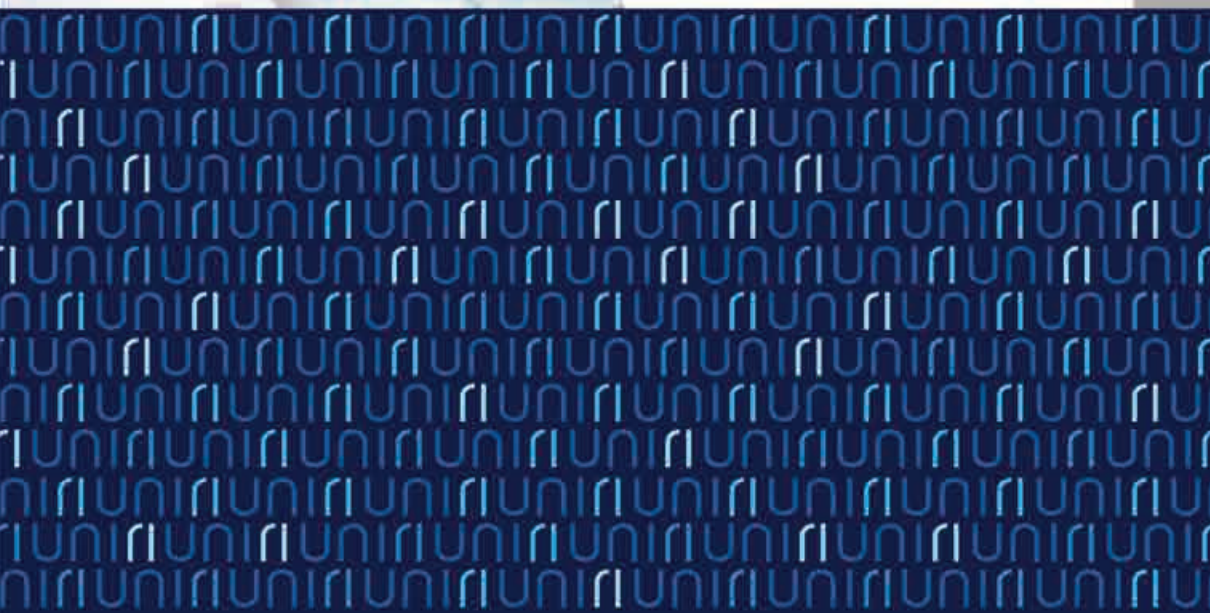




Aleksandar Ljubotina

Liječenje komunikacijom



UNIRI

FZSR

Fakultet zdravstvenih studija
Sveučilišta u Rijeci

Doc. dr. sc. Aleksandar Ljubotina, dr. med. i prof. psihologije

LIJEČENJE KOMUNIKACIJOM

prvo izdanje



**RIJEKA
2020**



OPREMAJANJE
UNIVERZITETA
RIJEKE



Sveučilište u Rijeci
University of Rijeka

IZDAVAČ:

Redak, Split
Sveučilište u Rijeci
Fakultet zdravstvenih studija

BIBLIOTEKA:

Udžbenici Sveučilišta u Rijeci

AUTOR:

Doc. dr. sc. Aleksandar Ljubotina, dr. med. i prof. psihologije

RECENZENTI:

Izv. prof., dr. sc. Darko Lončarić
Doc. dr. sc. Branislava Popović

LEKTURA:

Željka Oršolić, mag. educ. philol. croat

PRIPREMA I TISAK:

Redak, Split

ISBN: 978-953-336-677-7

ISBN: 978-953-59534-7-0

Odlukom Senata Sveučilišta u Rijeci (KLASA: 003-01/20-03/02, URBROJ: 2170-57-01-20-423, od 22. prosinca 2020.) ovo se djelo objavljuje kao izdanje Sveučilišta u Rijeci.



www.webknjizara.hr

Copyright © 2020. Sva autorska prava pridržana. Nijedan dio ove knjige ne smije se reproducirati ni prenositi ni u kakvu obliku niti ikakvim sredstvima elektroničkim ili mehaničkim, fotokopiranjem, snimanjem ili umnažanjem u bilo kojem informatičkom sustavu za pohranjivanje i korištenje bez prethodne suglasnosti vlasnika prava.

Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

Aleksandar Ljubotina

Liječenje komunikacijom

prvo izdanje



Fakultet zdravstvenih studija
Sveučilišta u Rijeci

Split, 2021.

Sadržaj

UVOD	9
Što je komunikacija?	9
Modeli komunikacije.....	11
Aristotelov model komunikacije.....	11
Linearni model komunikacije Shannona i Weavera	11
Schrammova modifikacija modela komunikacije Shannona i Weavera.....	12
Barnlundov transakcijski model komunikacije.....	13
OSNOVE LIJEČENJA KOMUNIKACIJOM	15
Loša komunikacija narušava povjerenje u zdravstveno osoblje	15
Komunikacija kao lijek.....	17
Kako komunikaciju pretvoriti u lijek?	19
Verbalna komunikacija	19
Fiziološki putevi ljekovitog djelovanja komunikacije.....	20
Slušni put	20
Vidni put	22
Somatosenzorni put.....	22
Njušni (olfaktorni) put.....	24
Posredni kanali komunikacije.....	25
Doziranje komunikacije	25
Kako odrediti terapijsku dozu komunikacije pri jednom savjetovanju?	26
Snaga i dinamika elemenata komunikacije.....	27
Indikacije, kontraindikacije, mjere opreza i nuspojave pri liječenju komunikacijom	28
ELEMENTI VERBALNE KOMUNIKACIJE	31
Vrste riječi	31
Denotativno i konotativno značenje riječi.....	34
Sinonimi, antonimi i homonimi	34
Homonimi.....	35
„Oblji“ i „oštri“ doživljaj riječi.....	36
Stilske figure	37
Figure dikcije ili glasovne figure	37
Sintaktičke figure ili figure konstrukcije	38

Figure misli.....	39
Figure riječi ili tropi.....	41
Paraverbalni elementi komunikacije	43
Primjeri liječenja paraverbalnim elementima komunikacije:.....	43
ELEMENTI NEVERBALNE KOMUNIKACIJE	47
Izraz lica	47
Kontakt očima	48
Kretanje i držanje.....	49
Geste	49
Dodir	50
Korištenje prostora.....	51
Korištenje vremena.....	52
HUMOR KAO LIJEK.....	55
Teorijski pristupi humoru	55
LIJEČENJE POSREDNOM KOMUNIKACIJOM	59
Suvremeni oblici posredne komunikacije pacijenata i zdravstvenog osoblja.....	59
Komunikacija preko trećih osoba	60
ODREDNICE USPJEŠNOG LIJEČENJA KOMUNIKACIJOM.....	61
Odnos zdravstvenog djelatnika i pacijenta.....	61
Povjerenje.....	61
Privatnost.....	63
Empatija	63
Aktivno slušanje	64
Komponente aktivnog slušanja.....	65
Uzajamno aktivno slušanje	66
Neverbalna komponenta aktivnog slušanja	67
LIJEČENJE KOMUNIKACIJOM U PRAKSI	69
Primjena komunikacije kao lijeka u svakodnevnom radu	69
Motivacijski razgovor.....	69
Promjena ponašanja kroz promjenu stava.....	70
Transteorijski model promjene ponašanja	72
Faze Transteorijskog modela promjene ponašanja	72
Promjena stava i ponašanja prema Transteorijskom modelu	74

Vaganje u odlučivanju	75
Samoučinkovitost.....	76
Kritike Transteorijskog modela.....	78
Kognitivna disonanca.....	79
Naučena bespomoćnost	80
Uvjeravanje (persuazija).....	81
Primjena Transteorijskog modela promjene stava u praksi	83
Liječenje komunikacijom oboljelih od psihosomatskih bolesti.....	85
Liječenje anksioznih, depresivnih i psihotičnih bolesnika komunikacijom.....	85
Komunikacija loše vijesti	86
Komunikacija s ljutitim i agresivnim pacijentom	88
PROBLEMI U KOMUNIKACIJI ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA I PACIJENATA.....	89
Nepovjerenje pacijenata prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti.....	89
Sindrom kontrolora leta.....	90
Vremenski ograničena komunikacija.....	90
Informatizacija primarne zdravstvene zaštite.....	91
Različito doživljavanje uloge obiteljske medicine.....	91
Prevelika očekivanja od bolničkih zdravstvenih djelatnika.....	92
Organizacija rada u bolnicama	93
Nepovjerenje u trijažu koju provodi medicinska sestra	93
Problemi sa sluhom i govorom.....	93
ZAKLJUČAK.....	95
LITERATURA.....	97
ŽIVOTOPIS	105

UVOD

Dobra komunikacija preduvjet je uspjeha u aktivnostima koje uključuju više osoba. Uspješni ljudi su listom dobri komunikatori: uspješni diplomati dobro komuniciraju s kolegama i javnošću, uspješni rukovoditelji tvrtki i ustanova dobro komuniciraju sa svojim zaposlenicima, uspješni nastavnici s učenicima, uspješni treneri sa sportašima, uspješni umjetnici sa svojom publikom. Zdravstveno osoblje, u svom svakodnevnom radu s pacijentima, nerijetko se nalazi u pedagoškoj ulozi nastavnika i trenera, koji koristeći kreativnost umjetnika i uglađenost diplomata promiču zdravlje, sprječavaju i liječe bolesti. Bolesni ljudi su osjetljiviji, smanjene tolerancije na stres i frustraciju pa su tim važnije komunikacijske vještine zdravstvenih djelatnika. Mnogi problemi među sudionicima zdravstvenog sustava rezultat su loše komunikacije. Kad imamo problema u odnosima s drugim ljudima, uzroke nerijetko pronalazimo u lošoj komunikaciji. Tako, primjerice, sastanci liječnika specijalista iz primarne zdravstvene zaštite sa specijalistima iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite gotovo redovito završavaju zaključkom o potrebi za boljom komunikacijom. Dobra komunikacija između liječnika i medicinskih sestara ključna je za dobro funkcioniranje, kako timova primarne zdravstvene zaštite, tako i timova na odjelima, odnosno klinikama u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Komunikacijske vještine prepoznate su, od strane voditelja studija na medicinskim i fakultetima zdravstvenih studija, kao izuzetno korisna kompetencija zdravstvenih djelatnika koja se podučava putem sve većeg broja obveznih i izbornih kolegija.

Zdravstveni djelatnici mogu komunikacijske vještine primijeniti kao učinkovito lječidbeno sredstvo koje može pomoći pacijentima samostalno ili u kombinaciji s farmakoterapijom.

Što je komunikacija?

Kako najjednostavnije definirati interpersonalnu komunikaciju? Komunicirati (od lat. *communicare*) znači razmjenjivati informacije, odnosno poruke. Proces komunikacije uključuje prijenos i razumijevanje informacija između osoba koje međusobno komuniciraju¹.

Ako pojam komunikacije shvatimo u najširem smislu, doći ćemo do zaključka da sva živa bića komuniciraju, od jednostaničnih organizama do čovjeka. Bez komunikacije ne bi bilo prijenosa gena potomstvu. Drugim riječima, evolucija,

odnosno diferencijacija unutar i između vrsta, temelji se na komunikaciji. Za život pojedinog višestaničnog živog bića od presudne je važnosti komunikacija među stanicama, organima i organskim sustavima. Hormoni i neuroprijenosnici vežu se na stanične receptore i tako prenose informacije od manje bitnih do onih od ključne važnosti za opstanak organizma. Smetnje komunikacije unutar tijela manifestiraju se kao poremećaji zdravstvenog stanja, odnosno bolesti.

U ovoj knjizi govori se o komunikaciji između osoba. Razvoj i analiza interpersonalne komunikacije stalna je zadaća kadrovskih i komercijalnih službi organizacija koje na tržištu nude svoje proizvode ciljanoj populaciji. Iako zdravstvo i tržište nije popularno stavljati u istu rečenicu, postoji i tržište lijekova i nefarmakoloških metoda liječenja, a ciljane su populacija pacijenti, odnosno osobe koje žele poboljšati svoje zdravstveno stanje i spriječiti nastanak bolesti. Komunikaciju s pacijentima, koja je po mnogočemu posebna, liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, navlastito specijalisti obiteljske medicine i članovi njihovih timova, mogu uspješno koristiti kao nefarmakološki lijek u svakodnevnoj praksi. Posebno je važno da komunikaciju kao nefarmakološki lijek može slobodno koristiti zdravstveno osoblje koje svakodnevno radi s pacijentima, a koje po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti ne može propisivati farmakološke lijekove. To su medicinske sestre/tehničari (u daljnjem tekstu koristit će se, zbog jednostavnosti, naziv *medicinska sestra*, koji će obuhvaćati oba spola) u timovima primarne zdravstvene zaštite, patronažne sestre i medicinske sestre koje obavljaju zdravstvenu njegu u kući i na bolničkim odjelima.

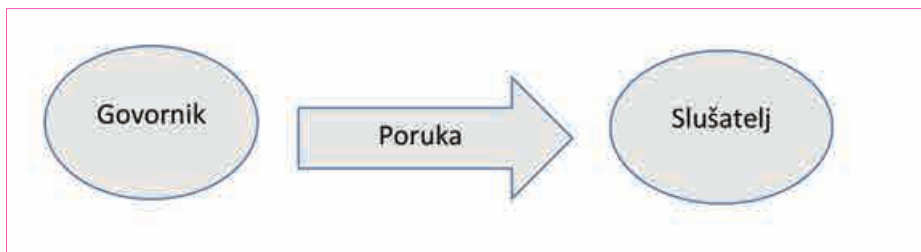
Liječenje komunikacijom, kako je zamišljeno u ovom priručniku, primjenjuje se prvenstveno u svakodnevnom radu, iako se osnovni postulati mogu uklopiti u strukturirano psihološko savjetovanje odnosno psihoterapiju. Zdravstveno je osoblje sve opterećenije i ima sve manje vremena za komunikaciju s pacijentima. Tako standardni tim obiteljske medicine s 1700 osiguranika Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) u skrbi u prosječnom radnom danu kontaktira sa 60 do 100, a ponekad i više pacijenata. U tih tri do sedam minuta, koliko traje interakcija liječnika ili medicinske sestre/tehničara s pacijentom, od velike je važnosti vještina komunikacije kojom će liječnik, ali i medicinska sestra, na uvjerljiv i razumljiv način prenijeti poruku pacijentu.

Modeli komunikacije

Modeli kojima opisujemo komunikaciju mijenjaju se i postaju sve složeniji od antičkih vremena do danas. Složenost modela s jedne strane uvjetuju novi kanali i načini komunikacije, a s druge strane razvoj kognitivne psihologije odnosno neuroznanosti. Autori suvremenih modela komunikacije obogaćuju klasične modele novim varijablama koje sve preciznije opisuju dinamiku komunikacijskog procesa.

Aristotelov model komunikacije

Prvi model komunikacije pripisan je starogrčkom filozofu Aristotelu. Aristotelov jednostavni model razlikuje tri elementa koji čine komunikaciju: govornika, poruku, i slušatelja. Govornik šalje, a slušatelj prima poruku². Aristotelov model komunikacije prikazan je na Slici 1.



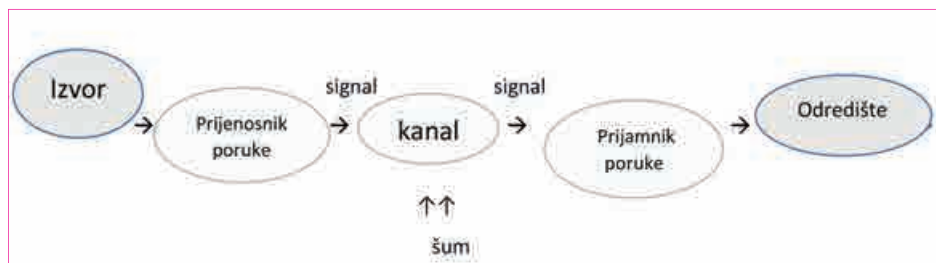
Slika 1. Aristotelov model komunikacije

Aristotelov je model minimalistički, ali ima sve ključne elemente koji čine interpersonalnu komunikaciju. Razvoj komunikacijske znanosti dovodi do stvaranja složenijih modela komunikacije, koji sve preciznije pojašnjavaju komunikacijske procese.

Linearni model komunikacije Shannona i Weavera

Claude Shannon i Warren Weaver su 1949. godine osmislili linearni komunikacijski model na kojemu se temelje svi kasniji modeli komunikacije³. Prema tom modelu, koji zapravo opisuje komunikaciju dviju osoba telefonom, za komunikaciju su potrebni: *izvor poruke, poruka, prijenosnik, signal, kanal, prima-nik i primatelj poruke*. Ako u komunikacijskom kanalu postoje prepreke, koje Shannon i Weaver nazivaju šumovima, gubi se jasnoća poruke. Dječja igra

„gluhog telefona“ lijepo ilustrira pojavu šuma u kanalu. Na Slici 2 prikazan je komunikacijski model Shannona i Weavera.

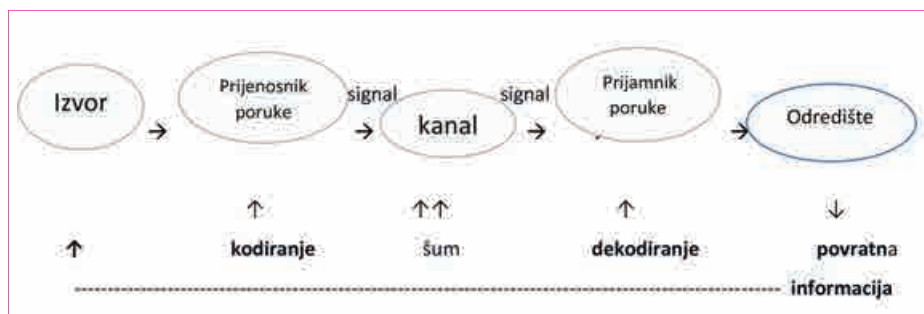


Slika 2 Komunikacijski model Shannona i Weavera.

Najznačajnija novost u komunikacijskom modelu Shannona i Weavera je uvođenje šuma u kanalu, važne odrednice koja ometa tijekom signala, odnosno, razumijevanje poruke.

Schrammova modifikacija modela komunikacije Shannona i Weavera

Wilbur Schramm je 1954. godine obogatio linearni komunikacijski model Shannona i Weavera dodavši određene psihosocijalne varijable, stvarivši tako interaktivni komunikacijski model. Za razumijevanje poruke važni su procesi kodiranja i dekodiranja poruke. U prijenosniku se poruka kodira, a u prijamniku dekodira ⁴. Na Slici 3 prikazana je Schrammova modifikacija Shannon - Weaverovog modela .



Slika 3 Schrammova modifikacija (pojmovi prikazani zadebljanim slovima) Shannon-Weaverovog komunikacijskog modela

Dno obrascaLjudi s različitim znanjem, iskustvom i kulturalnom podlogom na različite načine dekodiraju i interpretiraju poruku. Komunikacija je kvalitetnija u situacijama kada je „buka“ smanjena na minimum, a to se događa kada osobe dijele isti jezik, kulturalnu podlogu, obrazovanje i stavove.

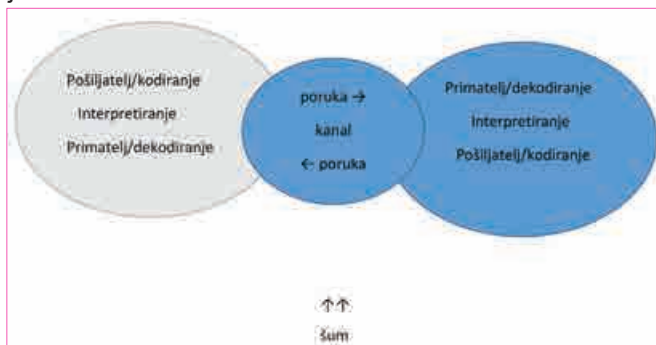
Uspješno kodiranje poruke zahtijeva od pošiljatelja dovoljno dobro verbalno i neverbalno izražavanje. Kod primanja poruke razlikujemo nekoliko vrsta buke ili šuma u komunikacijskom kanalu, kako nazivamo čimbenike koji ometaju primatelja u dekodiranju poruke:

- a) oštećenje sluha i vida (fiziološki šum)
- b) pošiljatelj i primatelj poruke daju različito značenje istim riječima (semantički šum)
- c) gramatičke pogreške (sintaktički šum)
- d) loše strukturirana i nejasna poruka
- e) stres, emocije, psihički poremećaji i bolesti (psihološki šum)

Također, komunikacija je utoliko kvalitetnija ukoliko su osobe podjednako zainteresirane za predmet komunikacije.

Barnlundov transakcijski model komunikacije

Dean Barnlund je 1970. godine transakcijskim modelom komunikacije⁵ ispravio nedostatak interakcijskog modela, u kojemu nije uzeta u obzir istovremenost slanja i primanja poruka između sudionika komunikacijskog procesa. U transakcijskom modelu komunikacije ističe se da sudionici komunikacije istovremeno šalju i primaju poruke. Tako npr. pošiljatelj verbalne poruke istovremeno od primatelja poruke prima neverbalnu poruku u vidu izraza lica, stava tijela ili gestikulacije. Na Slici 4 prikazan je Barnlundov transakcijski model komunikacije.



Slika 4. Barnlundov transakcijski model komunikacije

Transakcijski model komunikacije ukazuje na mogućnost da sugovornik koji šalje poruku istu modificira pod utjecajem istovremeno primljene poruke drugog sugovornika. Transakcijski model također ističe važnost ne samo verbalnih, već i neverbalnih poruka koje se istovremeno šalju odnosno primaju. Jasno je da, zbog specifičnosti audio - vizualnog kanala komunikacije, sudionici ne mogu dobro komunicirati ako istovremeno šalju i primaju verbalne poruke, već jedna poruka treba biti neverbalna. Kodiranje, dekodiranje i interpretiranje poruke ovise o kognitivnim mogućnostima, stupnju obrazovanja i verbalnoj inteligenciji osoba (verbalni faktor) koje sudjeluju u komunikaciji.

