



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**KOMUNIKACIJA S PACIENTI OB
SPOROČANJU SLABE NOVICE**

**COMMUNICATION WITH PATIENTS WHEN
DELIVERING BAD NEWS**

Mentorica: Marjana Bernot, viš. pred.

Kandidatka: Adriana Stojanac

Jesenice, november, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Marjani Bernot, viš. pred. za vso izkazano pomoč, vse nasvete in usmeritve pri pisanju diplomskega dela. Zahvalila bi se tudi recenzentki Katji Vrankar, pred. za usmeritve in strokovno oceno. Prav tako se zahvaljujem lektorici, mag. slovenščine in bibliotekarstva Ani Zdravje za lektoriranje diplomskega dela.

Posebno se zahvaljujem svoji družini, ki mi je omogočila ta študij in me skozi celoten proces spremljala, bodrila in pomagala na vse načine, ter fantu, ki mi je stal ob strani in spodbujal pri pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Komunikacija s pacienti ob sporočanju slabe novice je lahko težavna in je dandanes še vedno izziv. Namen pregleda literature je raziskati znanja s področja sporočanja slabe novice pri zdravstvenih delavcih v Sloveniji in tujini.

Metoda: Pristopili smo z raziskovalnim dizajnom pregleda literature. Pridobivali smo jo s pomočjo baz PubMed, BioMed Central, Cobiss, svetovni splet prek iskalnika Google, Google učenjak, Obzornik zdravstvene nege ter diplomskih in magistrskih del. Ključne besedne zveze so bile: »slaba novica«, »sporočanje slabe novice«, »pacientove pravice«, »komunikacija med medicinsko sestro in pacienti«, »družinska konferenca«, »paliativna oskrba«, »bad truth«, »communication with patients when delivering bad news«, »bad news health care«, »bad news«, »disclosing the bad news«, »bad truth in India«, »kronični bolesnik, »komunikacija između pacienta i medicinske sestree«. Omejitveni kriteriji so se navezovali na izbrano temo diplomskega dela, zato so bila vključena samo dela in članki na temo komunikacije s pacienti ob sporočanju slabe novice in omejitve virov na 10 let, opcija preglednih člankov in uporaba navednic.

Rezultati: Pregledali smo 55 člankov v polnem besedilu. Od tega jih je 22 ustrezalo vsem kriterijem in bilo primernih za končno analizo. Izključenih je bilo 33 člankov. Vključitveni kriteriji so bili vsebinska ustreznost, aktualnost, recenzirani članki ter članki, ki so bili dostopni v celotnem besedilu. Hierarhično je na tabeli dokazov najvišje Zakon (ZPacP), sledita mu 2 meta analizi/sintezi, 4 sistematični pregledi literature, 2 opisni kvalitativni študiji, 1 kvantitativna in kvalitativna študija, 2 kvantitativni od katerih je ena opisna in na koncu 10 poročil ekspertov. Prepoznali smo 41 kod, ki so bile združene v 4 kategorije: uporaba modelov za lažjo komunikacijo pri sporočanju slabe novice; poznavanje različnih kultur pri sporočanju slabe novice; pomembnost upoštevanja pacientovih želj ter vključevanje pacientovih svojcev v proces sporočanja slabe novice.

Razprava: Komunikacija s pacienti ob sporočanju slabe novice je težka in predstavlja izziv medicinskim sestram. Vendar bi se jo dalo znatno izboljšati z uporabo modelov, ki so bili ustvarjeni za sporočanje slabe novice. Kljub temu je pri uporabi modelov potrebna improvizacija, če je pacient drugačne kulture, vere in drugače sprejema sam proces zdravljenja, umiranja. Zato so potrebne nadaljnje raziskave s področja

komunikacije s pacienti ob sporočanju slabe novice in izobraževanja glede pojava različnih kultur v Sloveniji.

Ključne besede: slaba novica, komunikacija med medicinsko sestro in pacientom, modeli za sporočanje slabe novice

SUMMARY

Theoretical background: Communication with patients when delivering bad news can be difficult and it's still a challenge. The aim of the literature review is to research knowledge from the field of reporting bad news to healthcare professionals in Slovenia abroad.

Methods: We have use a research literature review, which we obtained using PubMed, BioMed Central, Cobiss, the World Wide Web through the Google Search Engine, Google Scholar, Obzornik zdravstvene nege and Masters Bachelor and Master theses. The key phrases used were: »slaba novica«, »sporočanje slabe novice«, »pacientove pravice«, »komunikacija med medicinsko sestro in pacienti«, »družinska konferenca«, »paliativna oskrba«, »bad truth«, »communication with patients when delivering bad news«, »bad news health care«, »bad news«, »disclosing the bad news«, »bad truth in India«, »kronični bolesnik, »komunikacija između pacienta i medicinske sestre« The limiting criteria were related to the chosen topic of the thesis, so only works and articles on the topic of communication with patients when reporting bad news were chosen and limiting resources to 10 years, the option of transparent articles and the use of quotation marks.

Results: We reviewed 55 articles in full text. Of these, 22 have corresponded all the criteria and are suitable for final analysis. 33 articles were excluded. The inclusion criteria were content relevance, topicality, reviewed articles and articles that were accessible throughout the text. Hierarchically, the highest code on the table of evidence is Law (ZPacP), followed by 2 meta analysis / synthesis, 4 systematic literature reviews, 2 descriptive qualitative studies, 1 quantitative and qualitative study, 2 quantitative one of which is descriptive and at the end 10 expert reports. We identified 41 codes that were grouped into 4 categories: the importance of using models to facilitate communication in reporting bad news; knowledge of different cultures in reporting bad news; the importance of considering the patient's wishes and the involvement of patient owners in the process of delivering bad news.

Discussion: Communication with patients when delivering bad news is difficult and presents a challenge to nurses. However, it could be significantly improved by using the models that were created to deliver bad news. Nevertheless, the use of models requires improvisation, if the patient is a different culture, religion and if accepts the process of

healing, dying differently. Therefore, further research is needed in the field of communication with patients when delivering bad news and education regarding the emergence of different cultures in Slovenia.

Key words: bad news, nurse-patient communication, bad news reporting models

KAZALO

1	UVOD	1
1.1	SPOROČANJE SLABE NOVICE.....	2
1.2	MODELI SPOROČANJA	4
1.3	ODZIV PACIENTA IN SVOJCEV NA SLABO NOVICO	6
1.4	SPOROČANJE SLABE NOVICE V RAZLIČNIH KULTURAH	6
2	EMPIRIČNI DEL	8
2.1	NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA	8
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	8
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	9
2.3.1	Metode pregleda literature.....	9
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov.....	9
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature	11
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature	11
2.4	REZULTATI.....	12
2.4.1	PRIZMA diagram	12
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	13
2.5	RAZPRAVA	22
2.5.1	Omejitve raziskave	25
2.5.2	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	25
3	ZAKLJUČEK	27
4	LITERATURA	28

KAZALO SLIK

Slika 1: Ocena kakovosti dokazov	11
Slika 2: Prizma diagram	12

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	10
Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov	13
Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah.....	21

SEZNAM KRAJŠAV

ZPacP Zakon o pacientovih pravicah

1 UVOD

Pojem komuniciranja izvira iz latinske besede »communicare« ter pomeni deliti nekaj skupnega, sporočati in se sporazumevati. Je izmenjava misli in posredovanje le teh med vsemi udeleženci komuniciranja (Prebil, et al., 2009). V zdravstvu se pretežno uporablja terapevtska komunikacija, katera je usmerjena zgolj v zadovoljevanje pacientovih potreb. Namen le te je vzpostavljanje odnosa, v katerem sta medicinska sestra in pacient enakovredna člana, saj je glavni smoter, da se dosežejo skupni cilji (Kogovšek, 2010 cited in Špiler, 2012, p. 19). Namen komunikacije med medicinsko sestro in pacientom oziroma njegovimi svojci je čustvena ter socialna podpora, pridobivanje podatkov in omogočanje razumljivih informacij, izdelava plana zdravljenja in lajšanja bolečin ter simptomov (Škufca Smrdel, 2017).

Z vidika medicine in zdravstva je slaba novica nekaj, kar bo negativno vplivalo na samega človeka v prihodnosti. Kako jo bo pacient sprejel, je odvisno od njegovih pričakovanj v smislu prihodnosti. Pacient jo največkrat težko sprejme, ker predstavlja zanj zmanjševanje možnosti izbire zdravljenja in mu lahko da občutek, da ni več upanja (Petek, 2016, p. 88).

