

OTVORENA KOMUNIKACIJA–TEMELJ PALIJATIVNOG PRISTUPA

Željko Rakošec, Brankica Juranić, Štefica Mikšić, Jelena Jakab, Barbara Mikšić

Hrvatsko komunikološko društvo, Zagreb, Hrvatska

Sažetak

Razvoj tehnologije suočava nas s pitanjem bespomoćnosti osobe koja se nalazi u fazi smrtnog ishoda bolesti. Proces umiranja u svojoj jedinstvenosti i univerzalnosti nadilazi dimenziju čovjekove svijesti i podsvijesti te zahtijeva multidisciplinarni pristup članova tima koji skrbe o pacijentu i surađuje s članovima njegove obitelji. Temelj palijativnog pristupa je odnos utemeljen na razumijevanju, osjetljivosti, empatiji, fleksibilnosti, otvorenoj dvosmjernoj komunikaciji liječnik-bolesnik i raznovrsnoj komunikaciji u socijalnoj mreži. Komunikacija u palijativnoj skrbi zahtijeva znanje, kompetencije i vještine u specifičnosti obavljanja svakodnevnog posla, koji je težak proces. Jedna od najvažnijih vještina potrebnih u komunikaciji u palijativnoj skrbi je znati čuti i slušati. To je vrsta slušanja u kojem se pacijentu pokazuje da se doista sluša ono što on govori, pita i osjeća. U trenutku kada medicinski postupci i intervencije kod bolesnika od neizlječivih bolesti ne pokazuju pozitivne ishode, palijativna skrb umanjuje ljudsku patnju. Uključivanjem palijativne skrbi, koja nije dovoljno prepoznata kao prioritet u javnom zdravstvu, osobito u zemljama u razvoju poboljšali bismo kvalitetu života pacijenata i članova njihovih obitelji.

Cljučne riječi: komunikacija, palijativna skrb, edukacija, pacijent, obitelj

Uvod

Palijativnu skrb najbolje određuje definicija Svjetske zdravstvene organizacije iz 2002. godine: „Palijativna skrb je pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima unapređuje kvaliteta života. Čini to sprječavanjem i ublažavanjem simptoma sredstvima ranog otkrivanja, procjene i liječenja boli te olakšavanjem ostalih psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema“ /1/. Obuhvaćanjem navedene definicije i njenih postavki doprinosi se iznimnoj važnosti dobre komunikacije i bliske potpore zdravstvenih djelatnika. Velik broj istraživanja pokazao je da je učinkovita komunikacija između davatelja i primatelja ključan čimbenik u pružanju kvalitetne zdravstvene skrbi /2/. Dobre komunikacijske vještine važne su za sve zdravstvene djelatnike, a osobito za one koji se brinu o pacijentima koji se suočavaju s terminalnim bolestima. Nikada nije lako priopćiti vijest o dijagnozi i/ili prognozi koja će pacijentima priopćiti nadolazeću smrt /3/. Zapravo priopćavanje takve neželjene vijesti se smatra pravom umješnošću uzmu li se u obzir objektivna težina situacije uzrokovana gubitkom bliske osobe i

psihičkom strukturom zdravstvenog djelatnika koji u takvo stanje nije uključen samo profesionalno. Naime, i po svojoj čovječnosti odnosno svojim sudjelovanjem u određenoj situaciji participira, tj. osobnom proživljava radost života i težinu smrti. Provođenje dobre informiranosti bolesnika podrazumijeva zadovoljavanje bioetičkih predispozicija. Ljudska se komunikacija općenito događa zbog uspostavljanja i održavanja odnosa, podučavanja, učenja, uvjeravanja druge osobe u neki vlastiti stav, radi ostavljanja dojma, pokazivanja srdačnosti i prijateljstva, dobivanja informacija, osiguranja ili zaštite, radi zabave. Bez obzira na povod i svrhu, komunikacija omogućuje prenošenje obavijesti o nama samima, o našim intelektualnim, emocionalnim i društvenim osobinama i namjerama. Ona dovodi do neke vrste rezultata, dobivenog namjeravanjem ili nenamjeravanjem učincima. Komunicirana poruka može biti shvaćena kao izvorno zamišljena ili nekako drugačije. U komunikaciji se može ići tako daleko da se i odsustvo komunikacije ponekad može shvatiti kao poruka.