OSNOVE LIJEČENJA KOMUNIKACIJOM

Loša komunikacija narušava povjerenje u zdravstveno osoblje

Pacijenti se nerijetko žale na nedostatnu, ali i nerazumljivu komunikaciju s liječnicima, medicinskim sestrama i zdravstvenim osobljem općenito. Loša komunikacija između medicinskih profesionalaca i pacijenata podržava stereotipe i predrasude o uobraženim liječnicima i drskim medicinskim sestrama, koji su uvjereni da pacijenti postoje zbog njih, a ne obrnuto. Osim toga, loša komunikacija ne omogućava djelovanje riječi kao lijeka, kako neovisno, tako u sinergiji s propisanom medikamentoznom terapijom.

Navodimo neka reagiranja pacijenata na članak objavljen u internetskom izdanju jednog našeg dnevnika u kojem se analiziraju razlozi zbog kojih pacijenti zaobilaze liječničke ordinacije tražeći savjete koje daje „dr. Google“ i zdravstveni alternativci:

- „Doktoru idem po uputnicu, a kirurgu kad se polomim (u njih vjerujem jer odrežu ono što ne valja). Ostale boljke liječim sama i to dobro funkcionira.“
- „Jao si ga svakome tko dođe doktoru s puno povjerenja.“
- „Pa znam što mi treba, njihova diploma mi ne treba.“
- „Ovi novi doktori ubiru paru od farmaceuta.“
- „Pa čovjek poznaje svoje tijelo najbolje i zna kada nešto nije u redu ,ali upravo to baš smeta doktora.“
- „Dok on napiše što treba, pa dok se sve to obavi, prođu mjeseci, ljudi su prepušteni sami sebi i prisiljeni da sami uče o tegobama ili, ako imaju novca, sve riješe u kratkom roku privatno!“
- „Mi smo liječniku brojka, a oni izgubili svoje dostojanstvo.“
- „Da su doktori ažurniji i da više vode brigu o svojim pacijentima, onda mi ne bi morali sami sebi biti doktor.“
- „Za to su sami doktori krivi jer većina, pogotovo iz tzv. stare garde, nema osnove ophođenja s pacijentima i smatraju da pacijenti nemaju pravo znati što im je. I trebaju biti spremni na pitanja i trebaju davati objašnjenja. Ima izuzetaka i to fenomenalnih, ali su u manjini.“
- „Dok oni bulje u ekran, pacijenti su kao na pokretnoj traci.“
- „Nažalost, morate sami znati što vam treba jer njima nije stalo. Čast izuzecima, ali većina vas niti ne sasluša, a kamoli da vas upute na pretrage.“

- „Najbolji su mi doktori koji te, kad dođeš kod njih i objasniš simptome koje imaš i što ti se događa, pitaju: „A što ćemo sad“? Ha, ha, ha, tko je onda doktor u cijeloj toj priči?“
- „Trebalo se doći umirući da bi poslali za običnu krvnu sliku.“

Na kraju bismo dodali reagiranje čitatelja na članak objavljen na jednom internetskom portalu:

- „O našem zdravstvu moglo bi se napisati nekoliko debelih knjiga, uglavnom o onome što ne valja, ali to bi bio uzaludan trud. Ništa se tu ne može napraviti - tko ima novaca, ide privatnicima, a tko nema (većina), čeka na listama po godinu dana. **Tzv. obiteljski liječnici su, s rijetkim iznimkama, potpuno nekomunikativni, pacijente ne slušaju i ne znaju postaviti niti najjednostavniju dijagnozu. Jedino znaju pisati uputnice za specijaliste, a kako će bolesnik doći do specijalista - to ih ne interesira.** Ma, jad i bijeda, kao i u svim segmentima našeg predivnog feuda!“

Navedeni komentari ukazuju na narušeno povjerenje jednog, ne tako malog dijela pacijenata u liječnike općenito, a posebno u obiteljske i druge liječnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U nešto manjoj mjeri, pacijenti su nezadovoljni komunikacijom s medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim djelatnicima. Bolesni ljudi osjetljiviji su na stres i frustraciju, emocionalno su labilniji i iracionalniji od prosječnih zdravih sugovornika. S druge strane, zdravstvo je osoblje uglavnom preopterećeno stručnim i administrativnim poslovima. Ne trebamo se pretjerano čuditi što, negativnim emocijama vođen, dijalog zdravstvenog osoblja s pacijentima ponekad izmakne kontroli, rezultirajući verbalnim, pa i fizičkim napadima. Kako vratiti povjerenje nezadovoljnih pacijenata, prvenstveno u njihove izabrane liječnike, ali i druge liječnike, medicinske sestre/tehničare i ostale zdravstvene djelatnike? U korijenu narušenog povjerenja nalazi se loša komunikacija. Preopterećenost poslom i pozicija „vratara na ulazu u zdravstveni sustav“, koji je odgovoran ne samo za liječenje po pravilima struke, već je odgovoran i za racionalnu potrošnju sredstava iz zdravstvenog proračuna, predstavlja problem u komunikaciji obiteljskog liječnika i pacijenta. Tim više je za sve liječnike, i medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, važno usavršiti komunikacijske vještine. Dobre komunikacijske vještine od velike su važnosti i bolničkim liječnicima, medicinskim sestrama te ostalom zdravstvenom i nezdravstvenom osoblju koje sudjeluje u liječenju pacijenata. Naravno da određeno poznavanje komunikacijskih vještina nije na odmet i pacijentima, jer se u tom slučaju obostrano smanjuju „šumovi“ u komunikaciji i poboljšava suradljivost, odnosno svekoliki odnos između

zdravstvenog osoblja i pacijenata. Ipak, veći dio odgovornosti za dobru komunikaciju leži na zdravstvenom osoblju. Tom činjenicom neki pacijenti znaju manipulirati i „verbalno se istresti“ na liječnika odnosno medicinsku sestru/tehničara. Jednom sam upitao pacijenta, koji se uvredljivim riječima okomio na moju malenkost sljedeće: „Što bi bilo da Vam uzvratim sličnim rječnikom?“. Pacijent je bez krzmanja odgovorio: „Vi ste profesionalac pa ne smijete tako razgovarati, a meni je kao pacijentu to dozvoljeno!“. Intervencija je poslužila svrsi, jer se pacijent smirio i dijalog je nastavljen u pomirljivom tonu.

Komunikacija kao lijek

Komunikacija s bolesnikom je vječevima i šamanima još od starijeg kamenog doba bila važno, a ponekad i jedino terapijsko sredstvo. Primitivna je medicina bezvremenska i ne prepoznaje razlike između tjelesne i duševne bolesti⁶. Riječi, izgovorene u svrhu izliječenja, kao i neverbalna komunikacija dodirom, glazbom i plesom, uklapale su se uz konzumiranje pripravaka biljnog i životinjskog podrijetla, pojačavajući njihovo djelovanje. Komunikaciju su primitivni medicinari, vječevi i šamani organizirali u rituale, sljedove zaziva i molitvi, praćenih određenim pokretima kojima su se služili liječeći bolesnike. Farmakološkim rječnikom rekli bismo da je takva komunikacija bila standardizirana.

Razvojem znanstvene metode dolazi do odvajanja medicine od magije i religije i postupnog smanjivanja uloge komunikacije kao središnjeg terapijskog čimbenika. U 17. stoljeću francuski filozof i matematičar René Descartes uvodi u znanstveni svijet dihotomiju uma i tijela⁷. Razdvajanje uma i tijela omogućilo je razvoj suvremene medicine. Primjena znanstvene metode postupno je dovela do otkrića novih lijekova i utvrđivanja načina na koji djeluju. Mogli bismo reći da se u 17. stoljeću počinju stvarati temelji biomedicinske paradigme. Stanična teorija njemačkog patologa Rudolfa Virchowa, koji polovinom 19. stoljeća naglašava da je organizam građen od stanica, omogućava intenzivan razvoj medicine⁸. Medicinska se struka dijeli na sve veći broj specijalizacija, a u posljednjim desetljećima, i subspecijalizacija. Holistički pristup⁹, prema kojemu liječimo osobu, a ne pojedine organe i/ili organske sustave, gubi bitku s biomedicinskim modelom, na kojemu se temelje liječničke specijalizacije i subspecijalizacije. Biomedicinski model teži redukcionizmu, što znači da istraživači za jednu bolest traže i nalaze jedan uzrok. Biomedicinski model je uspješan kad se radi o zaraznim bolestima. Za svaku zaraznu bolest

postoji jedan uzročnik, pa tako tuberkulozu izaziva klica *Mycobacterium tuberculosis*, koleru *Vibrio Cholerae*, gripu *Virus influenzae*. Anginu, meningitis, pneumoniju ili infektivni gastroenteritis mogu izazvati virusi, bakterije i drugi mikroorganizmi koji imaju afinitet prema određenom organu. Gledajući strogo, ni u slučaju zaraznih bolesti, biomedicinskim modelom ne možemo pojasniti zašto se neke osobe, izložene istoj količini zaraznih klica, zaraze, a druge ostanu zdrave. Biomedicinski model možemo prikazati na odnosu bakterije *Helicobacter pylori* i vrieda dvanaestnika. Marshall i Warren su 1984. godine u želucu osoba oboljelih od gastritisa i vrieda dvanaestnika otkrili, dotad nepoznate, zakrivljene bacile¹⁰. Budući da su ti bacili nađeni u 90% oboljelih, zaključili su da su oni uzročnici gastritisa odnosno vrieda dvanaestnika. Također, utvrdila se povezanost prisustva bacila, koji je nazvan *Helicobacter pylori*, s rakom želuca. Gastroenterolozi su objavili da je otkriven uzročnik peptičkog ulkusa, dok su obiteljski liječnici bili pomalo skeptični. Donesene su smjernice za eradikaciju *Helicobacter pylori* trojnom terapijom. U trojnoj eradikaciji *Helicobacter pylori*, uz inhibitor protonске crpke, propisuju se dva antibiotika. Daljnja istraživanja utvrdila su da žestoka eradikacija *Helicobacter pylori* povećava rizik za rak jednjaka, da se kod nekih pacijenata, kod kojih je *Helicobacter pylori* već eradikiran, ponovno javlja vried dvanaestnika¹¹. Također, ne razvije se kod svih osoba u čijem je želucu prisutan *Helicobacter pylori*, gastritis odnosno vried dvanaestnika. Istraživanja su pokazala da bakterija *Helicobacter pylori*, jedina koja može podnijeti kiselost želučanog soka, predstavlja jedan od rizičnih čimbenika za razvoj peptičke bolesti, a ne isključivi uzrok. Biopsihosocijalnim modelom, na kojem se temelji holistički pristup, a koji uz navedenu bakteriju uzima u obzir stres, pušenje, pijeње žestokih alkoholnih pića, neredovitu i prežestoku prehranu, možemo daleko bolje pojasniti etiologiju peptičke bolesti. Liječenje bolesnika od peptičke bolesti, prema biopsihosocijalnom modelu, zahtijeva primjereno vladanje komunikacijskim vještinama.

Na sreću bolesnika, a i same medicine, holistički se pristup zadržao u radu timova primarne zdravstvene zaštite. Takav pristup nije moguć bez kvalitetne komunikacije, tako da bi edukacija o načinu komunikacije između zdravstvenog osoblja i pacijenata trebala biti prisutna u preddiplomskim, diplomskim i poslijediplomskim studijima medicine i sestinstva. Komunikacija je most kojim uspješno povezujemo biološke, psihološke i socijalne karakteristike osobe u cjelinu. Komunikacija omogućava holistički pristup i kvalitetno liječenje u okviru biopsihosocijalnog modela.

Kako komunikaciju pretvoriti u lijek?

Prema Zakonu o lijekovima¹², medicinski lijek je svaka tvar ili mješavina tvari namijenjena liječenju ili sprječavanju bolesti kod ljudi te svaka tvar ili mješavina tvari koja se može primijeniti na ljudima u svrhu obnavljanja, ispravljanja ili prilagodbe fizioloških funkcija farmakološkim, imunološkim ili metaboličkim djelovanjem ili postavljanja medicinske dijagnoze. Ljekovita tvar može biti ljudskog, životinjskog ili biljnog podrijetla, a može se raditi o kemijskom elementu, prirodnoj kemijskoj tvari ili kemijskom proizvodu dobivenom kemijskom reakcijom. U lijeku razlikujemo djelatnu tvar, koja je nositelj djelovanja lijeka, te pomoćne tvari koje pomažu pri farmaceutskom oblikovanju lijeka ili poboljšavaju stabilnost, biološku raspoloživost ili podnošljivost lijeka. Imunološki je lijek onaj koji sadrži agense za stvaranje aktivnog imuniteta, kao što su cjepiva, toksini, serumi ili alergeni. Lijek ima indikacije i kontraindikacije za propisivanje, kao i nuspojave. Propisana je terapijska doza koja se, samo iznimno, uz kontrolu liječnika, smije prekoračiti jer ne treba zaboraviti da je doza ta koja pojedinu ljekovitu tvar razlikuje od otrova. Farmakodinamika proučava djelovanje lijeka na organizam, dok se farmakokinetika bavi djelovanjem organizma na lijek. Otkriće staničnih receptora bilo je ključno za razvoj kliničke farmakologije i proučavanje djelovanja lijeka na osobu. Zakonske i znanstvene definicije lijeka ističu njegovu tvarnu, materijalnu prirodu, iako komunikacija kao terapijsko sredstvo postoji još od paleolita, a u psihoterapiji riječi imaju lječidbenu moć.

Verbalna komunikacija

Verbalnom komunikacijom ljudi pretvaraju misli i emocije u riječi odnosno rečenice. Mogućnost vladanja riječima psiholozi smještaju u područje inteligencije. Tako Thurstone¹³, u svom faktorskom modelu inteligencije, razlikuje sedam specijalnih (S) faktora, među kojima su verbalno razumijevanje i verbalna fluentnost (rječitost), dok Gardner¹⁴, u svom modelu višestrukih inteligencija, govori o lingvističkoj inteligenciji. Lingvistička inteligencija uključuje bogat rječnik, učinkovito korištenje riječi, izražajnost govora, korištenje riječi u rješavanju praktičnih problema, korištenje jezika pri pamćenju podataka. Lingvistička je inteligencija u populaciji raspodijeljena prema Gaussovoj krivulji odnosno normalnoj raspodjeli. Iako je lingvistička inteligencija dobrim dijelom biološki zadana, edukacijom i uvježbavanjem može se dovoljno poboljšati da verbalna

komunikacija medicinskom osoblju, osobito obiteljskim liječnicima, pedijatri-
ma i ginekolozima te medicinskim sestrama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti,
postane važno terapijsko sredstvo. Pokušat ćemo, imajući u vidu navedene
činjenice; verbalnu, ali i neverbalnu komunikaciju, uvrstiti u nematerijalne lije-
kove usporedive s lijekovitim kemijskim tvarima.

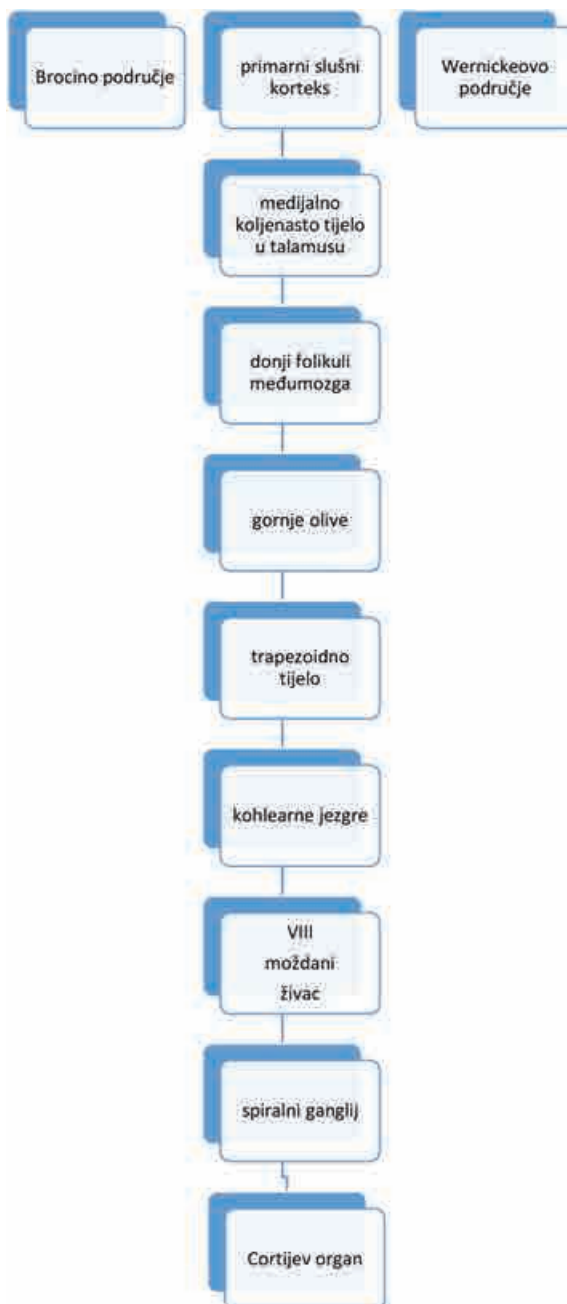
Fiziološki putovi lijekovitog djelovanja komunikacije

Kemijske tvari koje koristimo kao lijekove uzimaju se unosom u organizam en-
teralnim ili parenteralnim putem te izvana, nanošenjem na kožu ili sluznicu.
Enteralnim putem lijekovi se u organizam unose peroralno, pomoću nazoga-
strične sonde ili gastrostome. Parenteralnim putem lijekovi se u organizam
injiciraju subkutano, intramuskularno ili intravenski..

Da bi komunikacija djelovala lječidbeno, potrebno je aktivirati određene centre
smještene u kori velikog mozga. Verbalna i općenito slušna komunikacija pre-
nosi se do primarnog slušnog korteksa, Broccinog i Wernickeovog područja,
slušnim perceptivnim putem. Vizualna se komunikacija do primarnog i sekun-
darnog vidnog korteksa prenosi vidnim putem. Komunikacija dodirom, taktil-
nim se putem prenosi do somatosenzornog područja. Ne zaboravimo njušni
put koji osjet njuha prenosi do olfaktornog područja.

Slušni put

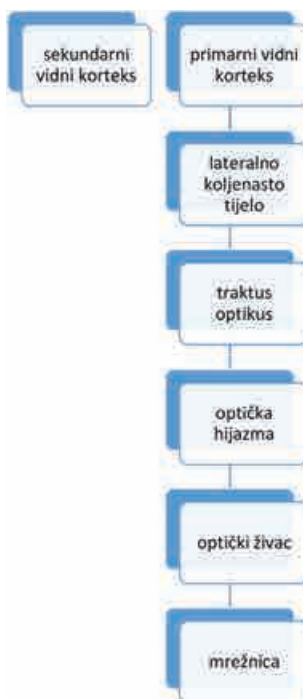
Slušni podražaji, odnosno informacije putuju od *Cortijevog organa* u unutar-
njem uhu do *spiralnog ganglija* i *osmim moždanim živcem* do *kohlearnih jez-
gara*. Odatle informacija vlaknima nastavlja do *trapezoidnog tijela*, do *gornjih
oliva u moždanom deblu*. Impuls dalje putuje do *donjih folikula međumozga*
i *medijalnog koljenastog tijela* u talamusu. Na kraju, impuls vlaknima dola-
zi do kore velikog mozga u području *gornje sljepoočne vijuge*, gdje se na-
lazi *primarni slušni centar*¹⁵. Na svom putu živčana vlakna daju postranične
ogranke za okolne strukture središnjeg živčanog sustava koje su važne za
refleksnu koordinaciju sluha i motorike. Primarni slušni centar povezan je s
Wernickeovim područjem koje je ključno za razumijevanje govora, kao i s
Brocinim područjem ključnim za govor. Napominjemo da je to pojednostavljeni
prikaz slušnog puta. Shematski prikaz slušnog puta prikazan je na Slici 5.



Slika 5. Slušni put – shematski prikaz

Vidni put

Impulsi, nakon što napuste mrežnicu, idu optičkim živcem do optičke hijazme, gdje se križaju samo vlakna koja dolaze iz medijalnih dijelova mrežnice (retine), a onda zajedno s vlaknima iz lateralnih dijelova mrežnice suprotnog oka formiraju traktus optikus, koji nosi impulse do lateralnog koljenastog tijela u talamusu, gdje se vlakna prekapčaju. Odatle, preko optičke radijacije, idu do primarnog vidnog korteksa (kore) u okcipitalnom režnju¹⁶. Uz primarni (strijatni) vidni korteks razlikujemo i sekundarni (ekstrastrijatni), asocijativni vidni korteks. Vidni put shematski je prikazan na Slici 6.



Slika 6. Vidni put – shematski prikaz

Somatosenzorni put

Somatosenzorni sustav uključuje osjete blagog dodira, pritiska, boli, temperature i proprioceptije (osjet relativne pozicije dijelova tijela). Ti osjeti su grupirani u tri različita puta koja vode od osjetnih tjelešaca, preko leđne moždine, do

mozga¹⁷. Prvi je modalitet diskriminativnog dodira (dodir, pritisak i percepcija vibracije). Drugi je modalitet boli i temperature, a treći modalitet propriocepcije. Za liječenje komunikacijom najvažniji je modalitet, odnosno put diskriminativnog dodira. Nakon podražaja osjetnog tjelešca, impuls putuje aferentnim, senzornim živcima do stražnjeg roga sive tvari u leđnoj moždini. Odatle živčana vlakna, u sastavu dorzalne kolumne, vode impuls do produljene moždine, gdje se prekapčaju i prelaze na suprotnu stranu. U sastavu medijalnog lemniskusa vlakna vode preko mosta i srednjeg mozga do talamusa i odatle do somatosenzornog područja korteksa velikog mozga. Somatosenzorni put shematski je prikazan na Slici 7.