Vsak posameznik ima pravico, da izve resnico o svojem zdravstvenem stanju, katera je tudi določena s Pravico do obveščenosti in sodelovanja, ki jo določa Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju Zakon, 20. člen oziroma ZPacP). Resnica pomeni, da ima pacient pravico, da je obveščen o svojem zdravstvenem stanju ter vseh posledicah, ki jih povzroči bolezen ali poškodba, izvedbi zdravljenja in možni uspešnosti ter pričakovanjih. Pravico ima tudi do vseh pojasnil, tveganjih, ki so možna, neželenih učinkih in težavah, katere bi lahko povzročilo samo zdravljenje in posledicah opuščanja le tega. Po Zakonu (22. člen) se pacientu sme zamolčati resnica le takrat, ko zdravnik meni, da bi mu to lahko škodovalo oziroma bi lahko ogrozilo njegovo zdravstveno stanje. Če pride do zamolčanja resnice, se mora vzrok pisno dokumentirati. Načelo avtonomije pacientu omogoča, da se lahko odloči, da o svojem zdravstvenem stanju ne želi ničesar izvedeti, kar mora zdravnik spoštovati (Lešnik, 2010).

1.1 SPOROČANJE SLABE NOVICE

Slaba novica lahko pomeni veliko. Pomeni lahko postavljeno diagnozo raka, diagnozo kronične bolezni, sporočilo o neželjeni premestitvi, spremembo življenjskega sloga, izgubo upanja za ozdravitev in bližajočo smrt (Williams, 2008, p. 135). Sporočanje slabe novice je s tradicionalnega vidika čas, ko se zdravnik in medicinska sestra pogovorita s pacientom in njegovimi svojci, da jim podata informacije o slabi prognozi zdravljenja, drugih težavah, ki jih pacient doživlja. Vendar pa je sedaj samo sporočanje slabe novice sprejeto kot proces in ne več kot dogodek. Sam proces šteje vse informacije, ki se nanašajo na kakršnekoli slabe, žalostne ali težke informacije, ki spreminjajo pacientovo zaznavanje o svoji sedanjosti in prihodnosti (Warnock, 2014, pp. 51–58).

Raziskava avtorjev Atienza-Carrasco, et al. (2018) nam pove, da naj bi slabo novico vedno podal zdravnik oziroma v izjemnih situacijah, seveda z dovoljenjem zdravnika, tudi kdo drug, ki je udeleženec tima in pozna celoten potek zdravljenja pacienta. Prva oseba, ki naj bi izvedela slabo novico je zmeraj pacient, svojci le s privolitvijo pacienta. Zdravstveno osebje v raziskavi ugotavlja, da je slabo novico najbolje sporočiti takoj, saj se tako lahko zagotovi najboljša možna kakovost življenja in udobja. Večina udeležencev te raziskave je mnenja, da naj bi se informacije podajale postopoma in v skladu s pacientovo željo, koliko si želi vedeti. V raziskavi poudarjajo, kako zelo pomembna je podpora medicinskih sester ob sporočanju slabe novice. Mnoge medicinske sestre so komentirale, da je pri posredovanju informacij, potrebno pacientu zagotoviti dovolj časa za sprostitev in razmislek o razmerah in morebitnih dvomih. V skladu s tem se od medicinskih sester zahteva, da v času pacientovega odločanja zapustijo posvetovanje oziroma mu ponudijo, če ocenijo, da je to potrebno, drugi dan za sestanek, še posebej, če je potrebno sprejeti težke odločitve. Medicinske sestre se sklicujejo, da zaradi pomanjkanja kadra in posledično pomanjkanja časa, pride do odsotnosti povratnih informacij o kakovosti zagotovljene pozornosti pacientom in vodenju ne kakovostne komunikacije.

Pri sporočanju naj se nihče ne bi spraševal ali povedati ali ne, vprašanje bi moralo biti, kako povedati. Tak izziv zahteva že vnaprejšnjo dobro pripravo, saj je potrebno imeti

mirno in udobno okolje z zasebnostjo, obilico časa in potrpežljivosti, sočustvovanja in poštenosti ter tistega, kar je najbolj pomembno v takih situacijah, dobro aktivno poslušanje (Mazej, et al., 2008). Obstaja že veliko parametrov, ki vodijo sam pogovor v smeri, kako povedati slabo novico. Ugotovljeno je, da se tudi ti ne obnesejo ravno najbolje, saj je prisotnih toliko različnih kultur v svetu, ki imajo drugačen pogled na zdravje, bolezen in vse skupaj drugače sprejmejo (Sarafis, et al., 2014, pp. 128–137).

Medicinske sestre imajo zelo pomembno vlogo pri samem sporočanju in zagotavljanju informacij ter pomagajo pacientu, da se pripravijo, sprejmejo, razumejo in spopadejo s slabo novico, ki jim je bila dana (Warnock, 2014, pp. 51–58). Za sporočanje slabe novice, bi morala medicinska sestra upoštevati določene korake, ki ji lahko pomagajo pri samem sporočanju. Poleg vseh modelov, ki ji lahko pomagajo, mora medicinska sestra vedeti, kdo bo vodil pogovor s pacientom in družino ter kje bo pogovor potekal. Izvedeti mora, koga si pacient želi, da je prisoten na tem pogovoru in koga ne potrebujejo. Potrebno je določiti uro pogovora, da bodo osebe, ki morajo biti prisotne, lahko uskladile svoj čas in prišle (Campbell, 2009, pp. 41–42).

Sama komunikacija s težko bolnim pacientom je težja kot z drugimi pacienti, saj je ta odnos, ki nastopi med medicinsko sestro in pacientom povezan z današnjim strahom ljudi pred smrtjo. Velika večina medicinskih sester, se ravno zaradi tega želi izogniti pogovoru s težko bolnim ali z umirajočim pacientom. Dokazano je (Prebil, et al., 2009, pp. 121–123), da v času umiranja ali neke hude bolezni, postane želja pacienta po pogovoru večja, saj si želi imeti ob sebi osebo, s katero se bo lahko pogovarjal o vsem, kar si želi. Čeprav je težko voditi pogovor o slabi novici s težko bolno osebo oziroma umirajočim, naj bo le ta v normalnem tonu. Šepetati ni treba, saj je sposobnost za sluh še precej časa ohranjena, čeprav je oseba mogoče neodzivna. Medicinska sestra naj ustreže njihovi želji vedno, ko lahko. Če si pacient ne želi pogovora, naj se ga le dotakne, ga poboža, saj je pomembno, da je ob njem in da ni sam. Vse to naj počne z empatijo in namenom, da pacienta pomiri. Če si pacient želi biti sam, naj mu to omogoči (Prebil, et al., 2009, pp. 121–123).

Rezultati nekaterih raziskav (Diminić-Lisica & Rončević-Gržeta, 2010, pp. 301–302), nam dajo vedeti, da ob zdravljenju pacientov s kroničnimi boleznimi nikoli ne smemo pozabiti na svojce, marveč jih moramo vključevati v proces zdravljenja, saj so zelo pomembni tako za paciente, kot tudi za zdravstvene delavce v smislu vira podatkov in medsebojne opore. Splošna načela za vodenje komunikacije so, da se izkazuje spoštovanje do pacientovih svojcev in njega samega. Pacienta je potrebno obravnavati kot osebo in ne kot številko. Potrebno se je odkrito pogovarjati s pacienti in njihovimi svojci (Benedik, et al, 2008 cited in Zavratnik & Trontelj, 2011, p. 79). Pacientu in njegovim svojcem se mora dovoliti, da ohranijo upanje, čeprav so informacije, ki so jih prejeli slabe (Twycross, et al, 2009, cited in Zavratnik & Trontelj, 2011, p. 80).

Pri sporočanju slabe novice, se lahko pojavijo razne ovire v komunikaciji s strani medicinskih sester, samega pacienta in njegovih svojcev ter sistema zdravstva. Pri medicinskih sestrah so te ovire v smislu strahu, da so one tiste, ki naj bi sporočile slabo novico. Pri tem je pri medicinskih sestrah dostikrat prisotno pomanjkanje znanja, stres, osebna prepričanja, negotovost glede pomena diagnoze ... Pri pacientu in svojcih se ovire kažejo pri nerazumevanju, močnih čustvih, utrujenosti, tako psihične kot fizične, razne razlike v prepričanjih, veri, nezadostni podpori, nezadostnem znanju o smrti, umiranju ... V sistemu zdravstva so ovire najdene v raznih omejitvah s časom, odsotnosti intimnosti v bolnišnicah, raznih motečih dejavnikov ... (Škufca Smrdel, 2017).

