cestu, ako citlivou formou informovať o reálnom stave pacienta. Autori zdôrazňujú, že pacient a jeho rodina často nerozumejú medicínskej rétorike. Členovia ošetrovateľského personálu sa musia naučiť používať terminológiu, prispôsobenú percepčnej schopnosti a vedomosti adresáta [22]. Technika komunikácie a obsahového zamerania v personifikovanej podobe je predmetom osobitnej výučby na vysokých školách vyspelých európskych a zámorských krajín [18]. Problematika komunikácie s onkologickým pacientom v edukačných programoch vo všeobecnom lekárstve, v ošetrovateľstve, i v postgraduálnom vzdelávaní poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na slovenských univerzitách chýba, alebo je nedostatočná [25]. Preto zaradenie tejto problematiky do výučby poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je aktuálne a nanajvýš potrebné už aj z pohľadu na skutočnosť, že nádorová choroba postihuje ľudí v každom veku a týka sa každého somatického orgánu.

## Literatúra

1. Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Y. Paliatívni medicína. 2. vyd. Praha: Grada-Avicenum 2004: 537.
2. Wilkinson AV, Barrera SL, McBride CM et al. Exact health behaviors and uptake of standardized vs. tailored health messages among cancer survivors enrolled in the fresh start trial: a comparison of fighting spirits vs. fatalists. *Psychooncology* 2012; 21(1): 108–113.
3. Epstein RM, Street RL. Patient-centered communication in cancer care. Promoting healing and reducing suffering. National Cancer Institute. Bethesda (MD, USA): NIH Publ. 2007. Available from: <http://www.outcomes.cancer.gov/areas/pcc/communication>.

4. Janáčková L, Weiss P. Komunikace ve zdravotnické péči. 1. vyd. Praha: Portál 2008: 136.
5. Bencova V, Bella J, Svec J. Psychosocial morbidity and psychosocial support needs of breast cancer survivors one and three years after breast-conserving surgery. *Psychooncology* 2011; 20 (Suppl 2): 112–113.
6. Brédart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol* 2005; 17(4): 351–354.
7. Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol* 2005; 17(4): 331–335.
8. Epstein RM, Franks P, Fiscella K et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultation: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005; 61(7): 1516–1528.
9. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM et al. The practice orientation of physicians and patients: the effect of doctor-patients congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns* 2000; 39(1): 49–59.
10. Street RL. Communicative styles and adaptation in physician-patient consultation. *Soc Sci Med* 1992; 34(10): 1155–1163.
11. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB et al. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003; 88(5): 658–665.
12. Brown RF, Butow PN, Henman M et al. Responding to the active and passive patient: flexibility is the key. *Health Expect* 2002; 5(3): 236–245.
13. Parchman ML, Burge SK. The patient-physician relationship, primary care attributes and preventive services. *Fam Med* 2004; 36(1): 22–27.
14. Beach MC, Roter DL. Interpersonal expectations in the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 2000; 15(11): 825–827.
15. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999; 281(3): 283–287.
16. Hall JA, Hogan TG, Stein TS et al. Living in the physician-patient relationship. *Patient Educ Cons* 2002; 48(1): 69–77.
17. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V et al. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer* 2003; 89(8): 1445–1449.
18. Merckaert I, Libert Y, Razavi D. Communication skill training in cancer care: where we are and where are we going? *Curr Opin Oncol* 2005; 17(4): 319–330.
19. Venglářová M, Mahrová G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006: 144.
20. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87(5): 1115–1145. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14621334>
21. Sibille K, Greene A, Bush JP. Preparing physicians for the 21 century: Communicating skills and the promotion of health behavior change. *Ann Behav Sci Med Educ* 2010; 16(1): 7–13.
22. Davis TC, Williams MV, Marin E et al. Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J Clin* 2002; 52(3): 134–149.
23. Bruera E, Willey JS, Palmer JL et al. Treatment decisions of breast carcinoma: patients preferences and physician perceptions. *Cancer* 2002; 94(7): 2076–2080.
24. Okamura H, Uchitomi Y, Sasako M et al. Guidelines for telling the truth to cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 1998; 28(1): 1–4.
25. Bencova V, Mrazova A, Svec J. Psychosocial morbidity – an unfilled gap in undergraduate courses of medicine and nursing. *Clin Social Work* 2010; 1–2: 37–46.