Slika 7 Somatosenzorni put – shematski prikaz

Njušni (olfaktorni) put

Osjet njuha u suvremenih ljudi nije toliko bitan u usporedbi s vidom, sluhom i dodirrom. U liječenju komunikacijom ističemo ga kao temelj aromaterapije, čije elemente educirani zdravstveni djelatnici mogu koristiti u svakodnevnom radu s pacijentima. Njušni put¹⁸ započinje njušnim receptorima, u nosnom epitelu, od njih impuls kratkim njušnim živcima ulazi u njušno podebljanje (lat. *bulbus olfactorius*). Njušno podebljanje leži na donjoj strani čeonog režnja velikog mozga. Odatle impuls putuje njušnim snopom (lat. *tractus olfactorius*) do prednjeg spoja (lat. *commisura anterior*), koji spaja dva kontralateralna njušna puta. Od prednjeg spoja impuls putuje do njušnog korteksa koji se nalazi u bazalnom dijelu čeonog režnja i u medijalnom dijelu sljepoočnog režnja. Njušni se korteks nalazi u središtu limbičkog sustava, koji nazivamo i emocionalnim mozgom. Njušni put je shematski prikazan na Slici 8.



Slika 8. Njušni put – shematski prikaz

Za djelovanje tvornih lijekova potreban je funkcionalni gastrointestinalni sustav, u slučaju peroralne primjene, i pristupačne vene za intravensku primjenu. Analogno tome, za djelovanje komunikacije kao lijeka potrebni su funkcionalni perceptivni putevi.

Za uspješno lječidbeno komuniciranje verbalnim komunikacijskim kanalom potrebno je imati neoštećene centre u mozgu koji su zaduženi za produkciju i razumijevanje govora, neoštećen govorni aparat i neoštećen sluh unutar područja frekvencije govora. Pacijenti koji su preboljeli cerebrovaskularni inzult, boluju od Alzheimerove bolesti i drugih oblika demencije, kojima je izvršena laringektomija, nagluhi su ili gluhi, imaju teškoća s verbalnom komunikacijom.

Liječnik i sestra trebaju prilagoditi liječenje komunikacijom hendikepu koji pacijent ima, varirajući verbalne, paraverbalne i neverbalne elemente komunikacije.

Posredni kanali komunikacije

Razvoj komunikacijske tehnologije omogućio je suvremenim ljudima uporabu brojnih posrednih komunikacijskih kanala. Prije samo tridesetak godina, ako izuzmemo tisak, radio i televiziju kao sredstva masovne komunikacije, ljudi su posredno komunicirali pismenim putem, fiksnim telefonom ili uključivanjem treće osobe kao posrednika. Revolucija u posrednoj komunikaciji započeta je uvođenjem mobilnih telefona, a nastavljena razvojem Interneta. Razvila se mogućnost komuniciranja kratkim porukama (SMS), elektroničkom poštom (e-mail) i društvenim mrežama (Facebook, Twitter i sl.). Tu je i mogućnost komuniciranja putem VoIP pružatelja usluga (eng: *Voice over Internet Protocol*), kao što su Skype, Viber i WhatsApp. Daljnji razvoj računalne tehnologije pretvorio je mobilne telefone u tzv. pametne telefone (eng: *smartphone*), zapravo mala računala kojima se može komunicirati na prethodno opisane načine. Pomoću internetskih pretraživača moguće je komunicirati s dobro organiziranim bazama podataka i u kratkom vremenu doći do traženih informacija. .

Doziranje komunikacije

Komunikaciju, kao i svaki drugi lijek, valja dozirati. Dozirati lijek znači odrediti onu količinu ljekovite tvari kojom se postižu rezultati liječenja. Terapijsku širinu čini raspon doza lijeka koje koristimo u liječenju. Nižim dozama ne postizemo lječidbeni učinak, a više se doze kreću od toksičnih do letalnih. Slično je kod liječenja komunikacijom. Premalo komunikacije nedovoljno liječi, a i

previše informacija u kratkom vremenu zbunjuje pacijenta, što također dovodi do slabijeg učinka liječenja. Na sreću, ako pretjeramo s količinom komunikacije, ne postoji letalna, odnosno smrtonosna doza, kao što je to slučaj s tvarnim lijekovima. Iznimka je uvredljiva komunikacija, koja može imati učinak ravan toksičnom kod tvarnih lijekova. U tom slučaju riječi nisu lijek, već otrov.

Kako odrediti terapijsku dozu komunikacije pri jednom savjetovanju?

Komunikacija omogućuje prenošenje informacija pomoću poruka. Poruka može sadržavati različite količine informacija, ako informaciju definiramo kao novu spoznaju. Količina informacije u poruci ovisi kako o izvoru, tako i o primatelju poruke. To u praksi znači da zdravstveno osoblje treba komunikaciju s pacijentima, koliko je to moguće, personalizirati, uzimajući u obzir kognitivne sposobnosti, razinu obrazovanja i zdravstvenu pismenost pacijenta. Količina informacije se može precizno izmjeriti. Događaj s dva moguća ishoda razlučuje stanje postojanja od stanja nepostojanja informacije i uzima se kao mjera količine informacije¹⁹. Osnovna mjera količine informacije naziva se **BIT** (eng. *binary digit*) i označava količinu informacija 50% vjerojatnog događaja. Osam bit-ova čini **BYTE** (eng. *binary term*).

Prepustimo teoriju kibernetičarima i vratimo se praksi. Istraživanja su ukazala da prosječni pacijent u komunikaciji sa zdravstvenim osobljem u prosjeku zapamti samo 15% verbalnih informacija, što je značajan uzrok slabije suradljivosti²⁰.

Suvremeni modeli pamćenja razlikuju senzorne registre te kratkotrajno i dugotrajno pamćenje. Kratkotrajno pamćenje ili, prema Baddeleyu i Hitchu²¹, radno pamćenje ima ograničene mogućnosti obrade informacija, prije nego li se one prebace u dugoročno pamćenje. Prema istraživanjima, radi se o pet do devet čestica, odnosno jednostavnih informacija, poput brojki u slijedu koje se mogu zapamtiti i reproducirati. Ispitanici su u takvim istraživanjima obično studenti ili mlađe osobe. Mnogi naši kronični bolesnici su stariji od 65 godina i u radnom pamćenju mogu obraditi od dvije do četiri čestice. Stoga je dobro složenu informaciju pojednostavniti, pretvarajući je u manji broj povezanih čestica, služeći se metodom *komadanja* (eng. *chunking*). Uzmimo za primjer savjetovanje pacijenta, s novootkrivenom šećernom bolešću tipa 2, o zdravom načinu života. Zdrav način života dijabetičara uključuje pravilnu prehranu, tjelesno vježbanje, kontrolu stresa, nepušenje i izbjegavanje veće količine alkohola.

Ako bi liječnik i pacijent u jednom savjetovanju proradili sve navedene odrednice zdravog životnog stila, količina informacija nadmašila bi kapacitet radnog pamćenja. Prosječni bi pacijent zapamtio, u najboljem slučaju, četvrtinu informacija i bio prilično zbunjen. Zato se pri prvom savjetovanju najbolje usmjeriti na dvije temeljne odrednice zdravog života dijabetičara: pravilnu prehranu i tjelesno vježbanje. Komunikacija liječnika i pacijenta bi u tom slučaju izgledala ovako:

Liječnik: „Neizmjerne je važno da se pridržavate pravilne prehrane.“

Pacijent: „Što ne smijem, a što smijem jesti?“

Liječnik: „Izbjegavajte kolače, posebno kremaste, i ostale slastice te zaslađena pića. Smanjite konzumiranje kruha i tjestenine. Za sada je to dovoljno. Tijekom sljedećih susreta detaljnije ćemo razraditi jelovnike za dijabetičare.“

Pacijent: „U posljednje sam vrijeme pretjerivao sa slatkim, poslušat ću vaš savjet.“

Liječnik: „Također je važno da barem 30 minuta dnevno tjelesno vježbate.“

Pacijent: „Nemam vam ja vremena za teretanu.“

Liječnik: „Ne morate u teretanu, dovoljno je žustro hodati ili provoditi vježbe oblikovanja kod kuće, u trajanju najmanje 30 min.“

Pacijent: „Toliko vremena bih mogao posvetiti vježbanju.“

Liječnik: „Važno je kontrolirati stres i neke loše navike. O tome ćemo porazgovarati na sljedećim susretima.“

Pacijent s novootkrivenom šećernom bolešću tipa 2 na prvom savjetovanju dobiva samo dvije poruke o promjeni životnog stila:

1. Izbaciti slastice, smanjiti količinu kruha i tjestenine u prehrani.
2. Tjelesno vježbati ili hodati barem 30 minuta dnevno.

Tijekom narednih savjetovanja slijedi detaljnija edukacija o pravilnoj prehrani i tjelesnom vježbanju, kao i savjetovanje o učinkovitom suočavanju s psihičkim stresom.

Pamćenje informacija može se dodatno poboljšati uporabom slikovnog materijala, odnosno crtanjem²².

Snaga i dinamika elemenata komunikacije

Kemijski sastav određuje terapijsku dozu, specifičnost, snagu i dinamiku djelovanja tvari koje koristimo u svrhu liječenja. Ovisno o kemijskoj strukturi

lijekovi djeluju na određene stanične receptore ili se vezuju na određene molekule u tijelu. Analogno tome, i verbalna i neverbalna komunikacija djeluju u sudionika na određene senzorne receptore. Prethodno opisanim načinima, specifičnim za pojedine osjetne modalitete, informacija dolazi do kore velikog mozga. U korteksu velikog mozga prepoznaju se informacije upućene komunikacijom, nakon čega slijedi svjesni odgovor. Refleksni i nesvjesni odgovori javljaju se na nižim postajama određenog osjetnog puta. Liječnik, koji svjesno koristi komunikaciju kao lijek, može, komunicirajući s pacijentom kojega poznaje, izazvati poželjni kognitivni, emocionalni i ponašajni odgovor, koji pomaže u promicanju zdravlja, prevenciji i liječenju bolesti. Promjene koje komunikacija izaziva u izlučivanju neuroprijenosnika (acetilkolin, noradrenalin, dopamin, serotonin, histamin, glutaminska i gama aminomaslačna kiselina, glicin i neuropeptidi) analogne su promjenama koje izazivaju psihotropni lijekovi, odnosno psihofarmaci. Drugim riječima, znalačkom komunikacijom u svakodnevnom radu, obiteljski liječnik može smanjiti tjeskobu i ublažiti depresiju svojih pacijenata. Anksiolitički učinak temelji se na povećanju izlučivanja gama aminomaslačne kiseline, a antidepressivni na povećanju izlučivanja serotonina, dopamina i noradrenalina²³. Dobro usmjerena komunikacija može povećati razinu endorfina i encefalina, endogenih opioda koji imaju analgetski učinak. Liječnik komunikacijom može potaknuti pacijenta na povećanu suradljivost u farmakološkom i nefarmakološkom liječenju bolesti, pa tako npr. komunikacija može imati posredni antihipertenzivni i antidijabetički učinak. Značajna je razlika što je komunikacija, za razliku od farmakološkog pripravka, jezično i općenito kulturalno uvjetovana. Svoju punu lječidbenu ulogu komunikacija može odigrati jedino kada se liječnik i medicinska sestra jezično i kulturalno prilagode svom pacijentu.

Indikacije, kontraindikacije, mjere opreza i nuspojave pri liječenju komunikacijom

Indikacije

Indikacije za liječenje komunikacijom su gotovo svi problemi zbog kojih se pacijenti obraćaju zdravstvenom osoblju. Primjerenom komunikacijom liječnik i medicinska sestra mogu učinkovito ublažiti psihičke probleme koje pacijent ima, smanjiti doživljaj stresa, ublažiti tjelesnu bol, poboljšati suradljivost i motivirati pacijenta za zdravi način života. U odabiru načina liječenja

komunikacijom, ulogu, uz ciljeve koje želimo postići, ima i dob, obrazovanje te karakteristike osobnosti pacijenta. Za liječenje komunikacijom u najboljoj poziciji timovi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, osobito u obiteljskoj medicini, jer najbolje poznaju svoje pacijente, kojima za dolazak u ambulantu nije potrebna uputnica.

Kontraindikacije i mjere opreza

Apsolutna kontraindikacija za liječenje komunikacijom ne postoji. Ne postoji „opća alergija“ na komunikaciju. Postoje samo načini komunikacije koji su manje primjereni psihičkim osobinama određene osobe odnosno zdravstvenim problemima koje ima. Potreban je oprez u primjeni humora, ironije, sarkazma, naglašavanju određenih riječi i korištenju izraza koje pacijenti neće razumjeti ili će ih shvatiti na neželjeni način.

Nuspojave

Kad govorimo o nuspojavama farmakološke terapije, govorimo, uglavnom, o neželjenim simptomima koji se javljaju pri uzimanju, po pravilima struke, propisanih lijekova. Nuspojave dobro dozirane i pravilno indicirane komunikacije nisu neželjeni simptomi. Štoviše, radi se o poželjnim „simptomima“, kao što su poboljšana suradljivost, kako u farmakoterapiji, tako i u prihvatanju zdravog načina života. Veća kritičnost pri pretraživanju Interneta, u potrazi za zdravstvenim savjetima, je još jedna značajna nuspojava uspješnog liječenja komunikacijom.

ELEMENTI VERBALNE KOMUNIKACIJE

Vrste riječi

Kako i samo ime kaže, osnovni element verbalne komunikacije je **riječ** (lat. *verbum*). Da bi zdravstveni djelatnik uspješno primijenio liječenje komunikacijom, potrebno je barem osnovno poznavanje vrsta riječi. Prema Hrvatskom rječniku, riječ se definira kao skup glasova koji ima svoje značenje²⁴. Kao svaki lijek, i riječ ima svoju dozu, terapijsku širinu, indikacije, kontraindikacije i nuspojave. Riječ, poput lijeka, može imati brzo, snažno ili pak usporeno djelovanje na pacijenta. Obiteljski će liječnik, medicinska sestra i drugi zdravstveni djelatnici birati riječi ovisno o cilju koji žele postići: smiriti anksioznog ili razvedriti depresivnog pacijenta, poboljšati suradljivost kroničnih bolesnika, motivirati pacijenta za mršavljenje ili prestanak pušenja.

U tradicionalnoj gramatici hrvatskoga jezika postoji deset vrsta riječi. One se dijele na promjenljive i nepromjenjive riječi. Promjenljive se riječi mogu sklanjati, sprežati i/ili stupnjevati. U njih ubrajamo imenice, glagole, pridjeve, zamjenice, neke brojeve i neke priloge. Nepromjenjive su riječi neki brojevi, neki prilozni, veznici, prijedlozi i uskllici.

Imenica (lat. *substantivum*), promjenljiva je vrsta riječi kojoj su svojstvene gramatičke kategorije roda, broja i padeža i sklonidba (deklinacija)²⁵. Prema leksičkim ili leksičko-gramatičkim svojstvima imenice se, uz ostale podjele, dijele na konkretne (npr. *stetoskop, tlakomjer*), apstraktne (npr. *suradljivost, uspjeh*) i vlastite (npr. *Hrvatska, Ana*). U hrvatskom je jeziku, uz pomoć sufiksa, moguća tvorba nekih imenica koje znače štogod veliko (*uvećanica, augmentativ*) ili maleno (*umanjenica, deminutiv*). Tako uvećanica imenice *ruka* glasi *ručetina*, a umanjenica *ručica*.

Glagol (lat. *verbum*) je promjenljiva vrsta riječi kojom se označuje kakva radnja, stanje, promjena stanja, zbivanje, i sl.²⁶. Riječ može biti o djelovanju što ga subjekt izvodi (*Pacijent podiže nogu*) ili podnosi, trpi (*Pacijent će biti operiran*), o samom postojanju subjekta (*Lijek postoji*), o njegovu stanju ili promjeni stanja (*Srce slabi*). U većini jezika glagoli imaju posebne gramatičke osobitosti, npr. sprežanje ili konjugaciju (za razliku od sklanjanja ili deklinacije koja je svojstvena imenicama i drugim imenskim riječima). Glagoli su riječi kojima je svojstven najveći broj gramatičkih kategorija. Tako razlikujemo glagole prema vidu i prema prijelaznosti. Kategorijom vida označuje

se protežnost radnje, koja je svojstvena nesvršenim ili imperfektivnim glagolima (*previjati*) ili neprotežnost, koja je svojstvena svršenim ili perfektivnim glagolima (*previti*), dok se kategorijom (ne)prijelaznosti označuje odnos između glagola i objekta (tj. predmeta uključena u proces). S obzirom na to, razlikuju se prijelazni (*preboljeti*), neprijelazni (*spavati*) i povratni glagoli (*umivati se*). Kategorija vremena govori, u prvome redu, o odnosu između procesa i govornoga čina. Prošlim vremenom označavamo situacije kada proces prethodi govornomu činu. U prošlo vrijeme ubrajamo: aorist (*začuh*), imperfekt (*čujah*), perfekt (*čuo sam*) i pluskvamperfekt (*bio sam/bijah čuo*). Ako se proces odvija istodobno s govornim činom, riječ je o sadašnjem vremenu: prezentu (*čujem*), a ako se proces označen glagolom odvija nakon govornoga čina, riječ je o budućem vremenu, futuru prvom (*ćut ću*) ili futuru drugom (*budem čuo*). Kategorijom načina označuje se odnos procesa prema stvarnosti (prema poruci) ili prema sudionicima govornoga čina. Ako je proces stvaran, faktičan, obično je riječ o indikativu, a ako je nestvaran, hipotetičan, govori se o kondicionalu (*čuo bih*) ili o optativu (*dobro čuli!*) zdravi bili!). Kondicional označuje da je proces moguć ili uvjetan, a optativ da je poželjan. Imperativ (*čuj!*) označuje usmjerenost procesa prema sugovorniku ili sugovornicima. Kategorijom lica označuje se nositelj (pokretač) procesa ili sudionik govornoga čina. Tri su lica u jednini (*čujem, čuješ, čuje*) ili tri u množini (*čujemo, čujete, čuju*).

Pridjev ili **adjektiv** (prema lat. *adjectivus*:dodan, priložen) je promjenjiva vrsta riječi koja većinom izražava privremena ili trajna svojstva ili stanja²⁷, npr. *visok, tjeskoban, osjetljiv, blijed, žut*. U hrvatskom jeziku broj pridjeva je potencijalno neograničen jer se od imenica i glagola mogu tvoriti novi pridjevi, a mogu se i posuđivati iz drugih jezika. Pridjevi se, poput imenica, sklanjaju po padežima i imaju jedninu i množinu. Specifičnost većine pridjeva je komparacija, pa tako razlikujemo: pozitiv (*snažan*), komparativ (*snažniji*) i superlativ (*najsnažniji*). Pridjevi se u hrvatskom jeziku slažu s imenicama u rodu, broju i padežu unutar imenske skupine (npr. *izvrstan lijek*, ali *izvršna mast*) i predikativno (*taj je lijek izvrstan*, ali *ta je mast izvršna*).

Prilog ili **adverb** (lat. *adverbium*: što pripada uz glagol), u lingvistici, naziv je za vrstu riječi koja mijenja značenje glagola ili sintaktičke skupine (frazе) kojom upravlja glagol²⁸. Prilozi opisuju okolnosti radnje ili stanja koje su izražene glagolom pa razlikujemo *priloge vremena, načina i mjesta*: **Danas**

(kada?) uzmete dvije tablete.; **Polako** (kako?) podignite ruku.; , Boli li Vas ovdje (gdje)?

Vežnik je vrsta riječi koja povezuje dijelove rečenice ili čitave rečenice u veće cjeline²⁹: *lagana ishrana i 30 minuta tjelovježbe dnevno*; *Pacijent mirno diše i opušta mišiće. Prije operacije nemojte ništa jesti ni piti. Vježbajte kad vam najviše odgovara, najbolje ujutro ili navečer. Mjerite češće krvni tlak, ali nemojte pretjerivati.* Prema značenju, tradicionalna gramatika razlikuje sastavne veznike (*i, te, pa, ni, niti*) od rastavnih (*ili*), i suprotnih (*a, ali, nego, no, već*).

Broj je vrsta riječi koja označava izbrojenu količinu (redosljed i sl.) predmeta koji su označeni imenicama³⁰. Također, u hrvatskom jeziku, broj je morfološka kategorija koja ima dvije gramatičke oznake: jedninu i množinu.

Uzvik ili **usklik (interjekcija)** nepromjenljiva je i nepunoznačna vrsta riječi³¹. Uzvici služe izricanju osjećaja, duševnih raspoloženja, za dozivanje ili poticanje ili za oponašanje zvukova iz prirode. Jednim se uzvikom mogu izražavati različiti osjećaji ili se isti osjećaj može izraziti različitim uzvicima. Uzvici se, prema značenju, mogu podijeliti u ove skupine: (1) uzvici u užem smislu, koji se ponajprije odnose na govornika i njima se izriče divljenje, bol, iznenađenje, veselje itd.; (2) zapovjedni uzvici, koji se odnose na sugovornika i (3) onomatopeje, kojima se imitiraju zvukovi iz prirode. Značenje nekih uzvika proizlazi iz cjeline teksta, okolnosti, konteksta u kojem je upotrijebljen, naglasaka, rečenične intonacije itd. (npr. *oh, eh, ih*). Tim se uzvicima mogu izricati i posve suprotni osjećaji pa takvi uzvici mogu biti sami sebi antonimni (npr. uzvikom *oh* može se izraziti zadovoljstvo uspješnim tijekom liječenja, ali i bol prilikom liječničkog pregleda). Određenije značenje imaju svi onomatopejski uzvici jer se njima obično oponaša sasvim određeni zvuk iz prirode (npr. *mu* oponaša glasanje krave, *kre žabe, mijau* mačke, a *klik* oponaša uporabu računalnog miša.).

Uzvici tvore otvoren skup te se veoma lako mogu stvarati i novi uzvici ili preuzimati uzvici iz stranih jezika.

Čestica (riječca, partikula) je jezična jedinica koju je tradicionalna gramatika smatrala prilogom, ali se po svojim morfosintaktičkim i semantičkim obilježjima razlikuje od priloga pa novije gramatike uvode posebnu vrstu nepromjenljivih riječi – čestice³², npr. *baš, čak, da, god, još, li, ma, ne, ni, tek, već, zar.*

Budući da čestice pokazuju govornikov odnos prema sadržaju izričaja i odnos sadržaja izričaja prema objektivnoj stvarnosti, nazivaju se i *modalnim riječima*.