1.2 MODELI SPOROČANJA

Za sam način sporočanja slabe novice obstaja veliko modelov, kot so CLASS model, E5 model, SPIKES, ABCDE, Calgary-Cambridge Observationy Guide, Four Habits Model, CONES, EVE ... Ti lahko pomagajo začeti pogovor in ga voditi do konca. Model CLASS je kratica za različne, specifične komponente, katere so zelo pomembne za doseg zastavljenih ciljev za razgovor s pacienti in njihovimi svojci (Baile, 2011 cited in Škufca Smrdel, 2011, p. 9).

Model CLASS (Baile, et al., 2000):

- C pomeni kontekst pogovora, na primer psihična stran določene teme, ki je izbrana za pogovor;
- L uči, kako biti dober poslušalec;
- A pomaga, kako prepoznati različne odzive, čustva;
- S je strategija, kako najlažje povedati pacientu, da bo res razumel;
- S preveri se pacientovo razumevanje.

ABCDE (Globočnik Kukovica, 2016):

- A: pomeni vnaprejšnjo pripravo,
- B: pomeni vzpostavitev terapevtskega odnosa,
- C: pomeni, da se dobro uporabi večšina sporazumevanja,
- D: pomeni obravnavanje bolnikovih reakcij in reakcij svojcev,
- E: pomeni obravnavo in vzpodbudo čustev.

Model SPIKES je bil posebej razvit, za sporočanje slabe novice (Baile, et al., 2000):

- S pomeni nastavljanje prostora, časa, zagotavljanje primerne in mirnega prostora;
- P pomeni zaznavanje, da se zmeraj dovoli pacientu čas, da razume. Odgovarjanje na vsa njegova vprašanja v smislu nejasnosti in pridobivanje informacij, koliko že vedo o svoji bolezni, opazuje se njegov odziv;
- I pomeni povabilo, da se pridobi dovoljenje za pogovor – določijo se glavne točke pogovora. Izve se, če si pacient želi vedeti vse podrobnosti o svoji bolezni in sprejetje dejstva, da ima pravico vedeti vse;
- K je znanje. V tej fazi se pacienta obvešča o bolezni na tak način, da bo za njega najlažje razumljivo. Preverja se njegovo razumevanje. Navezovati se je potrebno na tisto pod črko P, ko pacient pove, koliko si želi vedeti;
- E je za čustvenost. Opozarja na empatičnost in na to, da nikjer nihče nima istih čustev in pogledov na bolezen, kot jih ima sam pacient, zato se ga ne obsoja;
- S pomeni strategija in povzetek, da se skupaj s pacienti in svojci sestavi plan, kako naprej, kaj si želi. Naredi se nekakšen povzetek pogovora.

1.3 ODZIV PACIENTA IN SVOJCEV NA SLABO NOVICO

Pri sporočanju slabe novice, pričakujemo odziv pacienta in svojcev, ta je najpogostejši v smislu stiske. V tej fazi lahko medicinske sestre s strani pacienta in svojcev doživijo tudi zanikanje. Ne sprejmejo tega, kar jim hočejo povedati in se s tem sprijazniti. Zaradi tega se jih ne sme obtoževati, ampak jim dati čas, da sprejmejo bolezen. Poznamo več faz skozi katere gre pacient in njegovi svojci ob prejetju slabe novice. To so: zanikanje, jeza, obtoževanje, resignacija, sprijaznjenje (Kopčavar-Guček, 2012).

Da bi preprečili slabo voljo, nerazumevanje, slab način sporočanja ter spopadanja z novico, se medicinske sestre lahko ravnajo po šest stopenjskem protokolu imenovanem BUSTER (Baile & Walters, 2012, pp. 20–23):

- B pomeni, da mora medicinska sestra biti pripravljena – pričakovanje čustev (obojeustranskih). Potreben je plan ter spremljanje tistega, kar bi radi povedali in kaj čutijo. Vadba za medicinske sestre, da znajo zadržati osebna čustva ter prepoznati, kdaj ni pravilen čas za pogovor;
- U pomeni brez obsojanja, ne glede na to, kako se pacient in svojci odločijo;
- S je šest sekundno pravilo – ko začnejo prihajati na plan čustva medicinskih sester, naj bi te utihnile, počakale šest sekund, da se pomirijo, in nato nadaljevale pogovor.
- T za prepričanje pacienta oziroma svojca, da povedo več;
- E za empatijo,
- R za odgovor z vključenimi željami (na primer: želim si, da bi imela boljše novice ...).

1.4 SPOROČANJE SLABE NOVICE V RAZLIČNIH KULTURAH

Velikokrat se lahko dogodi, da se pri sporočanju ne ve, kako in na kakšen način sporočiti novico, če je oseba, pacient druge vere, prihaja iz druge države ... Že samo v Savdski Arabiji kažejo raziskave (Aljubran, 2010), da je sporočanje slabe novice resen izziv za medicinske sestre, saj je odnos ljudi še vedno zelo konzervativen. V arabskih državah se s strani družine zahteva, da se pacientu ne pove diagnoza oziroma karkoli vezanega na bolezen. Sama družina in nekateri zelo bližnji prijatelji se počutijo zelo

tesno povezane in kompatibilne za odločanje, kaj se bo zgodilo s pacientom, saj verjamejo, da je pacient (s tem mislijo najpogosteje na ženske) zelo ranljiv in da bi vsakršen stres poslabšal njegovo stanje. To pa žal privede do »kraj« pacientove osnovne pravice, da se sam odloča o svojem zdravljenju in življenju. Na žalost se to večini pacientov (največkrat starejšim ženskam) ne zdi sporno in tak način sprejemajo. Najpogosteje se popolnoma predajo v roke svojih sorodnikov (večino časa svojim sinovom), ki odločajo o vsem in s tem postanejo glavni akterji.

Sporočanje pa je prav tako drugačno tudi v Indiji. Tako nekatere raziskave pokažejo (Martis & Westhues, 2013), da se v Indiji dostikrat zamolči resnica pacientom, zaradi prepričanja, da so pacienti nepismeni in nimajo potrebe po seznanjanju z resnico. Ravno zaradi tega pacienti označujejo zdravnike kot hudobne, s prehitro komunikacijo, tako da jih največkrat ne razumejo.

V nekaterih kulturah pa se že samo omemba besede »smrt« označuje za zelo slabo, saj verjamejo, da bo, če se omeni, nastopila še hitreje. Raziskava Kauferta, Futscha & Lavallea (1999, cited in Martis & Westhues, 2013) je pokazala, da kanadski staroselci menijo, da že samo deljenje prstov pomeni kršenje pravil telesa, v katere verujejo. Zato je pomembno upoštevati kulturno občutljivost, ko se poskuša povedati, da bo potrebna amputacija nekega dela telesa. Tako tudi ponekod verujejo, da so odrasli sinovi in hčerke odgovorni za zagotavljanje mirne smrti svojih staršev in obremenitvi le teh z razkrivanjem slabih novic.

Pregled literature s področja komunikacije s pacienti ob sporočanju slabe novice nas seznanja z dejstvom, da je sporočanje slabe novice še vedno občutljivo področje, kar se zadeva odnosa medicinskih sester do le tega. Literatura omenja, kako že samo upoštevanje modelov in načel za sporočanje slabe novice lahko pripomore ter znatno olajša delo medicinskim sestram ter jim zmanjša strah. Tako smo se odločili, da podrobneje pregledamo literaturo s področja komunikacije s pacienti ob sporočanju slabe novice in uporabo modelov ter načel za sporočanje slabe novice.

2 EMPIRIČNI DEL

K raziskovalnemu delu smo pristopili s sistematičnim pregledom literature, in sicer s kvalitativno metodo analize vsebine.