Komunikacija i pacijent

Informiranost pacijenta zahtijeva odlučivanje do samog kraja života, uključenost u planiranje skrbi i podršku bližnjih koji će biti izvršitelji njegove volje u vrijeme kad sam sebe više neće moći zastupati. Očituje se volja, namjera, misli i postupci u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, omogućava pravo na izbor kako živjeti ili umrijeti prema vlastitim vrijednostima, stilu i načinu života. Pacijenti odabiru mjesto i način skrbi, vrijeme i način smrti, primjenu medicinskih zahvata, postupaka, intervencija i želje koje bi voljeli da se poštuju. Naglašavaju da ne bi voljeli patiti, trpjeti veliku bol u trenutku smrti. Jedno od najvažnijih potrebitih vještina u komunikaciji u palijativnoj skrbi je znati čuti i slušati. To je vrsta slušanja u kojem se pacijentu pokazuje da se doista sluša ono što on govori pita i osjeća /4/. Svjesni su da moraju napustiti svoje postojanje i osjećaje koje ne mogu prenijeti, a osjećaji izazivaju strah od onoga što predstoji u trenutku smrtne tjeskobe. Otvoreno razgovaraju o pripremama za smrt i želi za prisutnost članova obitelji i drugih osoba za vrijeme umiranja. Poznato je kako je komunikacija u palijativnoj medicini izrazito težak i zahtjevan proces i da bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne medicine. Zbog multidisciplinarnosti palijativnog tima, dvosmjerna komunikacija liječnik-bolesnik u palijativnoj medicini ustupa mjesto mreži raznovrsnih komunikacija. Ključno je prihvatiti ulogu svakog pojedinog člana tima upoznavajući njegovu dinamiku, procese, odnose, ulogu i odgovornost. Nedovoljna poučenost o komunikacijskim vještinama vjerojatno je jedan od važnih razloga zašto zdravstveni profesionalci često izbjegavanja otvorene razgovore s oboljelima i njihovim obiteljima uz opravdavanje prezaposlenošću, manjkom vremena za duži razgovor, komuniciranjem u žurbi ili na bolničkom hodniku. Sve se to događa uglavnom zbog premorenosti, uplašnosti i zbog osobne nesigurnosti u komunikaciji /5/.

Individualni pristup pacijentu omogućava procjenu koliko je osoba sposobna primiti informacije, prihvatiti ih, razumjeti i sabrano ih čuti. U komunikaciji umirućeg s članovima multidisciplinarnog tima zadržava se identitet osoba koje umiru, definira se što je za njih dob-