Denotativno i konotativno značenje riječi

Riječi imaju denotativno i konotativno značenje³³. Denotativno (prema lat. *denotatio* = označivanje) je objektivno značenje, koje je podjednako za sve govornike određenog jezika. Radi se o definiciji značenja riječi kakvu nalazimo u rječnicima. Tako je npr. *majka* ženski roditelj, *ožiljak* je trag rane na koži koja je zarasla, a *mišolovka* je klopka pomoću koje se love miševi. Konotativno značenje riječi (prema srednjovjekovnom lat. *connotatio* = bilježenje) predstavlja ukupnost asocijacija koje određena riječ izaziva. To su zapravo sva ona značenja koja određena riječ ima uz osnovno, denotativno značenje. Drugim riječima, radi se o suznačenjima koja određena riječ ima. Tako riječ *majka*, uz denotativno značenje, ima konotativna značenja kao što je, primjerice, *brižnost*, *ljubav*, *nježnost* i sl. Riječ *ožiljak*, uz denotativno značenje, ima i konotativno značenje ožiljka duše, kao posljedice psihičkih problema. Riječ *mišolovka* ima konotativno značenje *bilo kakve klopke*, odnosno *situacije u kojoj ne vidimo izlaz*. Konotativno značenje riječi nerijetko ima jak emotivni naboj, ovisno o situaciji u kojoj se riječ koristi. Upravo taj emotivni naboj čini određenu riječ pogodnom za uporabu u liječenju komunikacijom. Uz emotivni naboj, konotativnom značenju riječi pridonosi i kognitivna specifičnost, odnosno misli i mentalne slike koje određena riječ izaziva u osobi.

Sinonimi, antonimi i homonimi

Sinonim (prema grč. *synónymos*: istoimen, koji je istoga imena) je termin koji se odnosi na dvije ili više riječi (leksema) istoga ili sličnoga značenja³⁴. Riječi su u sinonimijskom odnosu kad imaju identično denotativno i konotativno značenje pa su zamjenjive u svim kontekstima u kojima se pojavljuju. U suvremenijim teorijskim pristupima zastupa se tvrdnja da ne postoje potpuni ili apsolutni sinonimi jer između različitih riječi istog denotativnog značenja postoji barem neznatno konotativno značenje. Posuđenice, regionalizmi, arhaizmi, neologizmi, stručni ili ulični žargon pridaju svakoj riječi različita semantička obilježja ili konotativne vrijednosti. Prema tome, postoje samo *djelomični sinonimi* (*parasinonimi* ili *paronimi*).

Primjeri sinonima: *identičan / isti / podjednak* ; *pokretljivost / mobilnost* ; *mreža / katarakta*.

Izborom sinonima, liječenje komunikacijom moguće je prilagoditi stupnju obrazovanja i, općenito, kulturalnim karakteristikama pacijenta.

Antonim (anti + grč. *onyma*:ime), riječ suprotstavljena po značenju drugoj riječi iz iste vrste, protuznačnica³⁵ (*zdravlje – bolest, mršav – debeo*).

Antonimi se razlikuju prema podrijetlu i prema naravi značenjske suprotnosti. S obzirom na **podrijetlo**, antonimi mogu biti primarni ili raznokorijenski: lijevo – desno, topao – hladan, vlažan – suh) i tvorbeni ili istokorijenski: *moralan – nemoralan, otvoriti – zatvoriti, proziran – neproziran, pokretan – nepokretan*). Prema **naravi** značenjske suprotnosti, antonimi mogu biti: **binarni, stupnjeviti i obratni**.

Binarni su antonimi oni koji u potpunosti pokrivaju određeni leksičko-semantički mikrosustav: *otrovno – neotrovno, živ – mrtav, jestivo – nejestivo, benign – malign*

Stupnjeviti su antonimi krajnje točke leksičko-semantičkog mikrosustava između kojih postoji još najmanje jedna, središnja točka koja označava normalnu vrijednost od koje se mjeri suprotnost prema jednome ili drugome parnjaku: *topao – hladan, malen – velik, visok – nizak, brzo – sporo*.

Obratni su antonimi oni koji označavaju isti odnos gledan iz dviju suprotnih perspektiva:

iznad – ispod, dati – primiti, primaknuti – odmaknuti

Uporaba antonima daje liječenju komunikacijom određenu dramatičnost i dinamiku.

Primjer: Vježbanjem ćete se osjećati *zdravim i jakim*, a ne *bolesnim i slabim*, kako se sada osjećate.

Homonimi

Riječi jednakih izraza, ali različitog sadržaja nazivaju se homonimi³⁶. Dvije riječi s istim izrazom, ali različitim sadržajem nazivamo homonimski par.

Homonimi mogu biti *morfološki* ili *leksički*.

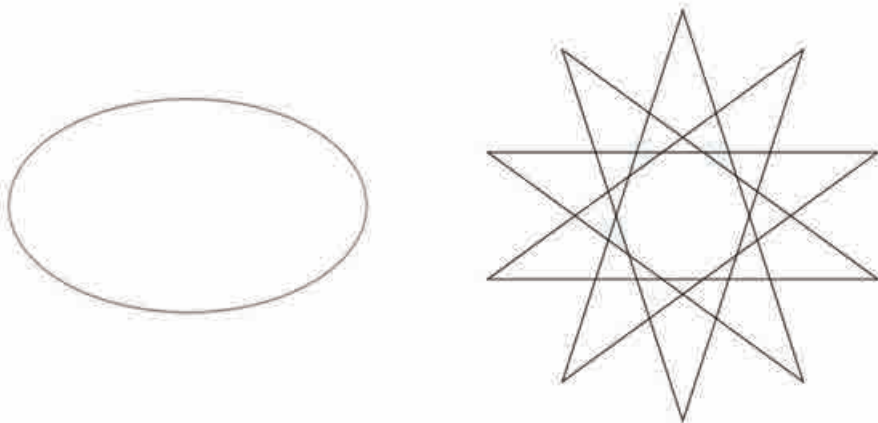
Morfološki homonimi nastaju zbog izjednačavanja oblika uslijed dobivanja nastavka u deklinaciji ili konjugaciji: usta (imenica, pluralia tantum – nominativ, genitiv i akuzativ množine) i usta (drugo i treće lice jednine glagola ustati)..

Leksički homonimi nastaju:

- a) posuđivanjem (instrument – kirurški i glazbeni)
- b) tvorbom riječi (istupiti - iz- + tupiti; iz- + stupiti)
- c) glasovnim promjenama u prošlosti: biti – postojati, i biti – tući
- d) udaljavanjem značenja: list - dio potkoljenice. i list - dio biljke

„Obli“ i „oštri“ doživljaj riječi

Istraživanja su pokazala da neke *neriječi* podsjećaju na oblike. Ispitanici, neovisno o različitim materinjim jezicima i kulturalnim razlikama, iste neriječi povezuju s *oblim* (bez kutova) odnosno *oštrim* (s više kutova) ponuđenim nacrtanim likom. Na slici 9 prikazan je jedan *obli* (elipsa) i jedan *oštri* (višeokraka zvijezda) geometrijski lik.



Slika 9 Obli (elipsa) i oštri (višeokraka zvijezda) geometrijski likovi.

Ispitanici su *neriječ maluma*, neovisno o materinjem jeziku, povezivali s oblim likom lijevo, dok su *neriječ takete* povezivali s oštrim likom desno³⁷. U drugim se istraživanjima koristio i **bouba/kiki**³⁸ par neriječi, s istim rezultatima. Riječi u kojima je prisutna kombinacija suglasnika m,l,n,b,g,z,d zvuče oblo, dok riječi u sastavu kojih su suglasnici t, k, s, p zvuče oštro. Zanimljivo je da

se i same riječi hrvatskog jezika *oblo* i *oštro* dobro uklapaju u *maluma/takete efekt*.

Koristeći *maluma/takete efekt* u liječenju komunikacijom, riječima možemo postići efekt blage masaže ili kirurškog reza.

Primjer uporabe *maluma efekta* u liječenju komunikacijom:

Dobro bi bilo dodatno namazati vrat duboko djelujućim gelom.

Primjer uporabe *takete efekta* u liječenju komunikacijom:

Trebate striktno po uputi ukapavati kapi u oko.

Stilske figure

Stilske figure su izražajna sredstva pomoću kojih govornici ili pisci daju riječima nova, šira i prenesena značenja. Stilske figure čine poruku slikovitijom i zanimljivijom za sugovornika. Razlikujemo figure dikcije ili glasovne figure, sintaktičke figure, figure misli i trope ili figure riječi³⁹. Liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik, pri liječenju verbalnom komunikacijom, može stilskim figurama pojačati učinak svojih riječi. Riječi oblikovane u stilsku figuru mogu imati kumulativno djelovanje i brže se procesuirati u radnom pamćenju. Također, stilska je figura, zahvaljujući asocijacijama koje izaziva, bolje pohranjena i pacijent je lakše može dozvati iz dugoročnog pamćenja kad mu je to potrebno.

U daljnjem tekstu prikazat ćemo neke stilske figure i mogućnosti njihove uporabe u liječenju komunikacijom.

Figure dikcije ili glasovne figure

Asonanca nastaje zvukovnim ponavljanjem samoglasnika radi postizanja ugođaja, ritma ili glasovnih učinaka⁴⁰.

Primjer uporabe asonance u liječenju komunikacijom: *Oprostite, ali opojne droge ograničavaju Vašu osobnost.*

Aliteracija nastaje ponavljanjem početnih fonema, istih ili sličnih suglasnika ili suglasničkih skupina radi postizanja zvukovnog ugođaja, ritma ili glasovnih efekata⁴¹.

Primjer uporabe aliteracije u liječenju komunikacijom: *Prvo pritisnite prstom, malo pričekajte, potom popustite pritisak. Prestanite pušiti i prodisat ćete punim plućima.*

Onomatopeja je stvaranje riječi oponašanjem zvukova iz prirode. Oponašati se mogu određeni zvukovi iz prirode, životinjsko glasanje ili zvukovi udaraca⁴².
Primjer uporabe onomatopeje u liječenju komunikacijom: *Zvižduci i poneki suhi hropčić nad bazom pluća govore u prilog bronhitisu. Nad vrhom srca čujem šum, poput šištanja pare.*

Anafora je figura dikcije kojom se ponavljaju iste riječi na početku niza rečenica⁴³

Primjer uporabe anafore u liječenju komunikacijom: *Lijek je pokret. Lijek je hrana. Lijek je smijeh. Lijek je lijepa misao.*

Epifora je ponavljanje istih riječi na kraju rečenica⁴⁴.

Primjer uporabe epifore u liječenju komunikacijom: Mirujte **do kontrole**. Svakih dvanaest sati uzmite antibiotik, **do kontrole**. Po potrebi snižavajte vrućicu, **do kontrole**. Pijte dosta čaja, uz laganu hranu, **do kontrole**.

Simploka je figura dikcije u kojoj se riječi ponavljaju i na početku i na kraju rečenice⁴⁵.

Primjer uporabe simploke u liječenju komunikacijom:

Bolje ćete se osjećati uz ovaj lijek. Bolje ćete spavati uz ovaj lijek. Bolje ćete razmišljati uz ovaj lijek.

Rima ili srok je glasovno podudaranje riječi na završetku rečenica⁴⁶.

Primjer uporabe rime u liječenju komunikacijom:

Muči me ova Vaša šutnja.

*Kao da iz nje progovara **ljutnja**.*

*Uz alkohol i cigarete, što će biti s **Vama**?*

*Bojim se, progutat će Vas **tama**.*

Sintaktičke figure ili figure konstrukcije

Inverzija je preokretanje uobičajenog slijeda riječi u rečenici radi jačeg isticanja poruke⁴⁷.

Primjer uporabe inverzije u liječenju komunikacijom:

Stres zdravlje uništava Vaše.

Uz more šetnja, blagodat je plućima Vašim.

Polisindeton i asindeton nastaju nizanjem riječi, polisindeton uz ponavljanje veznika, asindeton bez veznika⁴⁸.

Primjer uporabe polisindetona u liječenju komunikacijom:

I žalost i ljutnja i zavist, i ljubomora, sve te emocije prate crni stres.

I uzeli ste lijek, i pazili na prehranu, i dalje niste dobro.

Primjer uporabe asindetona u liječenju komunikacijom:

Mjerite, zapisujte, pohranite, donesite rezultate na uvid.

Rad, opuštanje, druženje, hobi, ljubav najbolji su čuvari zdravlja.

Elipsa nastaje kad se iz rečenične cjeline izostavljaju pojedine riječi, a smisao ostaje prepoznatljiv⁴⁹.

Primjer uporabe elipse u liječenju komunikacijom:

Boli? Svrbi? Dobro? Nikad pušili? Uvijek zdrava?

Retoričko pitanje stilska je figura u kojoj se na postavljeno pitanje ne očekuje odgovor⁵⁰.

Primjer uporabe retoričkog pitanja u liječenju komunikacijom:

Postoji li lijek koji liječi sve bolesti?

Možete li se riješiti ovisnosti bez motivacije?

Figure misli

Hiperbola je preuveličavanje u govoru radi naglašavanja stava⁵¹.

Primjer uporabe hiperbole u liječenju komunikacijom:

Uz ovoliko lijekova ne trebate drugu hranu.

Nakon terapije bit ćete „kao nov“.

Tisućiti put Vam ponavljam, lijek valja uzeti svakodnevno.

Litota umanjuje izraz zamjenjujući ga slabijim, koji je negativan i suprotan⁵².

Primjer uporabe litote u liječenju komunikacijom:

U ovom stanju niste najsposobniji za rad.

U topicama Vam neće biti loše.

Gradacija ili **stupnjevanje** nastaje izborom riječi ili brojeva kojima se postupno pojačava ili slabi određena predodžba⁵³.

Primjer uporabe gradacije u liječenju komunikacijom:

Pijete li manje od jednom mjesečno, jednom tjedno, nekoliko puta tjedno, svakodnevno?

Molim da na ljestvici od jedan do deset označite stupanj križobolje.

Komparacija ili **poredba** nastaje stavljanjem pojmova u odnos na temelju sličnosti⁵⁴.

Primjer uporabe gradacije u liječenju komunikacijom:

Krvna slika Vam je kao u sportaša.

Ako smršavite, kretat ćete se poput mladića.

Antiteza je figura koja se temelji na suprotstavljanju pojmova⁵⁵

Primjer uporabe antiteze u liječenju komunikacijom

Ponekad šutnja govori više od riječi.

*Nema nam druge nego **s prijateljiti se s vlastitom bolešću.***

Oksimoron je jezična figura, slična antitezi, u kojoj se spajaju dva nespojiva, oprečna pojma⁵⁶.

Primjer uporabe oksimorona u liječenju komunikacijom:

*Dakle, Vaš tlak **konstantno varira.***

*Generički su lijekovi **kopije vjerne originalu.***

*Vaše je liječenje **napola gotovo.***

Paradoks u sebi sadrži proturječnost nekoj tvrdnji koja je općeprihvaćena⁵⁷.

Primjer uporabe paradoksa u liječenju komunikacijom:

Svi nalazi dobri, a Vi bolesni.

Uz lijekove, bolest se pogoršala.

Što je zdravstvo dostupnije, duže su liste čekanja.

Ironija i **sarkazam** su načini izražavanja karakteristični po suprotnosti između izrečenog i pravog stajališta. Sarkazam je jetka ironija.^{58,59} Ironija je, u načelu, blaža od sarkazma, iako ih je nerijetko teško razlikovati.

Primjer uporabe ironije i sarkazma u liječenju komunikacijom:

Vaša je suradljivost za svaku pohvalu.

Dugo niste bili na bolovanju.

Htio bih biti prvenstveno liječnik, a postao sam niži računalni operater.

Znači, želite uputnicu za pravog liječnika.

Figure riječi ili tropi

Metafora je prenošenje značenja s jedne riječi na drugu na temelju sličnosti⁶⁰.

Primjer uporabe metafore u liječenju komunikacijom

*Neka Vam ova **misao** bude **vodič** prema zdravlju.*

*Izgleda da se sve bolje snalazite na **pozornici života**.*

Metonimija je uporaba riječi u prenesenom značenju, prema određenim stvarnim odnosima, dodiru ili povezanosti u prostoru ili vremenu ili prema logičkoj vezi⁶¹.

Primjer uporabe metonimije u liječenju komunikacijom:

*Čašica **previše šteti** Vašem tijelu i duhu.*

*Najgore je kad sami sebi **okrenete leđa**.*

*Kockanje će Vas dovesti na **prosjački** štap.*

Sinegdoha je podvrsta metonimije u kojoj se uzima dio za cjelinu⁶².

Primjer uporabe sinegdoha u liječenju komunikacijom:

*Znam da hranite petero **gladnih usta**.*

*Vaše je zdravlje u **Vašim rukama**.*

Epitet je najčešće pridjev, odnosno dodatak imenici koji ju pobliže objašnjava i opisuje⁶³.

Primjer uporabe epiteta u liječenju komunikacijom:

***Pravilna** prehrana je za Vas **izvrstan** izbor.*

*Ovaj **kvalitetan** lijek ima **zanemarujuće** nuspojave.*

Eufemizam je figura kojom se neki izraz zamjenjuje blažim izrazom⁶⁴.

Primjer uporabe eufemizma u liječenju komunikacijom:

*Prošli ste put došli u **malo veselijem stanju**.*

*Vi ste tablete uzimali **nešto češće** od preporučenog.*

*Malo ste se **popravili** od zadnjeg pregleda.*

Personifikacija je pridavanje osobina živih bića neživim predmetima i pojava-
ma, utjelovljenje.⁶⁵

Primjer uporabe personifikacije u liječenju komunikacijom:

*Moramo učiniti sve da bolest ne počne **galopirati**.*

*Ovaj će Vas lijek **spasiti**.*

Antropomorfizacija je davanje ljudskih osobina stvarima, pojavama, biljkama i životinjama⁶⁶.

Primjer uporabe antropomorfizacije u liječenju komunikacijom:
Izgleda mi da je pas Vaš najbolji fizioterapeut.

Alegorija je slikovit govor, retorička figura kojom se metaforičko ili preneseno značenje ostvaruje u cijeloj radnji⁶⁷. Alegorijski način izražavanja čest je u Bibliji. Basne također spadaju u alegorijske priče.

Primjer uporabe alegorije u liječenju komunikacijom:

Prva priča:

Zdravstveni djelatnik pripovijeda: *„Došao čovjek pred stan, ali ne može ući. Stavio ključ u bravu, ali nikako otključati. Najutro se, sad će morati do bravara, a promjena brave je tako skupa. Možda se brava samo „zapekla“ pa je treba podmazati, pomislio je. Vratio se do automobila, uzme sprej za podmazivanje i podmaže bravu. Ugura ključ i uspije otvoriti vrata.“*

Liječnik je ovu priču ispričao pacijentu oboljelom od šećerne bolesti tipa 2 i ovako pojasnio alegoriju, odnosno preneseno značenje: „Čovjek koji želi ući u svoj stan je glukoza, šećer u krvi. Ključ je inzulin, hormon gušterače koji otključava brave, a to su receptori na membranama, opnama stanica. Sprej za podmazivanje je lijek koji ću Vam upravo propisati, a zove se metformin. U vašem tijelu su se brave „zapekle“, tako da ključevi, koliko god ih gušterača proizvede, slabo otvaraju vrata. Zato je potrebno metforminom podmazati brave. I još nešto, pravilnom prehranom također ćemo smanjiti gužvu glukoze pred staničnim vratima“.

Druga priča: Zdravstveni djelatnik pripovijeda: *„Vrtlar je nabavio sustav za navodnjavanje, crpku i sustav cijevi koji je vodio do lijeha s povrcem. Urod više nije ovisio samo o kiši i povećao se gotovo dvostruko. Vrtlar se ponosio svojim sustavom za navodnjavanje. Najednom je navodnjavanje postalo slabije. Iz dana u dan pritisak vode je slabio. Vrtlar je pozvao stručnjake koji su ustanovili da kamenac u crpki i cijevima ometa pravilan rad sustava za navodnjavanje. Neki su dijelovi zamijenjeni uz, ne baš tako malu, cijenu budući da je istekao jamstveni rok“.*

Liječnik je ovu priču ispričao pacijentu s novootkrivenom arterijskom hipertenzijom i ovako interpretirao preneseno značenje: „Vrtlar ste Vi, a sustav za navodnjavanje je Vaš krvožilni sustav. Crpka je srce, a cijevi su arterije.

Stručnjak iz servisa je bolnički liječnik, kardiolog ili kardiokirurg koji će ublažiti štetu nanесenu sustavu. O sustavu za navodnjavanje, odnosno krvožilnom sustavu trebate brinuti svakodnevno, uz suradljivost u uzimanju lijekova i preporučenim načinom života. Redovite kontrole kod izabranog liječnika i patронаžne sestre spriječit će kvarenje sustava, odnosno komplikacije hipertenzije i smanjiti potrebu za intervencijama bolničkih specijalista.“

Paraverbalni elementi komunikacije

Verbalna komunikacija se odlikuje posebnostima koje nazivamo paraverbalnom komunikacijom⁶⁸. Te posebnosti su: jačina glasa, ritam govora, naglašavanje riječi i dijelova rečenice, intonacija, brzina govora, šutnja i stanke u govoru.

U navedenim primjerima nisu, radi slikovitosti, u potpunosti poštovana pravopisna pravila. Zapravo bi paraverbalne elemente, navlastito intonaciju, trebalo zapisivati na notnom crtovlju. Paraverbalne elemente komunikacije u potpunosti možemo doživjeti kroz audiovizualni zapis.

Jačina glasa (*tiho prema glasnom*): *zdravlje, zdravlje, zdravlje, ZDRAVLJE*

Ritam govora (*skandiranje*): **ZDRAV LJE je NAJ VAŽ NI JE!**

Primjeri liječenja paraverbalnim elementima komunikacije:

Naglasak

Moguće je različito naglašavati slogove ili čitave riječi. U liječenju komunikacijom pojam naglasak koristimo u smislu isticanja pojedinih slogova ili riječi u rečenici, što ne mora nužno biti u skladu s naglascima standardnog hrvatskog jezika⁶⁹. Naglašavanje pojedinih slogova i riječi daje dinamiku i ritam liječenju komunikacijom.