2.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je bil preučiti, povzeti, analizirati, evalvirati, sintetizirati informacije, ki so že bile objavljene s področja komunikacije s pacienti ob sporočanju slabe novice v tujini in v Sloveniji. S tem povezano nas je zanimalo, kako poteka samo sporočanje slabe novice pri medicinskih sestrah, katera so priporočena orodja oziroma modeli in kaj je ob tem pomembno upoštevati. Želeli smo ugotoviti značilnosti modelov za sporočanje slabe novice pri medicinskih sestrah.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotoviti uporabo modelov za lažjo komunikacijo medicinskih sester s pacientom ob sporočanju slabe novice.
- Proučiti načela in ugotovitve izvedenih raziskav na temo sporočanja slabe novice v zdravstvu, zdravstveni negi in medicini.
- Primerjati komunikacijo s pacientom ob sporočanju slabe novice v različnih kulturah.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo definirali naslednji raziskovalni vprašanja:

- Kakšna so priporočena načela in modeli za komunikacijo s pacienti ob sporočanju slabe novice pri medicinskih sestrah?
- Na kakšen način sporočajo slabo novico v različnih kulturnih okoljih?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

2.3.1 Metode pregleda literature

V diplomskem delu smo k raziskovalnemu delu pristopili s kvalitativno metodo analize vsebine. Tehnika, s katero smo pridobili podatke je pregled literature. Raziskava je temeljila na opisni metodi raziskovanja. Vire za raziskovanje smo pridobili s pregledom domače in tuje literature. Pri tem smo uporabili tujo podatkovno bazo PubMed, BioMed Central, Cobiss, svetovni splet prek iskalnika Google, Google učenjak, Obzornik zdravstvene nege ter diplomska in magistrska dela. Omejitveni kriteriji so se navezovali na izbrano temo diplomskega dela, zato so bila vključena samo dela in članki na temo komunikacije s pacienti ob sporočanju slabe novice in omejitev virov na 10 let, opcija preglednih člankov in uporaba navednic. Ključne besede in besedne zveze v slovenskem jeziku, ki jih smo jih uporabili so: »slaba novica«, »sporočanje slabe novice«, »pacientove pravice«, »komunikacija med medicinsko sestro in pacienti«, »družinska konferenca«, »paliativna oskrba«. V angleškem jeziku: »bad truth«, »communication with patients when delivering bad news«, »bad news health care«, »bad news«, »disclosing the bad news«, »bad truth in India«. V hrvaškem jeziku: »kronični bolesnik«, »komunikacija između pacienta i medicinske sestre«.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Zadetke, ki jih bomo pridobili s ključnimi besedami in besednimi zvezami, smo po temeljitem pregledu vnesli v PRIZMA diagram, ki leži v poglavju rezultati. Opredelili smo vse vključitvene in izključitvene kriterije za uvrščanje posameznega zadetka v nadaljnjo analizo. To je, da so vsebinsko ustrezni in aktualni, recenzirani članki ter članki, ki so bili dostopni v celotnem besedilu. S pomočjo kriterijev smo pridobili 1140 zadetkov. Za nadaljnjo analizo smo jih uporabili 160. S pregledom izvlečkov člankov smo izključili 105 zadetkov. Za podrobnejšo raziskavo je kriterije izpolnjevalo 55 zadetkov, od tega pa nato 22 za končno raziskavo. Ti so ustrezali vsem vključitvenim kriterijem. S pomočjo tabelaričnega prikaza – tabela 1, smo rezultate razvrstili glede na število dobljenih zadetkov, število pregledanih raziskav in število uporabljenih zadetkov.

V Tabeli 1 so prikazani rezultati pregleda literature glede na podatkovne baze.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
PubMed	»bad truth«	9	5
	»bad news«	26	10
	»bad truth in India«	10	3
	»communication with patients when delivering bad news«	81	20
BioMed Central	»bad news health care«	727	10
Cobiss	»komunikacija med medicinsko sestro in pacienti«	36	10
	»sporočanje slabe novice«	26	8
Google Učenjak	»slaba novica«	45	8
	»sporočanje slabe novice«	21	2
	»kronični bolesnik«	11	3
	»disclosing the bad news«	28	3
	»pacientove pravice«	58	1
	»komunikacija između pacienta i medicinske sestre«	28	9
Spletni iskalnik Google	»pacientove pravice«	26.800 (pregledan in uporabljen le prvi zadenek)	1 (Zakon)
Obzornik zdravstvene nege	»paliativna oskrba«	9	4

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Pri pregledu literature smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo podatkov, ki so bili vključeni v pregledovanje. Dobljene rezultate smo nato kodirali. Glede na pridobljene kode smo sorodne kode združili v kategorije, s katerimi smo lahko opisali obravnavano temo. Podatki so prikazani v PRIZMA diagramu.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Izbor literature je baziral na dostopnosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti izbrane teme. Kakovost vseh pridobljenih virov vključenih v sam pregled in nadaljnjo obdelavo, smo predstavili s pomočjo hierarhije dokazov v znanstveno raziskovalnem delu pod sliko 1.

Zakon (ZPacP) (n=1)
Meta analiza/meta sinteza (n=2)
Sistematični pregled literature (n=4)
Opisna kvalitativna študija (n=2)
Kvantitativna in kvalitativna metodologija (n=1)
Kvantitativna metodologija (n=2, 1=opisna)
Poročilo ekspertov (n=10)

Slika 1: Ocena kakovosti dokazov (Vir: Polit, 2008; Skela Savič, 2008)

Slika 1 prikazuje, da je bilo pregledanih in analiziranih 22 člankov. Na samem vrhu hierarhične tabele se nahaja 1 Zakon (ZPacP), kateremu sledita 2 meta analizi/sintezi.

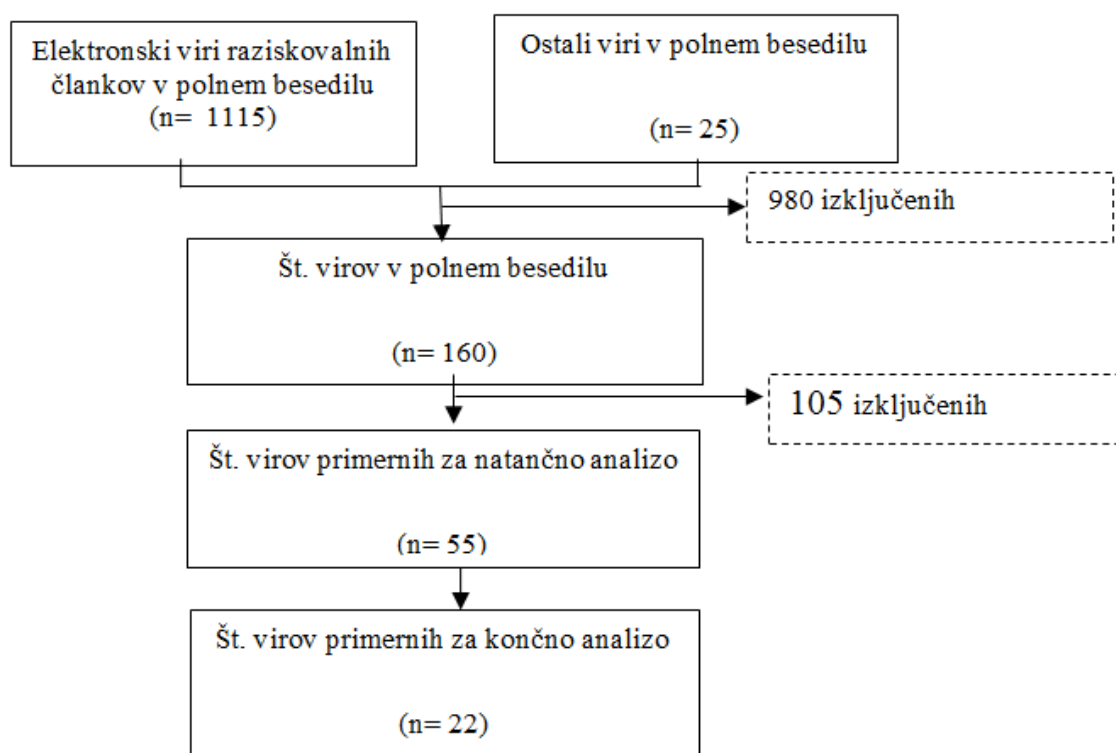
Pod njima se nahajajo 4 sistematični pregledi literature. Sledita jim 2 opisni kvalitativni študiji. V diplomskem delu smo uporabili tudi študijo, kjer je bila uporabljena kvantitativna in kvalitativna metodologija, prav tako sta bili uporabljeni 2 študiji s kvantitativno metodologijo, od katerih je ena opisna. Na samem koncu pa so poročila ekspertov, katerih je 10 in jih je največ.

2.4 REZULTATI

Rezultati so v nadaljevanju prikazani tako shematsko kot vsebinsko.

2.4.1 PRIZMA diagram

Slika 2 opisuje proces prejetega končnega števila zadetkov oziroma PRIZMA diagram.