ra smrt i u svom načinu življenja određuju okolnosti umiranja. Emocije treba uvažavati, prepoznavati uzroke i poticati na izjašnjenje. Odgovori na njih karakteristični su za njihovu osobnost. Prognoza pacijentova stanja je procjena razvoja bolesti, mogućih ishoda liječenja, rizika primjene postupaka i intervencija i koliko dugo bolesnik može živjeti. Takav razgovor naporan i težak, zahtjeva jasnoću i razumljivost. Iziskuje dovoljno vremena za objašnjenje, kojima bolesniku pomazemo u prihvaćanju činjenica i prilagodbu na postojeće stanje, predstavlja najteži dio komunikacije s pacijentom u palijativnoj skrbi. Istraživanja su pokazala, kada se u poučavanju koristila metoda igranja uloga, što je za medicinske sestre bilo stresno, podiglo je njihovo samopouzdanje u teškim situacijama /6/. Uz informiranje o bolesti i liječenju kao najznačajnijem obliku komunikacije zdravstvenih djelatnika s bolesnicima, davanje emocionalne podrške također je važan oblik komunikacije. Tako se bolesniku omogućava izražavanje vlastitih osjećaja, povećava se njegov doživljaj osobne vrijednosti, smanjuje se osjećaj otuđenosti i tjeskobe, ispravljaju se pogrešna vjerovanja, predrasude i neznanje, smanjuje se stanje izoliranosti, bespomoćnosti i zanemarenosti /7/. Nesporazumi u komunikaciji ovise o pacijentovom prihvaćanju. Razumijevanje osobnosti i ponašanje pacijenta pomaže u pripremi i prevladavanju zapreka u komuniciranju, što doprinosi jasnoći komunikacije. Potrebno je koristiti strukturirani postupni pristup /8/ koji osigurava uspješnu komunikaciju. Tijek čitavog procesa potrebno je dokumentirati, zbog korištenja u budućim susretima, kako bi znali što smo priopćili i objasnili pacijentu. Komunikacija se u zdravstvenom stručnom timu dakle ostvaruje suradnjom u radu, koordinacijom rada i uspostavljanjem suradničke mreže. Jedan od njegovih glavnih ciljeva jest postići dogovor među različitim stručnjacima o najboljim mogućim rješenjima nekog problema na kojem zajednički rade. U odnosima s drugim stručnjacima potrebna je jednaka usmjerenost na cilj, iskrenost, empatiju, međusobnu suradnju te aktivno slušanje i poštovanje dostojanstva drugoga /9/.

Komunikacija i obitelj

Nužno je zaključiti da su dobre komunikacijske vještine bitan preduvjet za kvalitetnu palijativnu skrb. Međutim, komunikacija se ne odnosi samo na interakciju između pacijenata i zdravstvenih radnika, nego i na međudjelovanje između pacijenata i njihovih obitelji, kao i na interakcije između različitih zdravstvenih radnika i službi koje su uključene u skrb /10/. Neizlječiva bolest člana obitelji mijenja način života, zbog duboke pogođenosti izazovima bolesti. Obitelj postaje primarni skrbnik, koji se mora prilagoditi zahtjevima razvoja tijeka bolesti pacijenta i dijeliti teške trenutke. Ona promatra i dijeli brigu koju pacijenti primaju, osigurava skrb za pacijenta i prima podršku zdravstvenih djelatnika u obliku informacija, savjetovanja ili praktične pomoći. Pacijenti imaju zahtjeve za fizikalnom skrbi i povećanim obiteljskim troškovima. Povećane potrebe za palijativnom skrbi i povećanim rizikom su obitelji u kojima se nalazi umiruće dijete, gdje malodobno dijete gubi majku ili kada iza smrti ostaju djeca bez oba roditelja. Novonastala situacija uzrokuje promjenu dotadašnjih uloga i odnosa, navika i rituala, kako bi se pomoglo oboljelom članu. Način prilagodbe ovisi o osnovnim vidicima funkcioniranja unutar obitelji koji podrazumijevaju čvršću povezanost, prilagodljivost, komunikaciju i organizaciju. Obitelji u kojima članovi žive u skladu s jasnim ljudskim vrijednostima, uspješno komuniciraju i ravnopravni su prilikom donošenja odluka. Svaka obitelj reagira sa strahom kod neizlječivih bolesti što pojačava međuovisnost članova /11/. Reakcija obitelji može biti zbunjenost, šok, nedostatak znanja i informacija o bolesti, a ponekad i stigmatizacija obitelji od osoba iz okruženja. Pod stresom članovi obitelji reagiraju, izbjegavanjem odgovornosti, suzdržanošću, napadom ili bijegom a u trenutku povećanja tjeskobe, reakcije nadjačavaju racionalne odgovore /12/. U situacijama kada su narušeni odnosi i uloge pokazuju neorganiziranost. Članovi pokazuju visok stupanj kronične tjeskobe, koja često potiče sukobe između njih i njihova okruženja, učestalo izražavaju negativne emocije i stvaraju konfliktnu obiteljsku atmosferu ili se zatvaraju u sebe, postaju bezobzirni, skrivaju svoje osjećaje, stvarajući oko