Primjer uporabe naglaska u liječenju komunikacijom

- **Tjedan** dana bilježit ćete, u obliku **dnevničkog** zapisa, **SVE** što **POJEDETE** i **POPIJETE**, baš **SVE**. **Naručeni ste na kontrolu, zajedno ćemo analizirati zapis i predložiti ZDRAVU PREHRANU.**

Ton glasa

Moguće je govoriti uobičajenim tonom, tiho ili glasno. Tihi govor može pojačati osobni pristup i povjerljivost, dok glasni govor naglašava značaj riječi, dijela ili čitave rečenice u poruci. Tonom glasa dajemo emotivnu notu liječenju komunikacijom.

Primjer uporabe tona glasa u liječenju komunikacijom

Kad god pomislite da su preparati na bazi bilja neškodljivi (liječnik se tihim glasom obraća pacijentu), prisjetite se da i OLEANDER i BUNIKA i ZELENA PUPAVKA pripadaju BILJNOM carstvu (liječnik podiže glas, koristeći polisindeton).

Kako kažu nogometni navijači (tihim glasom): NEMA PREDAJE (podizanje glasa). Medicinska sestra pruža podršku pacijentu u pogoršanju bolesti.

Intonacija, brzina i ritam

Intonacija, brzina i ritam govora mogu biti različiti. Može se mijenjati dubina glasa, brzina odnosno tempo govora ili riječi izgovarati povezano odnosno odvajati slogove.

Primjer uporabe intonacije, brzine i ritma u liječenju komunikacijom

- ***Sklonost povišenom tlaku uvjetovana je nasljedno. Možemo reći da je povišeni tlak NE MO GU ĆE izliječiti, ali ga se uz Vašu bolju SURADLJIVOST može DOBRO KON TRO LI RA TI.***

Šutnja i stanke u govoru

Zdravstveni djelatnik može i šutnjom, odnosno stankama u govoru dodatno naglasiti važnost poruke pacijentu. Također, šutnjom i stankama u govoru zdravstveni djelatnik pokazuje pacijentu da kognitivno obrađuje poruku koju je primio ili upravo prima od pacijenta.

Primjeri uporabe stanke u govoru u liječenju komunikacijom

- Zdravstveni djelatnik se obraća pacijentu koji se potužio na prezahtjevni plan liječenja: *Razumijem da Vam je svega dosta (tihim glasom)...(kratka stanke)...ali osjećam da imate DOVOLJNO SNAGE za promjene (podizanje glasa i naglašavanje).*
Zdravstveni djelatnik kratkom šutnjom izražava empatiju prema pacijentu.
- Pacijentica želi „samo uputnicu za kardiologa“ jer nikada nije bila na kardiološkom pregledu, a nešto je „probada“ u prsima. Već se putem rodbinskih veza i naručila na pregled kardiologa.

Liječnik **zamišljeno šuti desetak sekundi** prije nego predloži plan obrade grudne boli: *Prvo Vas moram pregledati. Ukratko ćete mi opisati svoje simptome, potom ću stetoskopom pregledati srce i pluća te izmjeriti tlak, provjeriti puls i zasićenost periferne krvi kisikom (slijedi kratka stan-ka od nekoliko sekundi).* Sutra ujutro ćete dati krv i urin, a za dva dana ćemo Vas naručiti na EKG obradu, kada ćemo i analizirati laboratorijske nalaze. **Ponovno kraća stan-ka.** *Budući da smo izmjerili graničnu vrijednost tlaka, ponovit ćemo i mjerenje tlaka te Vas naručiti na 24- satno mjerenje tlaka.* **Ponovno kraća šutnja.** *Ako nalazi ne budu uredni ili Vas tegobe nastavljaju mučiti, dobit ćete uputnicu za konzultaciju kardiologa.*

U ovom primjeru liječnik kraćim stankama u govoru pojačava komunikaciju usmjerenu promjeni stava pacijentice koja, umjesto pregleda obiteljskog liječnika, želi „samo uputnicu kardiologu“.

ELEMENTI NEVERBALNE KOMUNIKACIJE

Istraživanja su pokazala da više informacija primamo neverbalnom komunikacijom nego verbalnim komunikacijskim kanalom⁷⁰. Neverbalnim kanalima primamo 70, a verbalnim 30 posto informacija. U neverbalnu komunikaciju ubrajamo izraz lica, komunikaciju očima, stav tijela, položaj ruku i nogu, geste, dodir, te korištenje prostora. Neverbalni komunikacijski kanali su evolucijski stariji od verbalnih i većim su dijelom zajednički svim ljudima. Neverbalnom komunikacijom izražavamo emocije, odnosno naglašavamo stavove i tvrdnje koje smo izrekli. Kombinacija karakterističnih neverbalnih znakova ukazuje na prihvatanje ili odbijanje ideja i stavova sugovornika. Neverbalnu komunikaciju teže je kontrolirati pa je, u liječenju komunikacijom, potrebno dodatno uvijek bavati svjesno korištenje neverbalnih znakova komunikacije.

U elemente neverbalne komunikacije ubrajamo: *izraz lica, kontakt očima, kretanje i držanje, geste, dodir te korištenje prostora pri komunikaciji.*

Izraz lica

Izraz lica je, kroskulturalno i evolucijski gledano, izuzetno važan neverbalni komunikacijski kanal prisutan u ostalih primata i drugih viših sisavaca⁷¹. Na temelju stiliziranih izraza lica stvoreni su tzv. emotikoni kojima se grafički izražavaju emocije u komunikaciji putem mobilnih telefona (SMS) ili putem internetskih društvenih mreža. Primjeri emotikona prikazani su na slici 10.



Slika 10. Primjeri emotikona

Izrazom lica, odnosno facijalnom ekspresijom liječnik i medicinska sestra upotpunjuju i pojačavaju prvenstveno emocionalnu, ali i kognitivnu dimenziju poruke koju šalju pacijentu⁷². Tako podizanje obrva naglašava radoznalost, a blago mrštenje ukazuje na kognitivnu proradu poruke. Spuštanje usnih kutova izraz je tuge, podizanje istih znak radosti, a izbacivanje i podizanje

donje usne ukazuje na skepsu. Svjesno i odmjereno korištenje izraza lica daje komunikacijskom lijeku dodatnu slikovitost, a time se poruka brže i lakše pamti. Obiteljski liječnik i medicinska sestra u timu komuniciraju s različitim pacijentima, što neposredno, što posrednim kanalima i preko stotinu puta. Tijekom radnog dana facijalni se mišići umaraju i lice postaje manje izražajno. Bezizražajno lice slabi snagu poruke pa zato valja nekoliko puta u danu blago izmasirati facijalne mišiće.

Kontakt očima

Kad činimo nekome besplatnu uslugu, često kažemo da nešto činimo „na lijepe oči“. Oči su neizostavna tema lirske poezije i popularne glazbe. Kaže se da su oči ogledalo duše. Gledajući osobu u oči možemo približno procijeniti njeno emocionalno stanje i zato je zdravstvenim djelatnicima i suradnicima kontakt očima neobično važan. Kontakt očima govori o zainteresiranosti i pokazuje želju za komunikacijom. U evolucijskom kontekstu kontakt očima ukazuje i na stanovit oprez u komunikaciji, odnosno pokušaj predviđanja ponašanja druge osobe. Kontakt očima, u sklopu liječenja komunikacijom, ukazuje na otvorenost i iskrenost poruke koju zdravstveni djelatnik upućuje pacijentu. Kontakt očima važan je od ulaska pacijenta u ordinaciju ili savjetovanište pa sve do samog kraja pregleda odnosno savjetovanja⁷³. Pri ulasku u ordinaciju, zdravstveni djelatnik kontaktom očima poručuje pacijentu da se od tog trenutka može u potpunosti posvetiti njemu. Na kraju interakcije s pacijentom, kontakt očima dodatno pojačava podršku zdravstvenog djelatnika pacijentu.

Pretjeran i nedostatan kontakt očima ometa liječenje komunikacijom. Pretjerani kontakt očima može djelovati ispitivački pa liječnik ili medicinska sestra ostavljaju dojam policijskih istražitelja. S druge strane, pacijent nedostatan kontakt očima može protumačiti kao nezainteresiranost za njegovo zdravstveno stanje. Otkako je uvedena informatizacija u primarnu zdravstvenu zaštitu, održavanje kontakta očima postala je prava umjetnost za sve zdravstvene djelatnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a posebno za obiteljske liječnike, pedijatre i ginekologe. Za uspješno liječenje komunikacijom važno je da liječnik najavi kada će upisivati podatke u e-karton pacijenta, te da to upisivanje što kraće traje. Tečaj daktilografije uz ovladavanje tipkanjem bez gledanja u tipkovnicu i zaslon računala zasigurno bi olakšao liječnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti održavanje kontakta očima pri komunikaciji s pacijentom.

Pacijentovo izbjegavanje kontakta očima govori o nesigurnosti i želji da se određeni problemi potisnu te izbjegne razgovor o njima.

Kretanje i držanje

Kretanje i držanje liječnika i medicinske sestre igraju značajnu ulogu u stvaranju povjerljivog odnosa s pacijentom⁷⁴. Ustajanjem sa stolca, otvaranjem vrata ordinacije, ispraćanjem prethodnog pacijenta te pozivanjem sljedećeg pacijenta, uz otvoreni stav i rukovanje, liječnik će lakše ostvariti prisniji odnos s pacijentom, nego ulaskom pacijenta na bezlični zvuk zvona. Češće ustajanje s radnog stolca i hod od desetak koraka do vrata ordinacije možemo shvatiti kao dobrodošlu gimnastiku, koja ima lječidbeno djelovanje i na samog liječnika. Medicinska sestra će na sličan način, sigurnim pokretima i držanjem pri davanju parenteralne terapije, vađenju krvi, ispiranju uha, previjanju, obavljanju pretraga kao što su npr. EKG i spirometrija, zadobiti povjerenje pacijenta. Okretanjem dlanova prema pacijentu zdravstveni djelatnici naglašavaju otvoreni i prijateljski stav prema pacijentu, što olakšava lječidbeno djelovanje verbalne i paraverbalne komunikacije. Sveukupno držanje zdravstvenog osoblja treba odražavati prihvaćanje i otvorenost prema pacijentu. Naginjanjem tijela prema pacijentu te izbjegavanjem zatvorenog položaja ruku (prekrižene na prsima ili dlanova okrenutih prema sebi) liječnik i medicinska sestra/tehničar šalju neverbalnu poruku da su spremni za aktivno slušanje. S druge strane, odmicanjem tijela i prekriženim rukama na prsima, liječnik može izraziti skepsu odnosno kritički odnos prema izjavi pacijenta. Također, prilikom savjetovanja, preporuku o poželjnom zdravstvenom ponašanju liječnik ili medicinska sestra mogu popratiti blagim naginjanjem tijela prema pacijentu, a savjet o nepoželjnom zdravstvenom ponašanju blagim odmicanjem tijela od pacijenta.

Geste

Geste su pokreti koji većinom prate verbalnu komunikaciju, tako da mnogi autori ističu istu psihološku strukturu govora i gestikulacije⁷⁵. Uglavnom se radi o pokretima ruku i glave, ali i drugih dijelova tijela⁷⁷. Gestama podupiremo snagu izgovorene riječi, smanjujemo napetost i privlačimo pozornost sugovornika. U liječenju komunikacijom geste možemo usporediti sa solima metala s kojima spajamo molekulu aktivne tvari kako bi lijek bolje djelovao u organizmu.

Geste možemo podijeliti u nekoliko skupina:

1. Opisne geste, kojima opisujemo određeni pojam ili radnju te njima dopunjujemo ili zamjenjujemo verbalnu komunikaciju. Tako paralelno postavljeni palac i kažiprst opisuju riječ *malo*, raširene ruke u visini ramena u najmanje tolikoj širini opisuju riječ *veliko*. Vodoravan pokret rukom ispod razine ramena opisuje riječi *rez, prekid, dosta*. Šaka s ispruženom palcem i malim prstom postavljena uz ušku opisuje riječi *telefon, telefonirati, telefonski poziv* i sl.

2. Geste naglašavanja daju dodatni emotivni ton riječima. Tako čvrsto stisnuta šaka naglašava *odlučnost*, ali i *neprijateljstvo*. Uzdignuti palac označava *slaganje, oduševljenje* ili *izvrsnost*, a spuštene palac neslaganje, razočaranje ili prijezir. Te dvije geste bile su uobičajene presude publike u gladijatorskim arenama starog Rima. *Slaganje* i *zadovoljstvo* izražavamo i spajanjem vrha palca i kažiprsta u oblik kruga. Treba naglasiti da taj znak u nekim kulturama, odnosno sredinama ima pogrдно značenje. U slučaju pozitivnih emocija oblik kruga označava slovo *O* (eng. *OK sign*), a u slučaju negativnih ništicu *0*. Slijeganjem ramenima sugovornici naglašavaju *nesigurnost, nedoumicu* ili *neznanje*.

3. Sugestivne geste potiču ili zaustavljaju sugovornika u verbalnoj komunikaciji. One su važne u komunikaciji zdravstvenih djelatnika s pacijentima i korisne su u liječenju komunikacijom. Kimanje glavom gore-dolje znači *slaganje* s izrečenim ili *razumijevanje* sugovornika. Okretanjem glavom lijevo-desno pokazujemo *neslaganje* s izrečenim. Te su geste uglavnom transkulturalne, s iznimkom Bugarske, gdje kimanje ima suprotnu ulogu. Laganom rotacijom dlana liječnik ili medicinska sestra/tehničar potiču pacijenta da nastavi iskaz.

Dodir

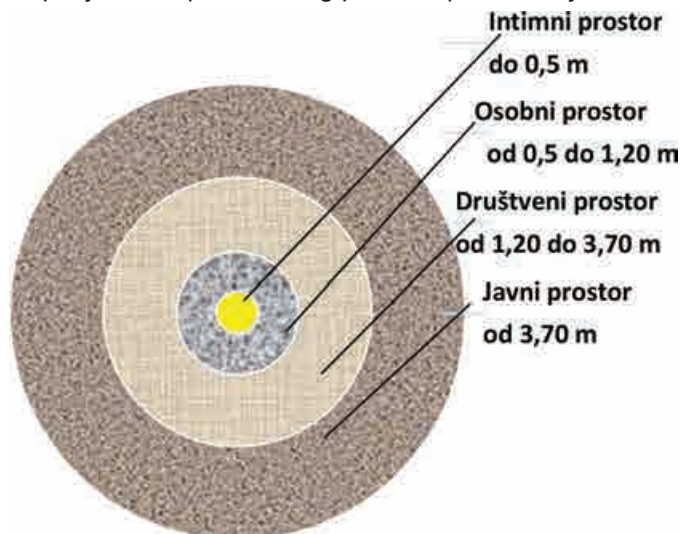
Komunikacija dodirom, ili haptička komunikacija, bitan je dio liječničkog i sestrinskog pregleda, odnosno uzimanja fizikalnog statusa pacijenta⁷⁶. Koliko je samo pacijenata izrazilo nezadovoljstvo liječničkim pregledom riječima: „Doktor me nije niti dotaknuo!“. Osnovni dodiri uključeni u fizikalni pregled pacijenta odnosno postavljanje dijagnoze su palpacija (pipanje) i perkusija (lupkanje). Tako se npr. palpira bilo, limfni čvorovi, mišići i trbuh, a perkutiraju se paranazalni sinusi, pluća i trbuh. Dodir je uključen, između ostalog, i u pregled oka, uha i nosa, kožnih promjena te u uzimanje neurološkog statusa. Liječnik se pri fizikalnom pregledu u potpunosti posvećuje pacijentu, prekidajući upisivanje anamnestičkih podataka u računalni program za vođenje ordinacije. Komunikacija dodirom, na taj način, uz dijagnostičku funkciju, poprima

i lječidbenu dimenziju. Haptički kanal komunikacije olakšava pacijentu izražavanje emocija i tu značajnu ulogu imaju medicinske sestre koje dodiranjem mogu smiriti tjeskobnog, depresivnog ili agitiranog pacijenta. Upravo je mogućnost liječenja dodiranjem ono po čemu se razlikuje psihološka potpora ili površinski psihoterapijski zahvat koje provode specijalisti obiteljske medicine od psihoterapije koju provode psihijatri. Neki psihoterapijski pravci, utemeljeni na psihoanalizi, ne dozvoljavaju dodirivanje pacijenata.

Korištenje prostora

Prostor između sudionika komunikacije

Prostor i odnosi među ljudima su povezani. Kad s nekom osobom dijelimo iste ili slične emocije, razmišljanja i stavove, kažemo da nam je ta osoba *bliska*. Osobu, u čije namjere nismo sigurni ili je iz nekih razloga smatramo opasnom, bolje je *držati na distanci*. Ulogu prostora u neverbalnoj komunikaciji proučava proksemika. Utemeljitelj proksemike, Edward Hall, razlikuje *intimni, osobni, društveni (socijalni) i javni prostor*^{77,78}. Intimni prostor je određen udaljenošću od 15 cm do 0,5 m, osobni od 0,5 m do 1,20 m, društveni (socijalni) je od 1,20 do 3,70 m, a javni je prostor određen udaljenošću većom od 3,70 m. Proksemička podjela interpersonalnog prostora prikazana je na slici 11.



Slika 11. Proksemička podjela interpersonalnog prostora.

Odnos liječnika ili medicinske sestre i pacijenta podrazumijeva, pri savjetovanju, ulazak u osobni prostor, a pri pregledu i u intimni prostor pacijenta. Pacijent liječniku, koji bi u prvom redu trebao biti njegov zdravstveni učitelj, zagovornik i odvjetnik, ukazuje posebno povjerenje. Sličan odnos pacijent ima prema medicinskoj sestri, posebno pri zahvatima koje sestra obavlja u previjalištu. Povjerljiv odnos ogleđa se i u rasporedu sjedenja prilikom savjetovanja u liječničkoj ordinaciji ili savjetovalištu koje vode prvostupnice ili magistre sestrištva. Udaljenost između stolaca zdravstvenog djelatnika i pacijenta treba biti od 70 do 120 cm, dakle unutar osobnog prostora. Tu činjenicu zdravstveni djelatnici trebaju imati u vidu pri izboru radnog stola koji ne bi trebao biti glomazan. Također, dobro bi bilo da stolci nisu smješteni nasuprot jer to sugerira suparnički, konkurentski odnos. Razmještaj stolaca pod pravim kutom sugerira suradnički odnos. Prilikom grupnog savjetovanja stolci se postavljaju u krug jer se tako naglašava podjednaki status svih sudionika. Uočimo da se u nekim javnim ustanovama, kao što je npr. sud, službene osobe i klijenti, ako prostorne mogućnosti dozvoljavaju, smještaju na udaljenost društvenog prostora upravo da bi se naglasio službeni odnos, bez primjese bilo kakve prisnosti.

Prostorno uređenje ambulante

Drugi vid korištenja prostora u liječenju komunikacijom je prostorno uređenje ambulante odnosno zdravstvene ustanove. Standardni namještaj namijenjen zdravstvenim ustanovama, koji uglavnom djeluje impersonalno i sterilno, može se uklopiti u prostor detaljima koji odišu osobnošću, kao što su slike na zidu, diplome i potvrde o edukacijama, dječji crteži, umjetničke fotografije, fotografije sa simpozija, kongresa i slično. Položaj monitora i tipkovnice te raspored uredskog materijala na radnom stolu, koji može varirati od krajnje urednog sve do „kreativnog nereda“, također odaje osobnost zdravstvenih djelatnika i može pomoći pri opuštanju pacijenta.

Korištenje vremena

Primjena tvornog lijeka, bez obzira na način primjene, zahtijeva određeno vrijeme. U liječenju komunikacijom, vremenska je komponenta, u najmanju ruku, jednako bitna, ako ne i bitnija. Velik broj kontakata odnosno usluga, u prosjeku sedamdeset, a često i preko stotinu, koje tim obiteljske medicine, uz pedijatrijske i ginekološke timove, svakodnevno ima, čini vremensku dimenziju neobično bitnom u liječenju komunikacijom.

Ako radno vrijeme podijelimo s prosječnim brojem interakcija, dobit ćemo šest minuta po kontaktu, a ako uzmemo vršni broj kontakata koji tim s 2200 pacijenata ima, dobivamo tri minute po kontaktu. Uzevši u obzir da liječnik i medicinska sestra jedan dio zdravstvenih usluga obavljaju istovremeno, možemo prosječnom vremenu kontakta dodati jednu do dvije minute. Bilo kako bilo, jednoznačen broj minuta je kratko i izazovno vrijeme za uspješno liječenje komunikacijom u obiteljskoj medicini i općenito primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zato je potrebno komunikacijski lijek dobro strukturirati i „pogoditi“ mu dozu. Za zahtjevnije liječenje komunikacijom potrebno je pacijenta naručiti i rezervirati barem dvadesetak minuta, najbolje na kraju radnog vremena. .

Posebno valja istaknuti značaj vremenske dimenzije u komunikaciji s pacijentima koji zbog različitih tjelesnih oštećenja otežano komuniciraju. To su gluhi, slijepi, pacijenti koji teško govore nakon moždanog udara, laringektomirani pacijenti. U tom slučaju izuzetno je važno koristiti personalizirani pristup, s naglaskom na tehniku aktivnog slušanja, uz veliku dozu empatije te prilagoditi komunikaciju specifičnim potrebama pacijenta.

HUMOR KAO LIJEK

Narodna mudrost glasi da je smijeh najbolji lijek. Duhoviti su ljudi rado viđeni u društvu, slobodno možemo reći da smisao za humor ima pozitivni psihološki učinak prilikom suočavanja sa stresom koji prati dijagnosticiranje i liječenja težih akutnih i kroničnih bolesti. **Bolje humor nego tumor** naziv je rubrike u *Liječničkom vjesniku*, glasilu Hrvatskog liječničkog zbora.

Teorijski pristupi humoru

Istraživači humora dijele teorijske pristupe humoru u tri skupine^{79,80}:

1. Teorije nekongruentnosti, nekonzistentnosti
2. Teorije nadmoći
3. Teorije olakšanja

Teorije nekongruentnosti su kognitivne teorije u kojima se naglašava korištenje jedne kognitivne sheme, odnosno skripte, u situaciji kad se uobičajeno koristi druga kognitivna shema. Obje situacije imaju nešto zajedničko što omogućuje zamjenu shema. Iznenadjenje koje uslijedi kad se zamjena shema prepoznata, izaziva smijeh.