Slika 2: Prizma diagram

Z uporabo ključnih besed smo pridobili 1115 elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu in 25 ostalih virov v polnem besedilu. Najprej smo izključili 980 virov, nato nam je ostalo 160 virov za podrobnejšo analizo v polnem besedilu. S pomočjo

pregleda izvlečkov smo izključili 105 virov. Po izključitvi 105 virov nam je za natančno analizo ostalo 55, od katerih je bilo 22 virov po natančnem, podrobnem pregledu primernih za končno analizo.

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V Tabeli 2 je prikazan tabelarni prikaz rezultatov glede na avtorje in ključne ugotovitve.

Tabela 2: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost/država)	Ključne ugotovitve in spoznanja
Aljubran, AH., 2010	Sistematični pregled literature	Področje Savdske Arabije	Odnos ljudi do medicinskih sester, zdravstva je še vedno zelo konzervativen. Pacient nima možnosti, da bi odločal o svojem stanju, saj družina v državah Saudske Arabije zahteva, da se pacientu ne pove diagnoza oziroma karkoli povezanega z boleznijo. Družina sama in pacienti prijatelji se počutijo kompatibilne za odločanje, kaj se bo dogajalo s pacientom, saj verjamejo, da je zelo ranljiv in da bi mu stres močno škodoval. Avtor ugotavlja, da tak odnos privede do »kraj« pacientove osnovne pravice, da sam odloča o svojem življenju.
Atienza-Carasco, J., et al, 2018	Opisna kvalitativna študija z opazovanjem	Zaposleni v zdravstveni agenciji Costa del Sol	Slabo novico naj bi vedno podajal zdravnik, razen v izjemnih situacijah z njegovo privolitvijo tudi drugi člani njegovega tima, če poznajo celotno zdravljenje pacienta. Prva oseba, ki naj bi

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost/država)	Ključne ugotovitve in spoznanja
			izvedela slabo novico, je vedno pacient. Informacije naj bi se podajale postopoma in v skladu s pacientovo željo, koliko želi vedeti.
Baile, et al., 2000.	Poročilo ekspertov	/	Model CLASS: -C= kontekst pogovora -L= učenje, kako biti dober poslušalec; -A= pomaga kako prepoznati različne odzive, čustva; -S= strategija, kako najlažje povedati pacientu, da bo res razumel; -S= preverjanje pacientovega razumevanja.
			Model SPIKES: S= nastavljanje prostora, časa, zagotavljanje primerne in mirne prostora; P= zaznavanje, da se zmeraj dovoli pacientu čas, da razume. Odgovarjanje na vsa njegova vprašanja, pridobivanje informacij, opazuje se njegov odziv; -I= povabilo, da se pridobi dovoljenje za pogovor – izve se, če si pacient želi vedeti vse podrobnosti o svoji bolezni in sprejetje dejstva, da ima pravico vedeti vse; -K= znanje. V tej fazi se pacienta obvešča o bolezni na tak način, da bo za njega najlažje razumljivo. Navezovati se je potrebno na tisto pod črko P, ko pacient pove, koliko si želi vedeti; -E= čustvenost. Opozarja na empatičnost in na to, da nikjer nihče nima istih

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost/država)	Ključne ugotovitve in spoznanja
			čustev in pogledov na bolezen, kot jih ima sam pacient, zato se ga ne obsoja; -S= strategija in povzetek, da se skupaj s pacienti in svojci sestavi plan, kako naprej, kaj si želi. Naredi se nekakšen povzetek pogovora.
Baile, W.F. & Walters, R. 2012	Poročilo ekspertov	/	Model BUSTER: -B: Vadba za medicinske sestre, da znajo zadržati osebna čustva ter prepoznati, kdaj ni pravilen čas za pogovor; -U: brez obsojanja, ne glede na to, kako se pacient in svojci odločijo; -S: šest sekundno pravilo – ko začnejo prihajati na plan čustva medicinskih sester, naj bi te utihnile, počakale šest sekund, da se pomirijo in nato nadaljevale pogovor. -T: prepričanje pacienta oziroma svojca, da povedo več; -E: empatija -R: odgovor z vključenimi željami.
Campbell, M.L., 2009	Poročilo ekspertov	/	Medicinske sestre morajo upoštevati določene korake, ki jim lahko pomagajo pri samem sporočanju. Pomembno je, da vedo, kdo bo vodja pogovora s pacientom in družino ter kje bo pogovor potekal. Izvedeti morajo, koga si pacient želi, da je prisoten na pogovoru in koga ne potrebujejo. Pomembno je, da določi ustrezno uro pogovora, da se ga lahko vsi udeležijo.
Diminić-Lisica, I. & Rončević-Gržeta, I.,	Sistematični pregled literature	/	Medicinska sestra ne sme pozabiti na svojce,

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost/država)	Ključne ugotovitve in spoznanja
2010			ampak jih morajo vključevati v sam proces zdravljenja. Splošna načela za vodenje komunikacije so izkazovanje spoštovanja do pacientovih svojcev in njega samega. Pacienta je potrebno obravnavati kot osebo in ne kot številko.
Globočnik Kukovica, M., 2016	Poročilo ekspertov	/	Model ABCDE: -A: pomeni vnaprejšnjo pripravo, -B: pomeni vzpostavitev terapevtskega odnosa, -C: pomeni, da se dobro uporabi večšina sporazumevanja, -D: pomeni obravnavanje bolnikovih reakcij in reakcij svojcev, -E: pomeni obravnavo in vzpodbudo čustev.
Kopčavar Guček, N., 2012	Poročilo ekspertov	/	Pacienti doživljajo zanikanje – ne sprejmejo tega, kar jim medicinsko osebje hoče povedati in se s tem sprijazniti. Pomembno je, da se pacientov ne obtožuje in se jim zagotovi potreben čas, da sprejmejo bolezen. Faze, skozi katere gre pacient ob sporočitvi slabe novice, so: zanikanje, jeza, obtoževanje, resignacija in sprijaznjenje.
Lešnik, A., 2010	Kvantitativna metodologija raziskave	100 zdravstvenih delavcev in 100 pacientov v določeni zdravstveni instituciji	Načelo avtonomije pacientu omogoča, da se lahko odloči, da o svojem zdravstvenem stanju ne želi ničesar izvedeti, kar mora zdravnik spoštovati.
Martis, L. & Westhues, A., 2013	Meta sinteza	Indija	Avtorji s pomočjo raziskav ugotavljajo, da se v Indiji dostikrat zamolči resnica pacientom zaradi

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost/država)	Ključne ugotovitve in spoznanja
			prepričanja, da so pacienti nepismeni in nimajo potrebe po seznanjanju z resnico.
Kaufert, JM., et al, 1999 (cited in Martis, L. & Westhues, A., 2013)	Sistematični pregled literature	Kanadski staroselci	Avtorji ugotavljajo, da so kanadski staroselci mnenja, da že samo deljenje prstov pomeni kršenje pravil telesa v katere verujejo. Zato je pomembno upoštevati kulturno občutljivost, ko se poskuša povedati, da bo potrebna amputacija nekega dela telesa. Tako tudi ponekod verujejo, da so odrasli sinovi in hčerke odgovorni za zagotavljanje mirne smrti svojih staršev in o obremenitvi le teh z razkrivanjem slabih novic.
Mazej, B., Pelipenko, K. & Kersnik, J., 2008.	Poročilo ekspertov	Slovenija	Pri sporočanju naj se nihče ne bi spraševal, ali povedati ali ne. Vprašanje bi moralo biti, kako povedati. Tak izziv zahteva že vnaprejšnjo dobro pripravo, saj je potrebno imeti mirno in udobno okolje z zasebnostjo, obilico časa in potrpežljivosti, sočustvovanja in poštenosti ter dobro aktivno poslušanje.
Petek, D., 2016	Poročilo ekspertov	/	Slaba novica je nekaj, kar bo negativno vplivalo na samega človeka v prihodnosti. Kako jo bo pacient sprejel, je odvisno od njegovih pričakovanj v smislu prihodnosti. Pacient jo težko sprejme, ker predstavlja zanj zmanjševanje možnosti izbire zdravljenja in mu lahko da občutek, da ni več upanja.
Prebil, A., et al., 2009	Poročilo ekspertov	/	Pri sporočanju slabe novice šepetati ni treba,