sebe bezosjećajno ozračje. Obitelji svjedoči i sudjeluje u njezi pacijenta, ali i sudi o njezi koju pacijent prima. U ulozi pacijentovog zastupnika za njegu mogu sakriti žaljenje i krivnju, ako vjeruju da pacijent nije dobio najbolju moguću njegu. Takvo iskustvo bolesti duboko utječe na psihičko i fizičko zdravlje članova obitelji za koje se koristi termin „skriveni pacijenti“ /13/. Organiziranje obiteljskih skupova nudi pacijentu usmjerenu, obiteljski orijentiranu njegu koja zbližava pacijenta, članove obitelji i davatelja zdravstvenih usluga /14/. Očituje se bolja učinkovitost skrbi i poboljšanje komunikacije s pacijentima, članovima obitelji i članovima tima. Sastanke obiteljskih skupova treba bilježiti radi praćenja kontinuiteta pružanja palijativne skrbi svakog člana tima.

Komunikacija i multidisciplinarni tim

Tim stručnjaka ne donosi odluke umjesto pacijenata, već pomaže pacijentima u donošenju odluka, koje su u skladu s njihovim vrijednostima /15/. Velik broj odluka u palijativnom timu odnosi se na razne oblike liječenja i primjenu postupaka i primjenu zahvata s mogućim brojnim koristima i rizicima. Uključivanjem pacijenta u donošenje odluka ima pozitivan utjecaj na psihološku prilagodbu i stvara odnos povjerenja prema članovima multidisciplinarnog tima. Razvoj odnosa povjerenja i razumijevanja doprinosi osjećaju važnosti u partnerskom odnosu između pacijenta i liječnika, pacijent ima mogućnost otvoreno pitati za sve nejasnoće. Različitost procesa umiranja može biti uzrokovana osobinama ličnosti, spolom, dobi, specifičnošću bolesti, obiteljskim prilikama, socio-ekonomskim uvjetima, kulturološkim normama i duhovnošću. Svi navedeni čimbenici predstavljaju izazov specifičnosti komunikacije u palijativnoj skrbi. Palijativna skrb zahtijeva učinkovito korištenje komunikacijskih vještina tijekom bolesti pacijenta i u razdoblju žalovanja obitelji. Djelotvorna komunikacija koja sadrži vjerodostojnost, osjetljivost, suosjećanje i empatiju, pomaže zdravstvenim djelatnicima u podršci pacijentima i njihovim obiteljima /16/. Antički grčki liječnik i najistaknutija ličnost medicine Hipokrat rekao je: „Mislim da je najbolji liječnik onaj koji ima predostrožnost objasniti pacijentu, prema vlas-

titom znanju, sadašnju situaciju, ono što se prije dogodilo i ono što će se dogoditi u budućnosti“ /17/.