Navest ćemo dva primjera za uporabu humora u liječenju komunikacijom na temelju nekongruentnosti:

Prvi primjer:

Pacijent se žali na dugo čekanje na pregled. Obično pacijenti, kad imaju primjedbu na rad liječnika, ne govore u prvom licu jednine, već ističu kako se neki ljudi u čekaonici žale da predugo čekaju na pregled.

Liječnik: *Kao prvo, čekaonica je dobila naziv po čekanju. Kao drugo, čekali ste u dobrom društvu, zar to nije besplatna grupna terapija? Znate li koliko grupna psihoterapija košta kod privatnih psihoterapeuta? Kao treće, dok ste u čekaonici, na sigurnom ste, pod kontrolom ste tima obiteljske medicine. Problemi nastaju kad napustite čekaonicu, stotine iskušenja vrebaju iza svakog ugla.*

Liječnik uobičajenoj kognitivnoj shemi čekaonice kao dosadnog mjesta neočekivano suprotstavlja shemu čekaonice kao zanimljivog mjesta i svojevrsnog zdravstvenog utočišta.

Drugi primjer:

Pacijent (ovisnik o kockanju) sumnja u uspjeh psihoterapije: *Ima li uopće koristi od kognitivno-bihevioralnog pristupa pri liječenju ovisnosti o kocki?*

Liječnik: *Kladim se da ima!*

Liječnik u motivacijskom razgovoru s pacijentom ovisnim o kocki neočekivano koristi kockarski rječnik, uvjeravajući ga u korist kognitivno-bihevioralne psihoterapije..

Teorije nadmoći bave se humorom u kojemu se naglašava negativan stav prema određenim osobama odnosno društvenim skupinama. Nasuprot duhovitosti koja se temelji na nekongruentnosti, ovaj vid humora bez većih problema razumjet će i osobe bez posebno razvijenog „smisla za humor“, odnosno razumijevanja prenesenog značenja. Neki teoretičari takvu vrstu humora smatraju grubom i manje vrijednom.

Primjer uporabe humora u liječenju komunikacijom, na temelju nadmoći:

Liječnik se obraća pretilom pacijentu:

Ako se još malo udebljate, morat ćemo proširiti vrata ordinacije.

Liječnik, pomalo podrugljivom, primjedbom suočava pacijenta s izrazitom pretilošću, koja ima zdravstveno i socijalno negativnu konotaciju. Mogli bismo reći da humor na temelju nadmoći treba veoma oprezno koristiti u liječenju komunikacijom jer bi se pacijenti, često i s pravom, mogli naći uvrijeđenima.

Teorije olakšanja su psihodinamske teorije u kojima se naglašava zamjena agresivnog ili tabuiziranog impulsa socijalno prihvatljivijim impulsom.

Primjeri za uporabu humora u liječenju komunikacijom, na temelju olakšanja:

Prvi primjer:

Liječnik se obraća pacijentu koji hvali zdravstveni sustav u socijalizmu, nasuprot ovom, nemilosrdnom kapitalističkom:

*Bar Vas mogu razveseliti dijagnozom, bolujete od **crvenog** vjetra.*

Liječnik, koristeći blagu ironiju, poručuje pacijentu da se ne slaže s njegovim stavovima.

Drugi primjer:

U ordinaciju ulazi pacijentica koja (pre)često koristi zdravstvenu zaštitu:

Liječnik: *Molim Vas, upalite svjetlo!*

Pacijentica: *Ali dan je, dobro se vidi. A-ha, znam, **pao** Vam je **mrak na oči** kad ste me vidjeli!*

Liječnik poručuje pacijentici da ga njeni česti dolasci u ambulantu ne čine sretnim. Obratite pozornost da pacijentica koristi metonimiju *pao mrak na oči*. Humor temeljen na olakšanju nalazi se po razini duhovitosti negdje između

humora na temelju nekongruentnosti i nadmoći te ga također valja koristiti s oprezom.

Humor u načelu ublažava napetost i tjeskobu. Najbolji se rezultati postižu ako liječnik ili medicinska sestra dijele s pacijentom sličan smisao za humor. Budući da obiteljski liječnik, pedijatar i ginekolog, kao i medicinske sestre u timovima primarne zdravstvene zaštite, dobro poznaju svoje pacijente, u mogućnosti su prilagoditi vrstu i dozu humora kojega koriste u liječenju komunikacijom pacijentu kojega u tom trenutku liječe i savjetuju. U usporedbi liječenja komunikacijom i liječenja tvarnim lijekovima, humor ima ulogu pomoćnih supstanci koje gorkom lijeku daju ugodniji okus, koji nije nužno sladak, već može biti i osvježavajuće kiselkast. Pacijenti obično bolje upamte savjete koje su dobili na duhovit način.

LIJEČENJE POSREDNOM KOMUNIKACIJOM

Posredna je komunikacija, prije razvoja pošte i telekomunikacije, bila rijetka. Posrednik je bio član obitelji ili susjed pacijenta koji je spriječen osobno doći na pregled. Kasnije se, uz komunikaciju preko trećih osoba, koja se odvijala usmenim ili pismenim putem (obično putem ceduljica s navedenim potrebnim lijekovima i/ili uputnicama), uvodi i svakodnevna komunikacija telefonom.

Suvremeni oblici posredne komunikacije pacijenata i zdravstvenog osoblja

Razvoj posrednih komunikacijskih kanala odrazio se i na posrednu komunikaciju zdravstvenih djelatnika, posebno liječnika i medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i pacijenata.

Danas se, uz navedene tradicionalne oblike posredne komunikacije, nerijetko koriste kratke i multimedijske poruke (SMS i MMS) mobilnim telefonima, elektronička pošta i drugi internetski komunikacijski servisi (npr. Facebook, Viber, WhatsApp i sl.). Mogućnosti posredne komunikacije su se toliko povećale da su elementi telemedicine zaživjeli i u komunikaciji zdravstvenih djelatnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti s pacijentima⁸¹. Neke dermatoze obiteljski liječnik može prepoznati i poslati e-receptom terapiju na temelju mobilnim telefonom snimljene i poslane fotografije. Valja uzeti u obzir da se, ako koristimo mobilne telefone i uobičajene internetske servise, u načelu ne radi o zaštićenim komunikacijskim kanalima i o tome zdravstveni djelatnici trebaju obavijestiti pacijente. Neki programi za vođenje ordinacije su kompatibilni s posebno razvijenim zaštićenim kanalima za komunikaciju zdravstvenih djelatnika s pacijentima. Razvijaju se i posebni zaštićeni programi, kompatibilni s računalnim programima za vođenje ordinacija, pomoću kojih pacijenti mogu naručivati lijekove koje uzimaju u terapiji kroničnih bolesti.

. Povećana mogućnost posredne komunikacije smanjila je potrebu pacijenata za dolazak u ambulantu. Suvremena posredna komunikacija olakšava pacijentima dostupnost zdravstvenim djelatnicima, no nikako ne bi bilo dobro da posredna komunikacija potisne neposrednu, koja je temelj uspješnog liječenja.

Komunikacija preko trećih osoba

Potrebno je naglasiti da obiteljski liječnik i medicinska sestra mogu s trećim osobama komunicirati uz znanje i dozvolu, ali i bez znanja i dozvole pacijenta. Komunikacija uz znanje pacijenta zbiva se u situacijama kad pacijent ne može osobno doći na pregled i savjetovanje. Komunikacija bez znanja pacijenta odvija se uglavnom u slučajevima kad pacijent iz nekih razloga odbija liječničku pomoć, kad je agresivan i/ili svojim ponašanjem predstavlja opasnost za sebe i druge. Liječnici i medicinske sestre, pri komunikaciji s trećim osobama, trebaju paziti na etički kodeks i profesionalnu tajnu, osobito ako sumnjaju da je treća osoba motivirana nesređenim obiteljskim odnosima. Isto vrijedi i za sve ostale zdravstvene djelatnike i suradnike koji na bilo koji način sudjeluju u liječenju i savjetovanju pacijenta.

Posredna komunikacija liječnika i medicinske sestre s pacijentom je pomoćna komunikacija, koja ni u kojem slučaju ne može zamijeniti neposrednu komunikaciju. Preopterećenost timova primarne zdravstvene zaštite zbog nedostatka kadrova ne bi smjela biti razlogom sve većeg udjela posredne, na račun neposredne komunikacije. Zbog toga bi liječnici i medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebali aktivnije sudjelovati u donošenju odluka o načinu uvođenja e-zdravstva u svakodnevni rad.

ODREDNICE USPJEŠNOG LIJEČENJA KOMUNIKACIJOM

Odnos zdravstvenog djelatnika i pacijenta

Odnos liječnika i pacijenta je od antičkog doba, kao povlašten, bio normiran različitim službenim i neslužbenim kodeksima. Zadnjih se desetljeća intenzivno razvijaju zdravstveni studiji na kojima medicinske sestre prvostupnice i magistre sestrinstva stječu određene kompetencije koje su bile rezervirane isključivo za liječnike (eng. *task shifting*). Budući da sveučilišno obrazovane medicinske sestre samostalno vode savjetovaništa za pacijente, uputno je govoriti o odnosu zdravstvenih djelatnika, ne samo liječnika i pacijenata. U tekstu se češće govori o odnosu liječnika i pacijenta jer se tako navodi u citiranoj literaturi.

Temeljne odrednice odnosa zdravstvenih djelatnika i pacijenata su: povjerenje, privatnost, empatija i aktivno slušanje. Kad su sve navedene odrednice prisutne, liječenje komunikacijom bit će uspješno. Nažalost, osiguravateljske kuće i politika se sve češće miješaju u odnos zdravstvenih djelatnika, u prvom redu liječnika, i pacijenata, očekujući da liječnici od odvjetnika pacijentima postanu njihovi suci, odnosno tužitelji. Tako su, u najnovije vrijeme, izabrani liječnici obvezni prijaviti MUP-u promjenu zdravstvenog stanja pacijenata vozača i nositelja oružja. Prijavom pacijenti gube povjerenje u izabranog liječnika, što može rezultirati izbjegavanjem pregleda i prešućivanjem važnih simptoma.

Povjerenje, privatnost, empatija i aktivno slušanje temeljne su odrednice učinkovitog liječenja komunikacijom.

Povjerenje

Dva su osnovna modela u koje možemo smjestiti odnos liječnika i pacijenta⁸². Prema **tradicionalnom, patrijarhalnom** modelu, liječnik je neprikosnoveni autoritet, čiju prosudbu pacijent bespogovorno prihvaća. Ako je pacijent, koji je zdravstveni laik, poslušan i suradljiv, liječnik će biti zadovoljan i obrnuto. Razvojem tehnologije i sredstava komunikacije, pacijenti postaju sve manje pasivni sudionici u zdravstvenom sustavu. U svijetu internetske komunikacije pacijent daleko lakše dolazi do informacija o zdravlju i bolestima. Liječnici više nemaju neprikosnoveni autoritet, patrijarhalni model je zastario. Suvremeni model odnosa liječnika i pacijenta temelji se na **međusobnoj suradnji**.

Pacijent se putem društvenih mreža može informirati o načinima očuvanja zdravlja, prevenciji bolesti te prednostima i rizicima koje nosi određena vrsta liječenja. Važno je napomenuti da društvene mreže i druge internetske servise valja koristiti kritički. Nekritičko prihvaćanje informacija s Interneta dovodi do toga da „dr. Google“ postane pacijentima glavni zdravstveni savjetnik i vodič kroz zdravstveni sustav. U tom je slučaju povjerenje između zdravstvenih djelatnika i pacijenata narušeno. Suradnja zdravstvenih djelatnika i pacijenta nije moguća bez **međusobnog poštivanja i povjerenja**, za što je dobra komunikacija od ključne važnosti.

Komunikacija liječnika i pacijenta ima više karakteristika, a jedna je razlikuje od većine ostalih interpersonalnih komunikacija. Komunikacija liječnika i pacijenta je u prvom redu **povlaštena komunikacija**, koja je regulirana i normirana, od Hipokratove prisega iz antičkih vremena do suvremenih zakona o zdravstvenoj zaštiti i pravima pacijenata. Institut liječničke tajne i zaštite pacijentovih podataka temeljni je etički postulat u radu svih liječnika, a posebno obiteljskih. Liječnička tajna obuhvaća podatke o zdravstvenom, ali i osobnom i obiteljskom životu pacijenta koji se nalaze u zdravstvenom kartonu pacijenta. Obiteljski liječnik i ostali liječnici koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koriste se u radu biopsihosocijalnim modelom i poznaju svoje pacijente, ne samo sa zdravstvenog aspekta, već i kao osobe sa svojim psihosocijalnim problemima. Liječnik može otkriti podatke o svom pacijentu jedino u slučaju kad to izričito nalažu zakonske odredbe ili to dopušta sam pacijent, roditelj ili skrbnik malodobne osobe te u slučaju smrti ili psihičke nesposobnosti za rasuđivanje pacijenta, uz odobrenje uže obitelji, skrbnika ili zakonskog zastupnika⁸³. Liječnička tajna bliska je ispovjednoj i odvjetničkoj⁸⁴ tajni.

Povlaštena se komunikacija ne odnosi samo na verbalnu komunikaciju, već i na neverbalnu, osobito na taktilnu komunikaciju i korištenje prostora. Pri fizikalnom pregledu, dijagnostici i liječenju pacijenta, pacijent se razodjene, a liječnik postupcima, kao što su palpacija, perkusija, auskultacija, otoskopiranje, snimanje EKG-a, UTZ pregled i sl. te parenteralna terapija, zahvati male kirurgije, akupunktura i sl., ulazi, ne samo u osobni, već i u intimni prostor pacijenta.

Zakonske odrede koje se odnose na povjerljivost odnosa liječnika i pacijenta trebaju se proširiti na odnos svih zdravstvenih djelatnika i pacijenata. Zdravstveni fakulteti obrazuju kadrove koji nisu liječnici, ali su sposobni preuzeti dio liječničkih ingerencija i biti samostalni u radu.

Privatnost

Privatnost u komunikaciji obiteljskih i drugih liječnika, kao i ostalih zdravstvenih djelatnika s pacijentima, vezana je uz prostor i vrijeme. Liječnik s pacijentima neposredno komunicira uglavnom u ordinaciji, previjalištu i savjetovalištu. Rjeđe se kratka komunikacija obavlja u čekaonici ili kartoteci ambulante. Medicinska sestra neposredno komunicira s pacijentima u kartoteci, previjalištu, savjetovalištu i čekaonici. Ovisno o vrsti interakcije, a može se raditi o pregledu, savjetu, zahvatu male kirurgije, psihološkoj potpori ili psihološkoj intervenciji, potrebno je osigurati vrijeme i najveću moguću privatnost. Pacijent treba imati doživljaj privatnosti u razgovoru sa svojim liječnikom i medicinskom sestrom jer će tada liječenje komunikacijom biti daleko učinkovitije. U praksi to nije jednostavno postići i tu veliku ulogu ima suradnja liječnika i medicinske sestre. Kad se radi o predviđenoj dužoj interakciji, u trajanju od 20 do 45 min, potrebno je rezervirati dovoljno vremena. Uobičajeno je pacijenta naručiti pred kraj radnog vremena i u to se vrijeme isključuje mobilni telefon. Medicinska sestra će prespajati samo hitne telefonske pozive. Sličan postupak valja primijeniti i kad medicinska sestra održava savjetovanje.

Empatija

Empatija je riječ grčkog korijena koja znači sposobnost poistovjećivanja s drugom osobom, njezinim stanjima i osjećajima⁸⁵. Empatizirati s nekim znači gledati, slušati i osjećati na način kako to ta osoba čini. Postoji predrasuda da osoba koja nije u sličnoj situaciji ili nema slična životna iskustva ne može u potpunosti razumjeti, pa tako ni empatizirati s osobom koja ima određene probleme. To bi značilo da liječnik koji radi u ugodnom ambijentu ordinacije, a ne na dizalici dvadesetak metara iznad tla, ne može u potpunosti razumjeti zdravstvene i ine probleme koji dizaličar može imati. To bi također značilo da liječnik koji nije doživio prijelom noge ne može potpuno razumjeti probleme koje ima pacijent nakon operativnog zbrinjavanja otvorenog prijeloma potkoljenice. Nasreću, za empatiju nije nužno dijeliti sudbinu osobe kojoj želimo pomoći. Empatija, za razliku od simpatije, znači razumijevanje, ne nužno i slaganje s osobom, odnosno podržavanje njezinih stavova i ponašanja. Tako se liječnik i medicinska sestra, najvjerojatnije neće složiti sa stavovima nesuradljivog pacijenta, ali mogu razumjeti njegovu psihosocijalnu situaciju koja utječe na suradljivost. Obiteljski liječnik i drugi zdravstveni djelatnici mogu

istovremeno empatizirati s pacijentom, i tehnikama rješavanja problema, promjene stavova i ponašanja, utjecati na pacijenta da promijeni i zamijeni nezdravi način života zdravim.

Razlikujemo *emocionalnu, kognitivnu i tjelesnu empatiju*⁸⁶. **Emocionalna empatija** je osjećanje na način kako druga osoba osjeća, **kognitivna empatija** je razmišljanje na način kako druga osoba razmišlja. **Tjelesna empatija** podrazumijeva aktiviranje tzv. zrcalnih neurona koji se aktiviraju dok gledamo ponašanje druge osobe. Treba naglasiti da su zrcalni neuroni otkriveni u ventralnom premotornom korteksu makaki majmuna. Postojanje zrcalnih neurona u ljudi još uvijek nije sa sigurnošću potvrđeno jer postoje tehnička i etička ograničenja u istraživanjima na ljudima. Sve tri vrste empatije omogućuju liječniku odabrati, s obzirom na osobnost i potrebe pacijenta, najučinkovitiju kombinaciju verbalne, paraverbalne i neverbalne komunikacije. Ako i pacijent osjeća empatiju prema liječniku i medicinskoj sestri, liječenje komunikacijom će, po svoj prilici, biti uspješno. Mogli bismo parafrazirati utemeljitelja psihoanalize, Sigmunda Freuda, koji je rekao da su snovi kraljevski put u nesvjesno, i reći da je empatija kraljevski put prema povjerenju.

Aktivno slušanje

Aktivno je slušanje neizbježni dio dobre komunikacije između zdravstvenih djelatnika i pacijenata. Aktivno slušanje temelji se na želji i svjesnom naporu koji osoba ulaže da bi razumjela poruku sugovornika⁸⁷. Ispravno dekodiranje pacijentove poruke zahtijeva razumijevanje načina komunikacije pacijenta. Neki se pacijenti verbalno izražavaju kratkim, jednostavnim rečenicama, drugi pak koriste složene rečenice. Neki pacijenti ukratko iznose razloge zbog kojih su došli u ambulantu, drugi su pak epski opširni. Razumijevanje pacijentove poruke omogućuje liječniku i medicinskoj sestri optimalnu kombinaciju verbalne, paraverbalne i neverbalne komunikacije, kojom se u danom trenutku može postići najbolji lječidbeni učinak. Vještinu aktivnog slušanja moguće je usavršavati. Zapravo se ne radi samo o slušanju, već o praćenju pacijentove verbalne, paraverbalne i neverbalne komunikacije. S druge strane, i pacijent procjenjuje koliko ga liječnik ili medicinska sestra pažljivo (aktivno) sluša dekodirajući njihovu neverbalnu, verbalnu i paraverbalnu komunikaciju pri pregledu odnosno savjetovanju.

Komponente aktivnog slušanja

Verbalna komponenta

U verbalnu komponentu aktivnog slušanja ubrajamo: **postavljanje otvorenih pitanja, parafraziranje i rezimiranje.**

Postavljanje otvorenih pitanja

Postavljanjem kratkih otvorenih pitanja zdravstveni djelatnik kreira situaciju u kojoj je aktivno slušanje moguće primijeniti u punoj mjeri. Na otvorena pitanja pacijent odgovara potpunim rečenicama, dok na zatvorena može odgovoriti samo jednom riječju. Otvorena pitanja obogaćuju komunikaciju i čine je dinamičnom.

Primjeri otvorenih pitanja:

Liječnik: *Opišite mi kako se osjećate nakon uzimanja lijeka?*

Pacijent: *Grčevi u trbuhu su nestali, još sam malo nadut. Stolica mi se stabilizirala, ali je još mekana.*

Medicinska sestra: *Na koje se sve načine tjelesno rekreirate?*

Pacijent: *Ujutro i navečer gimnasticiram po 15 minuta, nastojim svakodnevno šetati barem pola sata,, dva do tri puta tjedne idem u teretanu.*

Primjeri zatvorenih pitanja:

Liječnik: *Jesu li grčevi u trbuhu nestali nakon uzimanja lijeka?*

Pacijent: *Jesu.*

Medicinska sestra: *Vježbate li redovito?*

Pacijent: *Da*

Parafraziranje

Parafraziranje je, u okvirima aktivnog slušanja, vlastitim riječima ponavljanje zadnje rečenice koju smo čuli od sugovornika. Na taj način zdravstveni djelatnici pokazuju pacijentu da prati njegovo izlaganje, potičući ga da nastavi.

Primjeri

parafraziranja:

Liječnik: *Dakle, usprkos redovitom uzimanju propisanih lijekova, tlak nije unutar ciljnih vrijednosti.*

Medicinska sestra: *Znači, u posljednje ste vrijeme kod kuće u više navrata izmjerili povišeni krvni tlak.*

Rezimiranje

Na kraju izlaganja pacijenta slijedi rezimiranje, pri čemu zdravstveni djelatnik ponavlja najbitnije dijelove poruke. Na taj način pacijent dobiva povratnu informaciju o tome je li njegova poruka ispravno dekodirana, odnosno shvaćena na pravi način.