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost/država)	Ključne ugotovitve in spoznanja
			<p>saj je sposobnost za sluh še precej časa ohranjena, čeprav je oseba mogoče neodzivna. Medicinska sestra, naj ustreže njihovi želji zmeraj, ko lahko. Če si pacient ne želi pogovora, naj se ga le dotakne, ga poboža, saj je pomembno, da je ob njem in da ni sam. Če si pacient želi biti sam, naj mu to omogoči.</p> <p>Dokazano je, da v času umiranja ali neke hude bolezni, postane želja pacienta po pogovoru večja, saj si želi imeti ob sebi osebo, s katero se bo lahko pogovarjal o vsem, kar si želi. Medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje, se morajo znati vživeti v samega pacienta, ga skušati razumeti ter se prilagoditi njegovim potrebam.</p>
Sarafis, P., et al, 2014	Sistematični pregled literature	/	Ugotovljeno je, da se različni parametri za vodenje pogovora, ne obnesejo ravno najbolje, saj je prisotnih toliko različnih kultur v svetu, ki imajo drugačen pogled na zdravje, bolezen in vse skupaj drugače sprejmejo.
Škufca Smrdel, C. A., 2017	Kvalitativna in kvantitativna metoda	Kader Onkološkega inštituta	Namen komunikacije med medicinsko sestro in pacientom, njegovimi svojci je čustvena, socialna podpora, pridobivanje podatkov in omogočanje razumljivih informacij, izdelava plana zdravljenja in lajšanja bolečin ter simptomov. Ovire, ki se pojavijo pri medicinskih sestrah, so

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost/država)	Ključne ugotovitve in spoznanja
			<p>ovire v smislu strahu, da so one tiste, ki naj bi sporočile slabo novico. Pri tem je pri medicinskih sestrah dostikrat prisotno pomanjkanje znanja, stres, osebna prepričanja, negotovost glede pomena diagnoze. Pri pacientu in svojcih se ovire kažejo pri nerazumevanju, močnih čustvih, utrujenosti, tako psihične kot fizične, razne razlike v prepričanjih, veri, nezadostni podpori, nezadostnem znanju o smrti, umiranju ... V sistemu zdravstva so ovire najdene v raznih omejitvah s časom, odsotnosti intimnosti v bolnišnicah, raznih motečih dejavnikih ...</p>
Škufca Smrdel, C. A., 2011	Poročilo ekspertov	Slovenija	<p>Za sporočanje slabe novice, obstaja veliko modelov, kot so CLASS model, E5 model, SPIKES, ABCDE, Calgary-Cambidge Observationy Guide, Four Habits Model, CONES, EVE ... kateri lahko pomagajo začeti pogovor in ga voditi do konca. Model CLASS je kratica za različne, specifične komponente, katere so zelo pomembne za doseg zastavljenih ciljev za razgovor s pacienti in njihovimi svojci.</p>
Špiler, R., 2012	Kvantitativna opisna metoda anketiranja	Splošna bolnišnica Brežice, interni oddelek, Dom starejših občanov Krško	<p>V zdravstvu se pretežno uporablja terapevtska komunikacija. Namen le te je vzpostavljanje odnosa, v katerem sta medicinska sestra in pacient enakovredna</p>

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost/država)	Ključne ugotovitve in spoznanja
			člana, saj je glavni smoter, da se dosežejo skupni cilji.
ZPačP, 2008	Zakonik	Slovenija	Zakon določa, da ima vsak posameznik pravico, da izve resnico o svojem zdravstvenem stanju. Resnica pomeni, da ima pacient pravico, da je obveščen o svojem zdravstvenem stanju ter vseh posledicah, ki jih povzroči bolezen ali poškodba, izvedbi zdravljenja in možni uspešnosti ter pričakovanjih. Pravico ima tudi do vseh pojasnil, tveganjih, ki so možna, stranskih učinkih in težavah, katere bi lahko povzročilo samo zdravljenje in posledicah opuščanja le tega. Resnica se pacientu sme zamolčati resnica le takrat, ko zdravnik meni, da bi mu to lahko škodovalo oziroma bi lahko ogrozilo njegovo zdravstveno stanje.
Zavratnik, B. & Trontelj, M., 2011	Poročilo ekspertov	Slovenija	Pacienta je potrebno obravnavati kot osebo in ne kot številko. Pogovor mora biti odkrit. Vsem se mora dovoliti, da ohranijo upanje, čeprav so informacije, ki so jih prejeli slabe.
Warnock, C., 2014	Meta analiza	/	Medicinske sestre imajo zelo pomembno vlogo pri samem sporočanju in zagotavljanju informacij ter pomagajo pacientu, da se pripravijo, sprejmejo, razumejo ter spopadejo s slabo novico, ki jim je bila dana.
Williams, C., L., 2008	Opisna študija	Florida	Slaba novica lahko

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost/država)	Ključne ugotovitve in spoznanja
			pomeni postavljeno diagnozo raka, diagnozo kronične bolezni, sporočilo o ne-želeni premestitvi, spremembo življenjskega sloga, izgubo upanja za ozdravitev in bližajočo smrt.

Na podlagi tabelaričnega prikaza rezultatov smo identificirali 41 kod, ki smo jih glede na njihove lastnosti in medsebojne povezave združili v 4 vsebinske kategorije. Kategorije, kode in podatke o avtorjih povzetih raziskav prikazuje Tabela 3.

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Pomembnost uporabe modelov/načel/korakov za lažjo komunikacijo pri sporočanju slabe novice	Lažje sporočanje slabe novice - sporočanje z manj strahu – izziv za zdravstvene delavce - pomoč pri sporočanju – bolj kakovostna komunikacija – boljše obojestranske informacije – prepoznavanje čustev – vloga zagovornika – izobraževanje – komunikacijske veščine – terapevtska komunikacija – poznavanje slabe novice	Baile, W.F., et al, 2000; Baile, W.F. & Walters, R. 2012; Campbell, M. L., 2009; Globočnik Kukovica, M., 2016; Mazej, B., Pelipenko, K. & Kersnik, J., 2008.; Prebil, A., et al., 2009; Škufca Smrdel, C. A., 2011; Warnock, C., 2014; Williams, C., L., 2008.
Kategorija 2: Poznavanje različnih kultur v svetu za sporočanje slabe novice	Izogib nerodnim trenutkom – izogib diskriminaciji, obtoževanju - kakovostna komunikacija – dobri medsebojni odnosi – kakovostna zdravstvena nega – obojestransko zadovoljstvo – izobraževanje - spoštovanje	Aljubran, AH., 2010; Martis, L., Westhues, A., 2013; Kaufert, JM., et al, 1999 (cited in Martis, L., Westhues, A., 2013); Sarafis, P., et al, 2014.
Kategorija 3: Pomembnost upoštevanja pacientovih želj	Celostna obravnava – pomirjenost pacienta – medsebojno zaupanje – pacientovo zavedanje svojih pravic – varstvo osebnih podatkov – upoštevanje – ne obtoževanje – spoštovanje – zagotavljanje potrebnega časa – empatija – odkrit pogovor	Campbell, M. L., 2009; Kopčavar Guček, N., 2012; Lešnik, A., 2010; Atienza-Carasco, J., et al - Gil, I.A., 2018; Mazej, B., Pelipenko, K. & Kersnik, J., 2008.; Petek, D., 2016; Prebil, A., et al., 2009; Špiler, R., 2012; ZPacP, 2008; Zavrtnik, B. & Trontelj, M., 2011; Škufca Smrdel, 2017.
Kategorija 4: Vključevanje pacientovih svojcev v proces sporočanja slabe novice	Kakovostno pridobivanje informacij – medsebojna povezanost – upoštevanje pacienta – spoštovanje –	Campbell, M. L., 2009; Diminić-Lisica, I. & Rončević-Gržeta, I., 2010; Škufca Smrdel, C. A., 2017; Zavrtnik, B. & Trontelj,

Kategorija	Kode	Avtorji
	empatija – čustvena podpora – socialna podpora – upoštevanje terapevtske komunikacije – zagotovitev dobre zdravstvene nege	M., 2011.

2.5 RAZPRAVA

S pregledom literature v diplomskem delu smo ugotavljali, kako olajšati medicinskim sestram komunikacijo s pacienti ob sporočanju slabe novice. Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji, na kateri smo s pomočjo raziskav uspešno odgovorili.

Prvo raziskovalno vprašanje se navezuje na priporočena načela in modele za komunikacijo s pacienti ob sporočanju slabe novice pri medicinskih sestrah, drugo raziskovalno vprašanje pa na ugotavljanje, na kakšne načine sporočajo slabo novico v različnih okoljih, saj se v današnjih časih soočamo s toliko različnih kultur.