U trenutku kada se želi zaštititi pacijenta od realnosti njegove situacije, obično se stvaraju veće poteškoće pacijentu, članovima obitelji, njegovim rođacima i prijateljima te drugim članovima multidisciplinarnog tima. Motivacija ovakvog tipa ponašanja često je dobronamjerna, ali zataškavanje obično rezultira stanjem povećanog straha, anksioznosti i zbunjenosti. Dvosmislene informacije koje pružaju kratkotrajnu korist dok stvari idu dobro u biti sprečavaju prilike pojedincima i njihovim obiteljima da se reorganiziraju i prilagode svoje živote prema postizanju dostižnih ciljeva, realističnih nadanja i čežnji. Iskrena komunikacija čuva etičnost odnosa stručne osobe i umirućeg, priprema uvjete za nadvladavanje straha, izlazak iz usamljenosti i podjelu teških osjećaja, bolje suočavanje s umiranjem, pripremu za smrt, primanje neophodne psihosocijalne i duhovne podrške članova njihove obitelji /18/. Kako se smrt približava, prisutnost dobiva na važnosti jer se verbalna komunikacija obično smanjuje ili čak prestaje. Ostaje zajedništvo u tišini i mogućnost dodira. Zdravstveni djelatnici koji se brinu za pacijente pate jer ne mogu pomoći pacijentima u duhovnoj patnji na kraju života i u času umiranja. Raspravlja se o tome treba li umirućem potpuno otvoreno i cjelovito priopćiti dijagnozu i prognozu, priopćiti mu samo dio podataka ili ih zadržati za sebe. Dokazano je brojnim istraživanjima da bi većina liječnika željeli znati kakva je prognoza bolesti, u slučaju da se nađu u istoj situaciji kao njihovi pacijenti /19/. Nikada se ne smije zaboravljati na oslobađajući učinak istine, ma kako ona bila gorka i teška. Ništa ne stvara toliko nepovjerenje, nesigurnost i neizvjesnost kod pacijenta kao pokušaj zaobilaženja istine, obmanjivanje, skrivanje informacija o njihovom stvarnom, objektivnom zdravstvenom stanju. Pri tome se smije zaboraviti i potreba svakog čovjeka da „uredi račune“ u vertikalnom odnosu, ali i u horizontalnim odnosima vezano uz nasljeđivanje materijalnih dobara, moguće praštanje, popravljavanje određenih međuljudskih relacija, odnosno ako je pacijent religiozan moguće postojanje potrebe za konačnim uređenjem odnosa s Bogom. Osjećaj nedostatka kompe-

tencija u komunikaciji članovi tima pokazuju simptomima sagorijevanja i nedostatkom zadovoljstva. Zato u palijativnim timovima treba razvijati komunikacijske vještine koje pomažu u otkrivanju stavova, povećavaju svjesnost, razvijaju znanja i vještine, koje bi rezultirale većom efikasnošću u pružanju skrbi. Edukacija članova interdisciplinarnog tima dovodi do veće učinkovitosti u razmatranju troškova, razmjeni informacija, koordiniranju, funkcioniranju, dijeljenju etičkih vrijednosti, funkcioniranju i vrednovanju timskog rada /20/.

Empatijski pristup u palijativnoj skrbi

Empatija je sposobnost da se s moralne točke gledišta promatra nečije ponašanje za dobrobit ostalima, uz urođenu potrebu pomaganja kod osobe koja pomaže. Empatija, kao interpersonalni koncept, u sebi sadrži specifične komunikacijske vještine koje bolesniku pomažu u kvalitetnijem razumijevanju, upravljanju i rješavanju simptoma. U neverbalnoj komunikaciji pacijent razumije kad je pomagač prema njemu topao iskren i empatičan. Međuljudski odnos, osim moralnog djelovanja, zahtijeva i stručan rad utemeljen na znanstvenim činjenicama /21/. Najveći je problem medicinskih sestara znati kada trebaju pokazati empatiju /22/. Simptomi su subjektivni indikatori koje bolesnik osjeća kao prijetnju, a procjenom karaktera simptoma i načina na koji utječu na stanje pacijenta postiže se sveobuhvatnije i cjelovitije razumijevanje iskustva simptoma umora, boli i dispneje. Simptomi su subjektivni indikatori koje bolesnik osjeća kao prijetnju, a procjenom karaktera simptoma i načina na koji utječu na stanje pacijenta postiže se sveobuhvatnije i cjelovitije razumijevanje iskustva simptoma umora, boli i dispneje, identifikacija strategija upravljanja simptomima sa što manje štetnih posljedica na pacijenta. Zdravstveni djelatnici imaju veliku važnost u neposrednom i osobnom kontaktu s bolesnikom koji je prožet razumijevanjem, ohrabrenjem i određenom toplinom, koja ublažava osjećaj otuđenosti i nehumanosti. Razvijanje pozitivne emocionalne reakcije poboljšava suradnju i terapijski učinak. Smatramo da su neke od najvažnijih kreposti za odvijanje uspješne komunikacije u terapijsko-zdravstvenom odnosu između