Primjeri rezimiranja:

Liječnik: *Da ponovimo, jučer ste se uspuhali uspinjući se stubama do svog stana na petom katu. Do sada ste se uspinjali bez zastajkivanja, ali jučer ste se zaustavili na trećem katu. Nastavili ste za minutu, kad ste došli do daha. Kod kuće ste izmjerili tlak koji je bio 165/100 mm Hg, uz puls 94/min, što Vas je zabrinulo. Uzeli ste dodatnu dozu lijeka za tlak i lijek za smirenje. Nakon pola sata ste izmjerili tlak koji je bio 150/95 mm Hg, uz puls 74/min. Držite da bi bilo dobro promijeniti lijekove za povišeni tlak. Svakako ćemo započeti kardiološku obradu, započet ćemo rutinskim laboratorijskim nalazima i EKG obradom.*

Medicinska sestra: *Znači, redovitim uzimanjem lijeka, pravilnom prehranom i vježbanjem uspjeli ste spustiti razinu glukoze natašte s, u prosjeku, 10 na 7 mmol/l. U tri ste mjeseca smršavili četiri kilograma, a željeli ste desetak. Bitno je da ste na dobrom putu prema regulaciji šećerne bolesti i postizanju zadovoljavajuće tjelesne mase. Samo tako nastavite.*

Uzajamno aktivno slušanje

Ako je, uz liječnika i medicinske sestre, i pacijent ovladao tehnikom aktivnog slušanja, povećava se vjerojatnost da će zapamtiti ključne informacije. Drugim riječima, uzajamno aktivno slušanje povećava vjerojatnost da će liječenje komunikacijom biti uspješno. Obiteljski liječnik je, između ostaloga, i učitelj pacijentima, pa ih može nenametljivo uputiti u vještinu aktivnog slušanja.

Primjeri u kojima pacijent aktivno sluša:

Pacijent se žali na križobolju koja ga muči nekoliko dana. Nakon pregleda, liječnik propisuje nesteroidni antireumatik, uz inhibitor protonske crpke za zaštitu želučane sluznice.

- Pitanje: „**Na koji ću način** uzimati preporučeni lijek?“
- Parafraziranje: „Znači, lijek **obvezno** uzimam nakon jela, s tim da **ujutro** uzmem lijek za **zaštitu sluznice želuca**.“
- Rezimiranje: „Mirovat ću u **rasteretnom** položaju, savijenih koljena. Uzet ću lijek protiv bolova **tri** puta dnevno **nakon** jela dok traju bolovi, uz lijek za opuštanje **mišića, dvije** tablete preko **dana** i jednu **prije spavanja**. Dok uzimam lijek protiv bolova, **ujutro** ću uzeti lijek za zaštitu želučane sluznice. Za **tjedan** dana se javljam na kontrolu. Ako se stanje pogorša, javit ću se prije.“

Neverbalna komponenta aktivnog slušanja

Neverbalna komunikacija pri aktivnom slušanju upotpunjuje i daje uvjerljivost verbalnoj i paraverbalnoj komunikaciji.

Izraz lica liječnika i medicinske sestre treba biti sukladan emocionalnom tonu poruke koju šalje ili prima od pacijenta.

Kontakt očima je neizbježan dio kvalitetnog aktivnog slušanja. Nenametljiv kontakt očima govori o zainteresiranosti sugovornika za poruku koju prima. Važno je da kontakt očima ne bude prenatravan, da pacijent aktivno slušanje ne doživi poput policijskog informativnog razgovora.

Potvrdno kimanje glavom pokazuje pacijentu da liječnik ili medicinska sestra razumiju njegovu poruku i motivira ga za nastavak izlaganja.

Naginjanjem tijela prema pacijentu liječnik ili medicinska sestra dodatno pokazuju zainteresiranost za poruku koju im pacijent šalje.

Okretanjem dlanova prema pacijentu zdravstveni djelatnici naglašavaju otvorenost i iskrenost svoje komunikacije.

LIJEČENJE KOMUNIKACIJOM U PRAKSI

Primjena komunikacije kao lijeka u svakodnevnom radu

Zdravstveni djelatnici mogu svaku komunikaciju u svakodnevnom radu s pacijentima pretvoriti u svojevrsan lijek. Komunikacija će najbolje djelovati ako liječnik ili medicinska sestra strukturiraju radno vrijeme, pri čemu će odvojiti dovoljno vremena za pojedinačno i grupno savjetovanje pacijenata. Kreatori sveučilišnih i veleučilišnih preddiplomskih, dodiplomskih i poslijediplomskih studija, na kojima se obrazuju zdravstveni kadrovi, spoznali su vrijednost komunikacijskih vještina kao važne kompetencije zdravstvenih djelatnika. Zato je potrebno liječnike i medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, posebno u obiteljskoj medicini, osloboditi suvišnog administriranja i uloge zdravstvenih službenika, kako bi se u punom opsegu mogli posvetiti radu s pacijentima.

Da bi pacijent prihvatio zdrav način života, treba biti **suradljiv i motiviran za promjenu** i suradnju pri odabiru nefarmakoloških i farmakoloških metoda promicanja zdravlja, prevencije i liječenja bolesti. Problem je što obiteljski liječnik i medicinska sestra pri motiviranju pacijenata na promjenu ponašanja veoma često nailaze na **svjestan ili nesvjestan otpor** pacijenata.

Iz mnoštva svakodnevnih kontakata s pacijentima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti izdvojiti ćemo dvije situacije u kojima vještina liječenja komunikacijom dolazi do izražaja. To su *motivacijski razgovor, liječenje psihosomatskih bolesti, komunikacija sa psihotičnim pacijentom, komunikacija s ljutitim i agresivnim pacijentom i priopćavanje loših vijesti.*

Motivacijski razgovor

Bitne zadaće djelatnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti su promicanje zdravlja te primarna, sekundarna i tercijarna prevencija bolesti⁸⁷. Na razini šire društvene zajednice, tim se zadaćama bave prvenstveno odjeli zavoda za javno zdravstvo, a na razini pojedinaca i njihovih obitelji timovi primarne zdravstvene zaštite, navlastito timovi obiteljske medicine. Promicanjem zdravlja medicinski djelatnici usmjeravaju pacijente uspješnom očuvanju tjelesnog i mentalnog integriteta. Primarna je prevencija slična promicanju zdravlja, usmjerena je uklanjanju rizičnih čimbenika koji uvjetuju nastanak određenih bolesti. Sekundarna prevencija usmjerena je otkrivanju bolesti u što ranijoj

fazi razvoja. Tercijarna prevencija bavi se sprječavanjem komplikacija kroničnih bolesti. Spomenimo i kvartarnu prevenciju, koja je specifična za obiteljsku medicinu, a definirana je savjetovanjem pacijenata koji uzimaju puno lijekova, što nazivamo polifarmacijom. Polifarmaciju je potrebno razlikovati od polipragmazije jer se u potonjem slučaju radi o nepotrebnom uzimanju većeg broja lijekova. Neki pacijenti znaju uzimati i preko deset različitih lijekova. Kvartarnom prevencijom obiteljski će liječnik sugerirati pacijentu smanjenje broja lijekova na optimalan broj⁸⁸. Obiteljski liječnik i medicinska sestra u timu pristupaju pacijentu holistički, liječeći prvenstveno osobu, a ne samo skup bolesnih organa. To čini kvartarnu prevenciju značajnom, kako za pacijenta, tako i za zdravstveni sustav, posebnošću obiteljske medicine.

Promicanje zdravlja i prevenciju bolesti obiteljski liječnik i njegov tim provode kroz strukturirana savjetovanja. Krajnji cilj preventivnog djelovanja i nefarmakološkog liječenja bolesti je prihvaćanje zdravih obrazaca ponašanja. Promjeni ponašanja u načelu prethodi promjena stavova. Drugim riječima, promjeni ponašanja (eng. *bihevioral modification*) prethodi spoznajna promjena (eng. *cognitive modification*). Stavovi se ne mijenjaju lako i brzo, tako da u motivacijskom razgovoru, u punoj mjeri, dolaze do izražaja komunikacijske vještine zdravstvenih djelatnika.ZJ

Promjena ponašanja kroz promjenu stava

Krajnji cilj zdravstvenog savjetovanja je promjena ponašanja pojedinaca i obitelji u smjeru obrazaca koji karakteriziraju zdrav način života. To se postiže promjenom stavova, odnosno modifikacijom uvjerenja koja ometaju funkcioniranje osobe u svakodnevnom životu ili postizanju zacrtanih ciljeva. Pojam *stav* moguće je definirati na više načina, u ovisnosti o psihološkoj ili sociološkoj školi kojoj autori pripadaju. Najjednostavnije rečeno, stav predstavlja pozitivan ili negativan odnos prema objektu stava. Objekt stava može biti osoba, grupa, ideja odnosno bilo kakav konkretan ili apstraktan pojam. Prema Allportu stav je neuralna i mentalna spremnost, formirana na osnovi iskustva, koja neposredno i dinamički uvjetuje reakciju pojedinca prema objektima i situacijama s kojima dolazi u dodir⁸⁹. Prema ovoj definiciji, stavovi su relativno trajni i teže promjenjivi zbog svojeg ustaljenog neurofiziološkog obrasca, stečeni su životnim iskustvom i imaju neposredno i dinamičko djelovanje. Eagly i Chaiken ističu da je stav psihološka sklonost da se određeni pojam u određenom stupnju evaluira pozitivno ili negativno⁹⁰. Stavove možemo slikovito opisati kao

čvorove u mentalnoj mreži, odnosno filtere osobe kroz koje prolaze informacije iz okoline. Stavovi nam pomažu da te informacije organiziramo i lakše stvorimo sliku stvarnosti. Negativne stavove, koji su neobjektivno utemeljeni, nazivamo predrasudama. Spomenimo samo, za zdravstveno ponašanje važne, predrasude o autizmu kao nuspojavi cijepljenja djeteta ili predrasudu o obiteljskim liječnicima koji samo pišu recepte i uputnice jer nemaju znanje eksperata za pojedinu granu medicine.

Struktura stavova

U strukturi stavova *razlikujemo kognitivnu, afektivnu i bihevioralnu (ponašajnu) komponentu*, odnosno dimenziju⁹¹.

Kognitivna komponenta predstavlja sveukupnost uvjerenja o objektu stava. Ako kognitivna komponenta stava prevladava, govorimo o kognitivno zasnovanom stavom. Uz pomoć kognitivne komponente osoba klasificira prednosti i nedostatke objekta stava. Tako pacijent može zauzeti stav da je opasno uzimati lijekove za snižavanje masnoća u krvi jer imaju mnogo nuspojava i ograničenja. Pacijent je svoj stav formirao pročitavši uputu o uzimanju lijeka za snižavanje masnoća u kojoj su nabrojane brojne nuspojave koje prate uzimanje hipolipemika statina.

Afektivna komponenta odnosi se na evaluaciju objekta stava. Stav koji se više zasniva na emocijama i vrijednostima nego na objektivnoj analizi prednosti i nedostataka nazivamo emocionalno zasnovanim stavom. Tako neki pacijenti ne žele ići liječniku kako se ne bi „nešto otkrilo“ pa bi se onda osjećali bolesnima. Funkcija takvih stavova više je izražavanje i potvrđivanje temeljnog sustava vrijednosti nego stvaranje i održavanje objektivne slike svijeta. **Vrijednostima nazivamo stavove o pojmovima koji značajno utječu na svjetonazor osobe.** Kao primjer vrijednosti koje utječu na zdravstveno ponašanje možemo navesti stav prema pobačaju i načinima kontracepcije, stav o spolnoj orijentaciji, stav o liječenju ovisnosti o opijatima, stav o braku i izvanbračnoj zajednici, stav o HIV pozitivnim osobama, stav o osobama s posebnim potrebama, stav o cijepljenju itd.

Funkcija stavova

Stavovi imaju *funkciju prilagodbe, spoznajnu funkciju, funkciju samoizražavanja i funkciju obrane ega*⁹².

Funkcija prilagodbe odnosi se na mjeru u kojoj se osoba konformira s okolinom zbog postizanja željenog cilja.

Spoznajna funkcija odnosi se na informacije koje neka osoba posjeduje o fizičkom i društvenom svijetu. Tako bliža i šira okolina toj osobi postaju poznatije i sigurnije mjesto.

Funkcija samoizražavanja odražava potrebu predstavljanja sebe drugim ljudima. Svojim stavovima osoba pruža svojoj okolini mogućnost uvida u vrijednosti do kojih joj je stalo.

Funkcija obrane ega povezana je sa samopoštovanjem, odnosno stvaranjem pozitivne slike o sebi.

Strukturalna i funkcionalna slojevitost stavova ukazuje na visoku razinu komunikacijskih vještina koju trebaju imati zdravstveni djelatnici da bi mogli uspješno liječiti komunikacijom.

Transteorijski model promjene ponašanja

Istraživači koji se bave zdravstvenim ponašanjima nastoje osmisliti modele koji će promjenu ponašanja, putem promjene stavova, povezati u teoriji i praksi. James Prochaska i Carlo DiClemente su krajem sedamdesetih godina prošlog stoljeća utemeljili *transteorijski model promjene ponašanja*. Radi se o integrativnom kognitivnom modelu koji pojašnjava procese kroz koje osoba prolazi prilikom prihvatanja zdravog načina života⁹³.

Prema transteorijskom modelu, proces promjene ponašanja podijeljen je u pet faza. Motivacija osobe nije podjednaka u svim fazama, autori pretpostavljaju da motivacija pacijenta iz faze u fazu postupno raste. U prvoj fazi, ili **pretkontemplaciji**, pacijent ne razmišlja o promjeni ponašanja. Potom slijedi faza **kontemplacije**, kad pacijent razmišlja o promjeni ponašanja, ali ne u bliskoj budućnosti. U trećoj fazi ili fazi **pripreme** pacijent planira promjenu ponašanja u skoroj budućnosti. Četvrta se faza odnosi na **akciju**, pacijent je započeo modificirati ponašanje. Peta faza je **održavanje** promijenjenog ponašanja i sprječavanje relapsa.

Faze Transteorijskog modela promjene ponašanja

1. Pretkontemplacija

Otpor predloženoj promjeni ponašanja najjači je u fazi pretkontemplacije. U toj fazi motivacije za promjenu ponašanja zapravo i nema. Pacijenti nisu svjesni potrebe za promjenom načina ponašanja i ne namjeravaju započeti sa zdravim načinom života u bliskoj budućnosti (narednih šest mjeseci). Uobičajeno je da pacijenti u ovoj fazi učvršćuju svoj stav podcjenjujući pozitivne ishode

prihvaćanja zdravog načina života i umanjuju negativne ishode sadašnjeg nezdravog životnog stila. Selektivna percepcija koju pacijenti u fazi prekontemplacije koriste dovodi do ignoriranja negativnih zdravstvenih ishoda do kojih dovode obrasci nezdravog zdravstvenog ponašanja. **Obiteljski liječnik i medicinska sestra trebaju pacijenta, u fazi prekontemplacije, uporno informirati o negativnostima nezdravog načina života te naglašavati tjelesne, psihičke i socijalne prednosti prihvaćanja zdravog životnog stila.** Na taj se način povećava vjerojatnost da pacijent postupno donese odluku o prihvaćanju ponašanja povezanih s pozitivnim zdravstvenim ishodima.

2. Kontemplacija

U ovoj se fazi u pacijenata rađa namjera za prihvaćanjem zdravog načina života u skorijoj budućnosti. Prema Transteorijskom modelu, zdravo ponašanje treba započeti unutar šest mjeseci. Pacijenti su sve svjesniji pozitivnih učinaka promjene načina života na njihovo zdravlje, ali još uvijek umanjuju ili potiskuju informacije o negativnim zdravstvenim ishodima sadašnjeg nezdravog načina života. Zdravstveni djelatnici trebaju podržati odluku pacijenta o promjeni ponašanja i nastaviti motivirati pacijenta da odluku provede u djelo. **U fazi kontemplacije zadaća obiteljskog liječnika i medicinske sestre je naglašavati negativne ishode nezdravog životnog stila.**

3. Priprema

Pacijenti su u trećoj fazi spremni započeti promjenu ponašanja unutar narednih mjesec dana. Postupno planiraju konkretne akcije koje će im pomoći uključiti novo zdravstveno ponašanje u svakodnevni životni ritam. **U toj fazi pacijenta je važno podučiti o važnosti socijalne mreže članova obitelji i prijatelja koja će mu pomoći započeti i održavati pozitivnu promjenu zdravstvenog ponašanja.** Također, važno je da pacijenti upoznaju druge pacijente koji su nezdravi način života zamijenili zdravim. Takvi, iskusni pacijenti, mogu pacijentima koji namjeravaju promijeniti zdravstveno ponašanje dati korisne savjete i poslužiti kao model uspješno promijenjenog zdravstvenog ponašanja.

4. Akcija

Pacijenti su u četvrtoj fazi započeli promjenu ponašanja, radi se o novom ponašanju, koje traje kratko, ne dulje od šest mjeseci, i još nije stabilno. **U fazi akcije zadaća je liječnika i medicinske sestre pacijente naučiti kako**

učvrstiti nove obrasce zdravog ponašanja te kako se oduprijeti želji za povratkom na prijašnji, nezdravi način života. Pacijenti uče načine koji im pomažu održavati novoprihvaćeni zdrav način života. Tu ubrajamo zdrave aktivnosti kojima zamjenjuju nezdrava zdravstvena ponašanja, kao i nagrade koje si mogu priuštiti za uspješnu promjenu zdravstvenog ponašanja u određenom vremenu. Važno je izbjegavati osobe i situacije koje bi mogle utjecati na povratak nezdravom životnom stilu.

5. Održavanje

Faza održavanja podrazumijeva pozitivnu promjenu zdravstvenog ponašanja koja traje duže od šest mjeseci. **U toj je fazi važno da se pacijenti nauče suočavati sa stresnim situacijama jer je upravo stres najčešći okidač povratka na nezdravi način života.** I dalje je izuzetno važna potpora socijalne mreže članova obitelji i prijatelja. Također, planiranje redovitih kontrolnih posjeta obiteljskom liječniku i medicinskoj sestri, uz vođenje dnevnika zdravog ponašanja, velika je pomoć pri održavanju prihvaćenog novog načina života.

Promjena stava i ponašanja prema Transteorijskom modelu

Transteorijski model uključuje deset temeljnih procesa koji bitno utječu na promjenu stava te kroz pojedine faze dovode do promjene ponašanja i prihvaćanja zdravog načina života.

To su:

- 1. Razvoj svijesti o obrascima ponašanja** koji promiču zdravlje i sprječavaju bolest
- 2. Emocionalna uključenost**, bilo da se radi o strahu, tjeskobi i zabrinutosti zbog nezdravog ponašanja ili nadahnuću i nadi nakon spoznaje o značenju zdravog načina života
- 3. Kreiranje nove slike o sebi** u kojoj zdrav način života predstavlja bitan dio
- 4. Prepoznavanje nezdravog načina života u drugih** i načina kako bi mogli promijeniti nezdravi u zdravi način života
- 5. Razvijanje svijesti o vlastitoj snazi i** mogućim otporima žudnji za obrascima nezdravog načina života
- 6. Prepoznavanje značaja društvene zajednice** koja različitim aktivnostima podupire zdrav način života

7. **Stvaranje socijalne mreže osoba koje podržavaju promjenu** i prihvaćanje obrazaca zdravog načina života
8. **Protu-uvjetovanje.** Zamijeniti uvjetovanu reakciju koja vodi nezdravom načinu života reakcijom u sklopu obrazaca zdravog načina života.
9. **Operantno uvjetovanje.** Pojačati nagrađivanje zdravog načina ponašanja i uskratiti nagradu ako se radi o nezdravom zdravstvenom ponašanju.
10. **Kontrola podražaja** uporabom podsjetnika koji podržavaju zdrav način života, uz izbjegavanje podražaja koji ohrabruju nezdravo ponašanje

Navedeni procesi su konstrukti koji uglavnom pripadaju neanalitičkim psihoterapijskim usmjerenjima, kao što je, u prvom redu, bihevioralno- kognitivna terapija, geštalt terapija i realitetna terapija.

Tijekom vremena, drugi su autori dodavali procese izvornim procesima koje su utvrdili Prochaska i DiClemente. Bartholomew i sur⁹⁴ su, analizirajući brojna istraživanja, pribrojili još 21 proces koji je značajan pri promjeni stava prema Transteorijskom modelu.

Dodani procesi se odnose na razvijanje svijesti o rizicima koji prate promjenu ponašanja i upravljanje njima. Također, dodani se procesi odnose na usmjerenost ka pozitivnim zdravstvenim ishodima koji slijede nakon promjene ponašanja. Bitno je i ustrajno razvijati životne vještine korisne za stvaranje socijalne mreže osoba koje su spremne biti potpora osobi koja se odlučila za promjenu disfunkcionalnog životnog stila i prihvaćanje obrazaca zdravog načina života.

Vaganje u odlučivanju

U Transteorijskom modelu, prilikom prolaska kroz svaki od pet stadija, važno je često vagati (eng. *decisional balance*) tvrdnje koje govore u prilog ili protiv promjene ponašanja (eng. *“pros” and “cons”*). Tvrdnje se mijenjaju, ovisno o stadiju u kojem se osoba nalazi, a “vagu” je najbolje prikazati tako da su na jednoj strani obrasca tvrdnje koje govore u prilog, a na drugoj tvrdnje koje govore protiv promjene ponašanja. Još se preciznije odluka može izvagati korištenjem upitnika s petstupanjskom Likertovom ljestvicom za odgovore^{95,96}. Primjer takvog upitnika, a radi se o uvođenju redovitog tjelesnog vježbanja u raspored dnevnih aktivnosti, prikazan je u Tablici 1.

Tablica 1. Upitnik vage odlučivanja o redovitom tjelesnom vježbanju.