Ugotovili smo, da uporaba različnih modelov, ki so bili ustvarjeni za sporočanje slabe novice, s pravilno uporabo res lahko pomagajo medicinskim sestram pri sporočanju slabe novice. Avtorji Baile, W.F., et al, (2000) potrjujejo, kako sporočanje slabe novice lahko olajša uporaba modelov, ki so bili ustvarjeni za samo sporočanje le te. Model CLASS pomaga tako, da medicinsko sestro vodi skozi določene korake. Medicinska sestra se tako odloči za sam kontekst pogovora; model jo nauči, kako biti dober poslušalec; pomaga ji, da prepozna različne odzive, čustva in da zna ustvariti strategijo, kako najlažje povedati pacientu, da jo bo res razumel, na koncu pogovora pa je obvezno, da vedno preveri, če jo je pacient razumel. Model SPIKES je bil prav posebej razvit, za sporočanje slabe novice in je podoben modelu CLASS. SPIKES predstavlja, da si mora medicinska sestra nastaviti prostor in čas, da bo pogovor lahko potekal mirno. Zaznati mora, da pacient potrebuje več časa in mu odgovoriti na vsa njegova vprašanja ter razjasniti njegove dvome, če se le da. Izvedeti mora, koliko si pacient želi vedeti, in mu sporočiti informacije, ki si jih želi na tak način, da bo razumel. Zraven vsega pa mora imeti dobro empatijo in ga ne obsojati. Znati mora narediti strategijo in povzetek, najti morajo nekakšen plan, da se bo vedelo, kaj si pacient želi za naprej. Prav tako smo ugotovili, da se lahko uporabi tudi model ABCDE (Globočnik Kukovica,

2016), ki vsebuje tudi obravnavo svojcev, kateri so, kot smo ugotovili skozi pregled literature, zelo pomemben člen pacienta ob sporočanju slabe novice. ABCDE pomaga, da se medicinska sestra vnaprej dobro pripravi na pogovor, da zna vzpostaviti dober terapevtski odnos, kateri je po ugotovitvah avtorjev najboljši ob komunikaciji s pacienti ob sporočanju slabe novice. Medicinska sestra mora znati uporabiti vse veščine sporazumevanja, ki jih premore in znati obravnavati pacientove reakcije in reakcije njegovih svojcev, pomagati jim mora pri obravnavi in vzpodbudi čustev.

Vendar pa je ugotovljeno, da se tudi uporaba modelov ne obnese ravno najboljše drugje, saj je prisotnih toliko različnih kultur v svetu, ki imajo drugačen pogled na zdravje, bolezni in vse skupaj drugače sprejmejo (Sarafis, et al., 2014). Medicinske sestre se težko soočajo s tem, saj so nekatere kulture še vedno zelo konzervativne do zdravstvene nege in medicine. Avtorji Aljubran (2010) in Martis & Westhues (2013) to le potrjujejo. Namreč že samo sporočanje slabe novice v Saudski Arabiji je resen izziv za medicinske sestre. Sprejeti morajo, da se v arabskih državah s strani družine zahteva, da se pacientu ne pove diagnoza oziroma karkoli vezanega na bolezen, kar drugod po svetu krši vse pravice, ki jih ima sam pacient. Namreč tu se sama družina in nekateri zelo bližnji prijatelji počutijo zelo tesno povezane in kompatibilne za odločanje, kaj se bo zgodilo s pacientom, saj verjamejo, da je pacient (s tem mislijo najpogosteje na ženske) zelo ranljiv in da bi vsakršni stres poslabšal njegovo stanje. Ker pa je to del vsakdanje prakse v teh državah, se na žalost to večini pacientov (največkrat starejšim ženskam) ne zdi sporno in tak način sprejemajo (Aljubran, 2010). Sporočanje pa je prav tako drugačno tudi v Indiji. Avtorja Martis & Westhues (2013) ugotavljata, da se v Indiji dostikrat zamolči resnica pacientom zaradi prepričanja, da so pacienti nepismeni in nimajo potrebe po seznanjanju z resnico. Zaradi takšnega dogajanja imajo pacienti tamkajšnje zdravnike za hudobne.

Glede na ugotovitve raziskav potrjujemo, da je za medicinske sestre sporočanje slabe novice še vedno zelo velik izziv. Medicinske sestre niso ustrezno usposobljene v tej smeri, primanjkuje jim znanja in samozavesti za vodenje takih pogovorov. Modeli lahko pomagajo medicinskim sestram pri sporočanju slabe novice, ampak se pojavi problem, če jih ne znajo uporabljati ali pa še niso slišale za njih.

S pregledom literature smo ugotovili, da obstaja res že veliko modelov, ki nam lahko pomagajo voditi pogovor, ko se sporoča slaba novica, vendar pa, da je kljub dejanski problematiki literature, le te na temo sporočanja slabe novice in uporabe modelov s področja zdravstvene nege v Sloveniji zelo malo.

S pregledom literature smo opredelili kode, katere smo zbrali v 4 kategorije. Pri prvi kategoriji smo oblikovali kode, ki se nanašajo na pomembnost uporabe modelov/načel/korakov za sporočanje slabe novice. Z uporabo le teh medicinske sestre lažje sporočajo slabo novico in občutijo manj strahu. Obenem pa je uporaba teh modelov tudi izziv za zdravstvene delavce, saj se morajo izobraževati v tej smeri in jih znati uporabljati (Baile, 2011 cited in Škufca Smrdel, 2011). Ob uporabi modelov je zagotovljena tudi boljša komunikacija, saj so medicinske sestre bolj pripravljene, bolj bodo pripravljene na izrazita čustva pacientov in svojcev, ne bodo se zlomile pod pritiskom ... Dosegli bodo tudi boljšo obojestransko komunikacijo. Medicinska sestra bo lažje ugotovila pacientove želje in bo tako v vlogi zagovornika (Baile, W.F., et al, 2000).

Naslednja kategorija je sestavljena iz različnih kod, ki se navezujejo na sporočanje slabe novice v različnih kulturah. S poznavanjem kultur, ki se pojavljajo na primer na slovenskem območju, se bo medicinska sestra lahko izognila nerodnim trenutkom. Izognila se bo diskriminaciji in obtoževanju, saj bo vedela, kakšna so načela pacienta in kaj si približno želi vedeti oziroma ne vedeti. Tako bo ustvarila dobre medsebojne odnose in obojestransko zadovoljstvo. Medicinska sestra mora spoštovati drugačne, druge kulture in pacientove želje (Sarafis, et al., 2014; Aljubran, AH., 2010; Martis, L. & Westhues, A., 2013).

Kategorija 3 je oblikovana iz kod, ki se navezujejo na pomembnost upoštevanja pacientovih želja. Z upoštevanjem le teh bodo medicinske sestre lahko zagotovile celostno obravnavo in dobro medsebojno zaupanje. Pacient bo pomirjen in se bo tako zavedal svojih pravic. Ena izmed teh pravic je, da se pacientu vedno pove resnica, razen v izjemnih trenutkih, ko zdravnik odredi, da bi mu ta poslabšala stanje. Upoštevati se mora njegova želja in se mu povedati res le toliko, kot si sam želi. Če ne želi vedeti

ničesar, se mora tudi to upoštevati. Pacienta se mora upoštevati, ga doživljati z empatijo in ne obtoževati (Campbell, M. L., 2009; Kopčavar Guček, N., 2012; Lešnik, A., 2010; Atienza-Carasco, J., et al, 2018; Mazej, B., Pelipenko, K. & Kersnik, J., 2008.; Petek, D., 2016; Prebil, A., et al., 2009; Špiler, R., 2012; ZPacP, 2008; Zavrtnik, B. & Trontelj, M., 2011). Raziskave dokazujejo, da je namen komunikacije med medicinsko sestro in pacientom oziroma njegovimi svojci čustvena ter socialna podpora, pridobivanje podatkov in omogočanje razumljivih informacij, izdelava plana zdravljenja in lajšanja bolečin ter simptomov (Škufca Smrdel, 2017).

Zadnja kategorija se navezuje na vključevanje pacientovih svojcev v proces sporočanja slabe novice. Medicinska sestra mora izvedeti, katere svojce si pacient želi ob sebi in jih vključiti v sam proces zdravljenja (Campbell, M. L., 2009). Svojce moramo vključevati v proces zdravljenja, saj so zelo pomembni tako za paciente, kot tudi za zdravstvene delavce v smislu pridobivanja informacij in medsebojne opore. Splošna načela za vodenje komunikacije so, da se izkazuje spoštovanje do pacientovih svojcev in njega samega (Diminić-Lisica & Rončević-Gržeta, 2010). Prav tako je vedno potrebno pacientu in njegovim svojcem dovoliti, da ohranijo upanje, čeprav so informacije, ki so jih prejeli slabe (Twycross, et al, 2009, cited in Zavrtnik & Trontelj, 2011).