medicinskog osoblja i bolesnika pravednost, uvažavanje, poštivanje tajne drugog, raspoloživost, razumijevanje, brižnost, dobrota, ljupkost, dobrohotnost, ljubaznost, srdačnost, velikodušnost, nesebičnost, zahvalnost, darivanje, služenje, strpljivost i tolerantnost. Važno je osposobljavanje zdravstvenih djelatnika za odnos ne simpatije, ne antipatije, već empatije sa svojim pacijentima, osobito umirućima. Uzme li se obzir da empatija obuhvaća stručnost, profesionalizam, ali i suosjećanje, takav uravnotežen odnos nije nimalo lako uspostaviti. Osobito što će se umirući pacijent možda susresti sa svega nekoliko takvih odnosa u životu, a liječnik ovisno o specijalnosti kojom se bavi, može ih proživljavati nekoliko, čak samo u mjesec dana.

Zaključak

Nastojali smo ukazati na bitne elemente svojstvene komunikaciji u palijativnoj skrbi koji uključuju komunikaciju, primjenu individualnog pristupa pacijentu i uvažavanje holističkog pristupa u liječenju. Uključivanje obitelji u skrb pojačava izazove i složenost razmjene informacija u palijativnoj skrbi. Dobra smrt kombinacija je koja u sebi sadrži obilježja prirodnosti, kvaliteta života, upravljanje simptomima boli i osjećajima, individualnih vrijednosti, socijalne podrške, humanosti, dostojanstvenosti i duhovnosti. Dobra komunikacija između članova multidisciplinarnog tima i pacijenta temelj je palijativne skrbi. Edukacija komunikacijskih vještina provodi se različitim tehnikama i metodama poučavanja, i kontinuirano se provodi za sve primatelje i davatelje usluga palijativne skrbi. Za bolje razvijanje palijativne skrbi potrebno je podizati svjesnost i stimulirati rasprave među stručnjacima u javnom zdravstvu i osobama koje predlažu i donose zakone /23/. Palijativnom skrbi poboljšava se kvaliteta života pacijenta i članova obitelji te povećava razina zadovoljstva u radu davatelja usluga.

Bilješke

- /1/ Clinical Standards Board for Scotland. *Clinical standards: specialist palliative care*, Edinburgh , 2002.
- /2/ Kreps GL, Communication and Palliative Care: E-Health Interventions and Pain Management,