2.5.1 Omejitve raziskave

Pregled literature oziroma raziskava se fokusira na komunikacijo s pacienti ob sporočanju slabe novice. Kljub vsem izključitvenim in vključitvenim kriterijem, ki so bili upoštevani, ugotavljamo, da je bolj malo literature, ki se nanaša na zdravstveno nego samo in ne na medicino, saj je veliko več literature, ki je splošno napisana oziroma je pisana za zdravnike. Ugotavljamo tudi, da v Sloveniji še ni bilo narejene konkretne raziskave o uporabi modelov in o samem sporočanju slabe novice.

2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

V diplomskem delu smo skozi sistematični pregled literature obravnavali dejansko problematiko, s katero se sooča medicinska sestra vsakdan pri svojem delu. Ugotovili smo, da bi se problem sporočanja slabe novice dal znižati z uporabo modelov, ki so bili

narejeni prav za to. Menimo, da bi se področje komunikacije s pacienti ob sporočanju slabe novice v Sloveniji na področju zdravstvene nege moral še natančneje raziskati, saj primanjkuje literature s tega področja. Potrebno bi bilo ugotoviti oziroma prikazati, kako uporaba modelov pomaga medicinskim sestram v Sloveniji in kako težko jim je, ko se soočijo s pacientom iz drugačne kulture, katere ne poznajo.

3 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo predstavili eno izmed področij, s katerim se medicinska sestra srečuje skoraj vsak dan pri svojem delu. Ugotavljamo, da je sporočanje slabe novice še vedno zelo težak proces, čeprav je v svetu že toliko modelov, ki lahko precej olajšajo delo medicinskim sestram in preprečijo strah, ki se jim ob tem dogaja. Raziskave so pokazale, da uporaba modelov znatno izboljša samo komunikacijo med medicinsko sestro, pacientom in svojci. Lažje se pride do hotenih informacij, medicinska sestra je bolj pripravljena na odzive svojcev in pacientov. Menimo, da je za medicinsko sestro zelo pomembna empatija, da se zna vživeti v pacienta in ga znati razumeti. Nikoli ga ne sme obsojati, marveč njegove odločitve spoštovati, saj le on sam ve, koliko mu je v tistih trenutkih težko.

Naša raziskava je prispevek k znanju in ozaveščanju medicinskih sester o pomembnosti komunikacije s pacienti ob sporočanju slabe novice. Raziskava lahko pomaga medicinskim sestram z vidika pomembnosti uporabe modelov za lažjo komunikacijo. Menimo, da je pomembno, da širimo znanje in se učimo o kulturah, ki se pojavljajo v Sloveniji, da bomo znali odreagirati v situacijah, ko je potrebno sporočiti slabo novice tudi nekomu, ki prihaja iz drugega okolja, kjer vlada drugačen sistem vrednot in s tem drugačno razmišljanje. Ugotavljamo, da se medicinske sestre velikokrat počutijo ne kompetentne za vodenje pogovora, ko se sporoča slaba novica. Menimo, da bi morala s tega področja biti organizirana redna izobraževanja oziroma delavnice za praktično usposabljanje veščin komunikacije ter tudi za uporabo modelov za sporočanje slabe novice.

S področja sporočanja slabe novice bi bilo potrebno izvesti več raziskav tudi v Sloveniji, saj jih zelo primanjkuje. Medicinskim sestram bi se morali predstaviti modeli in uporaba le teh. Naše diplomsko delo je nekakšna spodbuda ostalim, da raziščejo področje zdravstvene nege pri sporočanju slabe novice v Sloveniji. Zanimivo, bi bilo narediti kakšno raziskavo z vprašalnikom o sedanjem znanju medicinskih sester, glede uporabe modelov za sporočanje slabe novice. Menimo, da smo dosegli namen našega diplomskega dela in prikazali samo pomembnost uporabe modelov za sporočanje slabe novice.

4 LITERATURA

Aljubran, A.H., 2010. The attitude towards disclosure of bad news to cancer patients in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Arabia*, 30(2), pp. 141-144.

Atienza-Carasco, J., Linares-Abdad, L., Padilla-Ruiz, M. & Morales- Gil, I.A., 2018. Breaking bad news to antenatal patients with strategies to lessen the pain: a qualitative study. *Reproductive Health*, 15(11).

Baile, W.F. & Walters, R. 2012. *Challenging Emotional Conversations with Patients & Families: A guide to forming a therapeutic alliance with patients and families*. The University of Texas MD Anderson Cancer Center, pp. 20-23. [online] Available at: <https://www.mdanderson.org/documents/education-training/icare/icareguide-challconvptsfams.pdf> [Accessed 18 June 2018].

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A. & Kudelka, A.P., 2000. A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), pp. 302-311.

Campbell, M.L., 2009. *Nurse to nurse. Palliative care, Expert Interventions*. In: Q. McDonald & K. Davis, eds., United States of America: The McGraw-Hill Companies, pp. 41-42.

Diminić-Lisica, I. & Rončević-Gržeta, I., 2010. Obitelj i kronična bolest. Katedra za obiteljsku medicinu & Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. *Medicina fluminensis*, 46(3), pp. 300-308.

Globočnik Kukovica, M., 2016. Sporočanje prognoze bolniku z napredovalo neozdravljivo boleznijo. In: A. Simonič, ed. *Komuniciranje v paliativni oskrbi: Zbornik predavanj. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Golnik, 27. oktober 2016*, p. 5.

Kopčavar Guček, N., 2012. Kako komunicirati s težavnim bolnikom?. In: K. Tušek-Bunc, ed. *7. mariborski kongres družinske medicine: zbornik predavanj. Maribor, 23.-24. november 2012.* Maribor: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 35-39.

Lešnik, A., 2010. *Pacientove pravice in njihova aplikacija v zdravstvu: Magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Martis, L. & Westhues, A., 2013. A synthesis of the literature on breaking bad news or truth telling: potential for research in India. *Indian Journal of Palliative Care*, 19(1), pp. 2-11.

Mazej, B., Pelipenko, K. & Kersnik, J., 2008. Umirajoči bolnik in zdravnik družinske medicine. *Medicinski razgledi*, 47(4), pp. 403-410.

Petek, D., 2016. Sporočanje slabe novice. In: D. Petek & I. Švab, eds. *Sporazumevanje v družinski medicini – Priročnik.* Ljubljana: Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, p. 88.

Prebil, A., Mohar, P. & Drobne, J. 2009. *Komunikacija v zdravstvu.* In: A. Arko, ed. Celje: Društvo Mohorjeva družba in Celjska Mohorjeva družba d.o.o., pp. 121-122.

Sarafis, P., Tsounis, A., Malliarou, M. & Lahana, E., 2014. Disclosing the truth: a dilemma between instilling hope and respecting patient autonomy in everyday clinical practice. *Global journal of health science*, 6(2), pp. 128-137.

Skela-Savič, B., 2008. *Vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveni nego Jesenice.

Škufca Smrdel, C.A., 2011. Veščine komunikacije v odnosu zdravstveni delavec – bolnik. In: M. Matković & B. Petrijevčanin, eds. *38. Strokovni seminar Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom: zbornik predavanj. Maribor, 1. april*

2011. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 7-13.

Škufca Smrdel, C.A., 2017. Osnove komunikacije pri delu z bolniki in svojci v stiski. *Interno izpopolnjevanje s področja paliativne oskrbe za zdravstveni kader Onkološkega inštituta*. Ljubljana: Onkološki inštitut.

Špiler, R., 2012. *Terapevtska komunikacija medicinske sestre v paliativni zdravstveni negi: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveni nego Jesenice.

Warnock, C., 2014. Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 28(45), pp. 51-58.

Williams, C.L., 2008. Communicating at times of loss and grief. In: K. Sullivan, E. Ekle, A. Sibley & P. Donnelly, eds. *Therapeutic Interaction in Nursing*. Florida: Jones and Bartlett Publishers, University of Miami, p. 135.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Zavratnik, B. & Trontelj, M., 2011. Komunikacija ob koncu življenja. In: M. Matković & B. Petrijevcčanin, eds. *38. Strokovni seminar Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkimi pacientom: zbornik predavanj. Maribor, 1. april 2011*. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 76-80.