- u: Moore RJ, (ur.), *Handbook of Pain and Palliative Care*, New York, 2012.
- /3/ Anwar D, Ransom S, Weiner RS, Communication in Palliative Care, u: Vadivelu N, Kaye AD, Berger JM, (ur.) *Essentials of Palliative Care*, New York, 2013.
- /4/ Cooley CM, Communication Skills in Palliative Care, u: Faull C, Carter YH, Daniels L, (ur.), *Handbook of Palliative Care*, Hoboken, 2005.
- /5/ Braš M, Đorđević V, Béné R, Komunikacija u palijativnoj medicini u: Braš M, Đorđević V, (ur.), *Suvremene spoznaje iz palijativne medicine*, Zagreb, 2012.
- /6/ Wilkinson S, Roberts A, Aldridge J. Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*. 1998, 12, 1, 13-22.
- /7/ Havelka M., Despot Lučanin J, Komunikacija s teško bolesnim osobama i njihovim obiteljima u: Lučanin D, Despot Lučanin J, *Komunikacijske vještine u zdravstvu*, Jastrebarsko, 2010.
- /8/ Parikh PM , Prabhash K, Bhattacharyya GS, Ranade AA. The Patient's Personality as a Guide to Communication Strategy u: Surbone A, et al., (ur.), *New Challenges in Communication with Cancer Patients*, New York, 2013.
- /9/ Lučanin D, Komunikacija u zdravstvenom timu u: Lučanin D, Despot Lučanin J, *Komunikacijske vještine u zdravstvu*, Jastrebarsko, 2010.
- /10/ Đorđević V, Braš M, Brajković L, (ur.), *Palijativna skrb: mostovi nade i čovječnosti*, Zagreb, 2012.
- /11/ Klein E i sur. *Psihološka medicina*. Zagreb, 1999.; Gregurek R i sur. *Suradna i konzultativna psihijatrija*. Zagreb, 2005.
- /12/ Fruge E, Crouch M, Bray J. Obiteljska dinamika i zdravlje u: Rakel RE, (ur.), *Osnove obiteljske medicine*. Zagreb, 2005.
- /13/ Kristjanson LJ, Aoun S. Palliative care for families: Remembering the hidden patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49, 6, 359-365.
- /14/ Fineberg I, Kawashima M, Asch SM. Communication with Families Facing Life-Threatening Illness: A Research-Based Model for Family Conferences, *Journal of Palliative Medicine*, 2011, 14, 4, 421-427.
- /15/ Pollak K, Childers JW, Robert MA. Applying Motivational Interviewing Techniques to Palliative Care Communication. *Journal of Palliative Medicine*, 2011, 14, 5, 587-592.
- /16/ Barnard A, Ganca L, Using communication skills for difficult conversations in palliative care, *Continuing Medical Education*, 2011, 29, 7, 282-284.
- /17/ Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA, Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care, *Palliative Medicine*, 2002, 16, 4, 297-303.

- /18/ Fine RL. Palliative care: Collaborative Communication at the edge of life. *American Medical Writers Association Journal*, 2010, 25, 1, 14.
- /19/ Bruera E, M Neuman K, Mazzocato C, Stiefel F, Sala R. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. *Palliative Medicine*, 2000, 14, 287-298.
- /20/ Porchet E. Interdisciplinary communication. Recent Results in Cancer Research, u: Stiefel F, (ur.), *Communication in Cancer Care*, New York, 2006.
- /21/ Kalauz S. Etika u sestinstvu, *Medicina Fluminensis*, 2008, 44, 2, 130.
- /22/ Bateson CO, Quinn B, Fultz J, Influences of self-reported distress and empathy on egoistic versus altruistic motivation to help. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983, 45, 3, 706-718.
- /23/ Webster R, Lacey J, Quine S. Palliative Care: A Public Health Priority in Developing Countries, *Journal of Public Health Policy*, 2007, 28, 1, 28-39.

OPEN COMMUNICATION AS BASIS OF PALLIATIVE APPROACH

Željko Rakošec, Brankica Juranić, Štefica Mikšić, Jelena Jakab, Barbara Mikšić
Croatian Communication Association, Zagreb, Croatia

Abstract

Through the development of technology we are faced with the question of human helplessness experienced by the person who is in the terminal phase of the disease. The process of dying, in all its uniqueness and universality, surpasses the dimension of the human consciousness and sub consciousness, and requires a multidisciplinary approach of the team members who take care of the patient and cooperate with the members of their family. The base of the palliative approach is a relationship based on understanding, sensibility, empathy, flexibility, open and two-way doctor-patient communication and diverse communication in the social network. Communication in palliative care requires knowledge, competencies and skills in the peculiarity of doing that job, which is a difficult and demanding process. One of the most important and necessary skills in the palliative care communication is knowing how to hear and listen. It is a kind of listening where it is really important to show to the patient that you are really listening what he tells you, asks or feels. In the moment when medical procedures and interventions that include patients who suffer from terminal diseases do not show positive outcomes, the palliative care alleviates the human suffering. Through the implementation of palliative care, which is not recognized enough as a priority in the public health care, especially in developing countries, we could improve the quality of life of patients and members of their families.

Key words: communication, palliative care, education, patient, family