Ovaj upitnik opisuje pozitivne i negativne aspekte tjelovježbe. Molimo Vas do označite koliko je svaka tvrdnja važna za odluku da vježbate ili ne vježbate u slobodno vrijeme. Odgovorite zaokruživši odgovarajuću brojku na ljestvici uz svaku tvrdnju: 1 = Nije važno 2 = Malo važno 3 = Donekle važno 4= Veoma važno 5 = Izuzetno važno					
1. Imao bih više energije za svoju obitelj i prijatelje kada bih redovito vježbao.	1	2	3	4	5
2. Bilo bi mi neugodno da me ljudi vide kako vježbam	1	2	3	4	5
3. Osjećao bih se manje pod stresom ako bih redovito vježbao.	1	2	3	4	5
4. Vježba me sprječava u druženju s prijateljima.	1	2	3	4	5
5. Vježbanje mi popravlja raspoloženje do kraja dana.	1	2	3	4	5
6. Osjećam se neugodno u odjeći za vježbanje.	1	2	3	4	5
7. Bila/o bih zadovoljnija/i svojim tijelom kada bih redovito vježbala/o.	1	2	3	4	5
8. Učenje tjelovježbi oduzet će mi previše vremena.	1	2	3	4	5
9. Redovita tjelovježba pomogla bi mi gledati pozitivnije na život.	1	2	3	4	5
10. Tjelovježba dodatno opterećuje meni značajne osobe.	1	2	3	4	5

Potrebno je naglasiti da smo obrnuli Likерову ljestvicu iz izvornog upitnika jer nam je logično da se stupanj slaganja s tvrdnjom izražava većom brojkom.

Bodovanje: za redovito vježbanje: čestice 1,3,5,7,9; protiv redovitog vježbanja: čestice 2,4,6,8,10.

Liječnik i medicinska sestra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti mogu, imajući na umu procese koji pomažu u promjeni stava i prihvaćanju novog ponašanja, dodatno motivirati pacijenta i pomoći da prevagne odluka u pravcu promjene ponašanja i prihvaćanja zdravog načina života. .

Samoučinkovitost

Prema Banduri, konstrukt samoučinkovitosti (eng. *self – efficacy*) odnosi se na uvjerenost osobe u uspješno rješavanje stresnih situacija. Doživljaj samoučinkovitosti, ako osoba nije psihotična, ovisan je o pojedinoj situaciji.

Istraživanja ukazuju da osobe s visokim doživljajem samoučinkovitosti lakše prihvaćaju zdravi način života i manje su sklone povratku disfunkcionalnim obrascima zdravstvenog ponašanja⁹⁷. Za osobe koje su uvjerenе u svoju učinkovitost zahtjevne zadaće su izazovne, a ne opasnosti koje je bolje izbjeći. Takve osobe si postavljaju realne ciljeve, planirajući postupke za rješavanje problema koji se mogu javiti pri ostvarivanju postavljene zadaće. Osobama s niskim doživljajem samoučinkovitosti imalo zahtjevnije zadaće su preteške, lako odustaju od postavljenih ciljeva pri pojavi početnih problema.

Uvjerenje o samoučinkovitosti osoba izgrađuje na četiri temelja:

1. **Prethodni uspjeh u obavljanju zahtjevnih zadaća.** Uspješno ostvarivanje postavljenih ciljeva čini osobu kompetentnijom za nove slične zadaće.

2. **Promatranje modela po sposobnostima sličnih sebi.** Promatranje uspješnih pojedinaca, s kojima se može poistovjetiti, pojačava vjerojatnost uspješnog svladavanja poteškoća.

3. **Socijalna persuazija, odnosno uvjeravanje okoline da će zadaća biti uspješno riješena.** Bitno je da poticaji iz okoline budu usklađeni s realnošću, u protivnom će polučiti suprotan učinak.

4. **Uspješno suočavanje sa stresom.** Percepcija stresa raste što je osobi postavljena zadaća zahtjevnija. Problemu usmjerene strategije suočavanja, u načelu, smanjuju razinu percipiranog stresa, što omogućuje osobi učinkovito rješavanje postavljene zadaće.

Samoučinkovitost se, poput vaganja odluke o tjeļovježbi, može izmjeriti upitnikom. U Tablici 2 prikazan je upitnik osjećaja samoučinkovitosti u slučaju prihvaćanja redovite tjeļovježbe.

Tablica 2. Upitnik osjećaja samoučinkovitosti pri redovitoj tjelovježbi.

<p>Ovaj upitnik se odnosi na doživljaj vlastite učinkovitosti pri redovitoj tjelovježbi. Molimo Vas da označite koliko svaka tvrdnja opisuje Vašu samoučinkovitost. Odgovorite koliko se pojedina tvrdnja odnosi na Vas zaokruživši odgovarajuću brojku na ljestvici: 1 = Uopće ne; 2 = Uglavnom ne; 3 = Dijelom da; 4= Uglavnom da; 5 = U potpunosti da</p>					
Uvjeren sam da ću uspješno vježbati i tada...					
1. Kad je vani kiša, snijeg ili je hladno	1	2	3	4	5
2. Kad sam pod velikim stresom	1	2	3	4	5
3. Kad sam u vremenskom tjesnacu	1	2	3	4	5
4. Kad vježbam sam	1	2	3	4	5
5. Kad mi je nedostupna dvorana ili teretana	1	2	3	4	5
6. Kad se družim s prijateljima	1	2	3	4	5

Bodovanje: Zbroj rezultata po česticama podijeli se s brojem čestica. Aritmetička sredina iznad 3,0 govori u prilog visokog doživljaja samoučinkovitosti i obratno. Kao i u slučaju vaganje odluke, tim obiteljske medicinske može primjerenom komunikacijom u svojih pacijenata povećati doživljaj samoučinkovitosti.

Kritike Transteorijskog modela

Jedan dio kritičara drži da procesi koji dovode do promjene ponašanja ne tvore kvalitativne, odvojene stadije. Zapravo se radi o kontinuiranim procesima koji su iz didaktičkih razloga podijeljeni u arbitrarne kategorije, odnosno faze. Također, Transteorijski model, poput ostalih kognitivnih modela, pretpostavlja da je ljudsko ponašanje u svojim osnovama namjerno, racionalno i logično. Zdravstveno je osoblje, posebno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, suočeno s neracionalnim i nelogičnim ponašanjem svojih pacijenata. Nerijetko zdravstveni djelatnici, frustrirani neprihvatanjem savjeta, odustaju od daljnjih pokušaja motivacije pacijenata za prihvaćanje obrazaca zdravog načina života. Zato je za uspješnije vođenje motivacijskog razgovora važno poznavati koncepte *kognitivne disonance* i *naučene bespomoćnosti*, koji će ukratko biti opisani u nastavku teksta.

Bez obzira na kritike, transteorijski model se pokazao učinkovitim u motiviranju pacijenta za prihvaćanje zdravog načina života. Valja istaknuti da je dobro proveden motivacijski razgovor ili intervju na temelju Transteorijskog modela izuzetno važan u liječenju raznih oblika ovisnosti⁹⁸.

Kognitivna disonanca

Znanje o posljedicama nezdravog načina života neophodan je preduvjet za promjenu ponašanja i prihvaćanje zdravog životnog stila. Zdravstveni su djelatnici, posebno liječnici, tijekom obrazovanja opširno informirani o zdravstvenim ishodima koji prate nezdrave životne navike. Kada bi kognicija bila jedini čimbenik koji utječe na promjenu ponašanja, među liječnicima ne bi bilo pretilih, pušača i ovisnika o raznim drugim porocima koji ne pripadaju zdravom načinu života. Pretpostavljamo da liječnici imaju, da parafraziram sadašnju medicinsku paradigmu, kognicije o zdravom životu temeljene na znanstvenim dokazima. Prema tim dokazima, indeks tjelesne mase (ITM) koji prelazi brojku 30, kao i navika pušenja, predstavljaju nemali rizik za pojavu kardiovaskularnih, degenerativnih, malignih i drugih bolesti. Kako onda protumačiti da se i dio liječnika, a ne samo dio pacijenata, ponaša suprotno znanstveno utemeljenim kognicijama o zdravom načinu života? Psiholog Festinger je taj fenomen nazvao kognitivnom disonancom i pokušao ga je pojasniti⁹⁹. **Kognitivna disonanca** je neugodno stanje, to neugodnije što je veća razlika između kognicije i ponašanja osobe. U slučaju promicanja zdravlja i prevencije bolesti radi se o razlici između informacija o odrednicama zdravog načina života i ponašanju suprotnim od tih odrednica.

Kako se radi o neugodnom stanju, osoba pokušava smanjiti kognitivnu disonancu. Jedan od načina je promjena kognicije **kroz sumnju u znanstvena dostignuća** i znanstvene autoritete, što je npr. temelj rasprostranjene kampanje protiv obveznog cijepljenja djece. Drugi je način uzeti primjere koji **proturječe stavovima medicinske znanosti**. Tako će okorjeli pušač među poznanicima naći nekog tko je doživio duboku starost pušeći desetljećima barem kutiju cigareta dnevno, dok je netko umro od raka pluća u srednjim godinama, a nikada u životu nije zapalio cigaretu.

Obiteljski liječnik i medicinska sestra trebaju utvrditi postojanje i stupanj kognitivne disonance te u skladu s rezultatima organizirati promjenu načina života. Kognitivnu disonancu moguće je procijeniti jednostavnim upitnikom s dvije čestice, prikazanim u tablici 3.

Tablica 3. Upitnik za procjenu kognitivne disonance

Pušenje je štetno po zdravlje	uopće se ne slažem 3	dijelom se ne slažem 2	dijelom se slažem 1	u potpunosti se slažem 0
Navika pušenja (cigarete/dan)	ne pušim 0	< 10 1	10 -20 2	>20 3

Bodovanje: Razlika rezultata u oba retka: 0 –nema kognitivne disonance ; 1 – umjerena kognitivna disonanca ; 2 i 3 – izrazita kognitivna disonanca.

Potrebno je istaknuti da, osim izražene kognitivne disonance pri kojoj osoba zna da je pušenje štetno, ali i dalje nastavlja s pušenjem, postoji situacija kad nema kognitivne disonance, osoba ne zna koliko je pušenje štetno i nastavlja s pušenjem. U prvom slučaju zdravstveni djelatnik nastoji pacijentu dodati spoznaje o štetnosti pušenja, aktivirajući prvenstveno emocionalni put promjene stava. U drugom slučaju, koji je, zahvaljujući medijskim kampanjama o štetnosti pušenja, sve rjeđi, zdravstveni će djelatnik pacijentu pružiti temeljne informacije o štetnosti pušenja, aktivirajući i kognitivni i emocionalni put promjene stava.

Slična tablica može se izraditi i u slučaju drugih nezdravih obrazaca ponašanja. U donjem retku je potrebno nezdravu naviku procijeniti Likеровом ljestvicom od nepostojanja do izrazito prisutne navike.

Naučena bespomoćnost

Osim kognitivne disonance, u pripremi za motivacijski razgovor s pacijentom valja uzeti u obzir i koncept **naučene bespomoćnosti**. Psiholog Martin Seligman je u eksperimentu utvrdio da se pas, koji je kroz pod kaveza dobio elektrošokove, bez obzira u koji se dio kaveza smjestio, u jednom trenutku šćućurio u jednom dijelu kaveza trpeći elektrošokove, iako je eksperimentator preostali dio kaveza isključio iz strujnog kruga¹⁰⁰. Pas je tijekom eksperimenta naučio da premještanjem po kavezu ne može izbjeći neugodu pa je nastavio trpjeti elektrošokove, iako se situacije promijenila. Slično se ponašaju i ljudi ako nakon višestrukih pokušaja ne uspiju riješiti problem, mnogi gube motivaciju i prestaju pokušavati. Zato je teže motivirati pušače koji su više puta prestajali pušiti ili pretile pacijente, koji su nakon različitih dijeta doživjeli „yo yo efekt“ i povratili izguljenu tjelesnu masu. Seligman je naučenu bespomoćnost držao značajnim etiološkim čimbenikom u nastanku depresivnog poremećaja¹⁰¹. Obiteljski liječnik i medicinska sestra trebaju utvrditi koliko su

puta pacijenti pokušali promijeniti životni stil i utvrditi stupanj izraženosti naučene bespomoćnosti.. .

Naučenu bespomoćnost moguće je procijeniti jednostavnim upitnikom s dvije čestice, prikazanim u tablici 4.

Tablica 4. Upitnik za procjenu naučene bespomoćnosti

Molimo da odgovorite na tvrdnje: 0 ne odnosi se na mene; 1 dijelom se odnosi; 2 u glavnom se odnosi na mene; 3 u potpuno se odnosi na mene				
Više puta pokušao sam prestati pušiti	0	1	2	3
Nema više smisla prestajati pušiti	0	1	2	3

Bodovanje: Zbrajaju se rezultati u oba retka. Rezultati od 0 do 3 ukazuje na neznatnu naučenu bespomoćnost, dok rezultat od 4 do 6 ukazuje na značajno izraženu naučenu bespomoćnost.

Sličnu tablica moguće je izraditi i za druga nezdrava ponašanja. Potrebno je razlikovati gubitak volje za bilo kakvu aktivnost, kao jedan od simptoma depresije, od gubitka volje za specifičnu aktivnost, nakon višestrukih neuspješnih pokušaja.

Uvjeravanje (persuazija)

Motivacijski razgovor bit će uspješniji ako su zdravstveni djelatnici upoznati s načinima pomoću kojih se može postići promjena stava u pacijenata.

Model vjerojatnosti elaboracije (The Elaboration Likelihood Model) Richarda Pettya i Johna Cacioppa pretpostavlja dva različita puta, odnosno načina uvjeravanja (persuazije)¹⁰². To su *središnji i periferni put formiranja uvjerenja, odnosno stava*. Poznavanje puteva i varijabli pomoću kojih je određen stav formiran pomaže zdravstvenim djelatnicima u promjeni stavova svojih pacijenata, koji negativno utječu na prevenciju i liječenje bolesti.

Središnji put formiranja stava

Središnji put formiranja stava uključuje izrazitu kognitivnu aktivnost pri kojoj osoba uzima u obzir prethodno iskustvo prilikom proučavanja argumenata navedenih u komunikaciji. Osoba aktivno evaluira poruku, uspoređuje je s vlastitim iskustvom te odgovara na poruku formiranjem pozitivnih ili negativnih stavova. Da bi se stav formirao kognitivnim, središnjim putom, osoba treba

biti dovoljno motivirana i sposobna shvatiti bit informacije koja joj je predočena. Stav koji je formiran središnjim putem uvjeravanja je jasan, čvrst i dobro uklopljen u sustav vjerovanja osobe. Ako zdravstveni djelatnici procijene da je disfunkcionalni stav dominantno formiran središnjim putem, usmjerit će intervenciju na mijenjanje kognitivnih distorzija, pružajući pacijentu dodatne informacije o posljedicama nezdravog načina života.

Periferni put formiranja stava

Periferni put formiranja stava nije prvenstveno usmjeren kognitivnoj obradi argumenata u poruci. Stavovi nastali perifernim putem temelje se na nekim varijablama koje karakteriziraju situaciju u kojima se uvjeravanje događa. Ako osoba percipira komunikatora kao stručnu i povjerljivu osobom, lakše će prihvatiti njegove argumente i bez dublje kognitivne obrade formirati stav. Slično će se dogoditi ukoliko se komunikacija odvija u opuštajućoj okolini u kojoj se osoba dobro osjeća. U istraživanju u kojem su ispitanici bili studenti varirane su varijable motivacije za poruku i percipirane stručnosti komunikatora. Ako je publika motivirana za poruku, manje je važno da komunikator bude stručna osoba. Ako je publika u početku nemotivirana, izuzetno je važno da komunikator bude stručna, cijenjena ili popularna osoba. Budući da je prosječan pacijent u početku uglavnom slabije motiviran za promjenu stava o prevenciji ili liječenju bolesti (faza pretkontemplacije ili kontemplacije po Prochaski), od izuzetne je važnosti za uspješnu promjenu stava da zdravstvene djelatnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti percipiraju kao stručne i povjerljive osobe. Opterećenje timova obiteljske medicine nepotrebnom administracijom umanjuje doživljaj stručnosti i povjerljivosti u očima pacijenata i o tome valja voditi računa.

Ciljevi motivacijskog razgovora mogu biti različiti. Jednom je cilj poboljšati suradljivost u medikamentoznom liječenju kronične bolesti, drugi put je cilj motivirati pacijenta za postizanje normalne tjelesne mase, rješavanje ovisnosti o nikotinu, alkoholu ili drogama. Također, pacijenta možemo motivirati za rad nakon dužeg bolovanja, nastavak školovanja, promjenu radnog mjesta, rješavanje sukoba u obitelji. Način vođenja motivacijskog razgovora ovisi o crtama osobnosti pacijenta te o situacijskim varijablama, kao što su emocionalno stanje i doživljaj stresa. Iskusni će specijalist obiteljske medicine, i bez upitnika, na temelju prijašnjih interakcija i intervjuja s pacijentima, procijeniti njihovu osobnost. Prema Jungu, postoje dvije temeljne dimenzije koje određuju osobnost pojedinca. Jedna je dimenzija *introverzija* – *ekstraverzija*, a druga

emocionalnost –racionalnost. Na temelju tih dimenzija razlikujemo sljedeće tipove osobnosti: *emocionalni introvert, racionalni introvert, emocionalni ekstrovert, racionalni ekstrovert*. Ako je potrebno, procjena osobnosti se može upotrijebiti upitnikom. Na sličan način se procjenjuju situacijske varijable. Procjena emocionalnosti i stresa prije intervencije koju u suradnji s motiviranim pacijentom kanimo poduzeti, uz procjenu varijabli specifičnih za intervenciju, poslužit će kao osnova (eng. *base line*) pri evaluaciji u tijeku i na kraju intervencije.

Primjena Transteorijskog modela promjene stava u praksi

Transteorijski model promjene stava pokazao se uspješnim u poboljšanju suradljivosti (adherencije) pacijenata u medikamentoznom liječenju hipertenzivnih¹⁰⁴ i pacijenata s povišenom razinom lipida u krvi¹⁰⁵. Pretili pacijenti (ITM >30 kg/m²), kao i oni s prekomjernom tjelesnom masom (ITM 25 – 30 kg/m²), kod kojih je primijenjen Transteorijski model promjene stava, smršavili su statistički značajno više od kontrolne grupe pacijenata¹⁰⁶. Intervencija je obuhvaćala prehranu sa smanjenom kalorijskom vrijednošću i smanjenim udjelom masti, umjereno vježbanje i rješavanje emocionalnih poteškoća bez prejedanja.

Primjer primjene Transteorijskog modela promjene stava u liječenju ovisnosti o pušenju

Prema epidemiološkim podacima, pušenje ubija više ljudi nego prometne nezgode, požari, ubojstva, samoubojstva, alkohol, droga i AIDS zajedno¹⁰⁶. Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da godišnje umre više od šest milijuna ljudi od posljedica pušenja po zdravlje. Polovica umrlih od posljedica pušenja umire u radno aktivnoj dobi te, u prosjeku, žive dvadesetak godina kraće od životne dobi koju bi dosegli da nisu bili pušači. Smanjena radna sposobnost i povećani troškovi liječenja kroničnih bolesti pušača predstavljaju veliki teret društvenoj zajednici. Prevencija pušenja odnosno prestanak pušenja predstavlja izazov i važnu odrednicu rada obiteljskih liječnika i njihovih timova. Transakcijski model promjene stava daje korisne savjete za intervenciju u svakoj fazi promjene stava u kojoj se pacijent nalazi¹⁰⁷..

Pretkontemplacija

- Provjeriti koliko je pacijent svjestan i koliko zna o utjecaju pušenja na zdravlje.

- Razgovarati s pacijentom o prednostima i nedostacima prestanka pušenja.
- Podučiti pacijenta o prednostima nepušenja.
- Ustanoviti razloge pušenja odnosno ovisnosti o nikotinu.
- Ukazati na ambivalenciju.
- Govoriti o ljudima koji su prestali pušiti i uspješno apstiniraju.
- Savjetovati potrebu za prestankom pušenja kroz personaliziranu poruku.

Kontemplacija

- Razgovarati o motivaciji za prestanak pušenja.
- Raspraviti koristi od prestanka pušenja.
- Naglasiti razloge za promjenu.
- Analizirati otpore prestanku pušenja.
- Analizirati mogućnosti potpore za prestanak pušenja.
- Razgovarati o negativnim posljedicama pušenja.
- Raspravljati o strategijama prestanka pušenja.
- Odrediti datum za početak ozbiljnog razmišljanja o prestanku pušenja.

Priprema

- Odrediti točan datum prestanka pušenja. Osobi značajna obljetnica može joj povećati motivaciju.
- Osigurati socijalnu potporu za prestanak pušenja. To su članovi obitelji, prijatelji i druge osobe značajne osobe, kao što su skupine za samopomoć.
- Osobi se savjetuje maknuti iz svoje okoline cigarete, pepeljare i sve predmete koje se dovode u vezi s pušenjem. Također, valja izbjegavati društvo pušača.
- Planirati kako izbjeći situacije koje dovode recidiva. Uz pomoć terapeuta prorađuju se ponašanja koja mogu ugroziti motivaciju za prestanak pušenja.
- Planirati, uz pomoć terapeuta, ponašanja koja će zamijeniti rituale povezane s pušenjem, odnosno probleme izazvane ustezanjem nikotina.

Akcija

- Odlučnu primjenu svih planiranih aktivnosti u sklopu prestanka pušenja.
- Redovito i često javljanje terapeutu, odnosno skupini za samopomoć, barem jednom tjedno.
- Stadij akcije postupno se pretapa u održavanje.

Održavanje

- Nastaviti s naučenim ponašanjem, usmjerenim ka održavanju nepušenja.
- Javljati se terapeutu, odnosno skupini za samopomoć, u početku jednom mjesečno. U slučaju gubitka motivacije ili jačanja želje za pušenjem, žurno kontaktirati terapeuta.

Liječenje komunikacijom oboljelih od psihosomatskih bolesti

Psihosomatske su bolesti one u nastanku i tijekom kojih stres ima značajnu ulogu. U psihosomatske bolesti svrstavamo arterijsku hipertenziju, šećernu bolest tipa 2. bronhalnu astmu, peptičku bolest, alergijske bolesti kože, reumatoidni artritis, upalne bolesti štitnjače¹⁰⁸. Obiteljski liječnik i medicinska sestra liječenje komunikacijom usmerit će na redukciju doživljaja stresa, motiviranje pacijenata za prihvaćanje zdravog načina života, uz praćenje suradljivosti. Nakon procjene vrste i intenziteta stresa¹⁰⁹, slijedi izbor primjerenih verbalnih i neverbalnih načina komunikacija. Ako je primarni doživljaj stresa **gubitak**, bira se smirujuća komunikacija, usmjerena očuvanju samopoštovanja. Zdravstveni djelatnik će izborom riječi, korištenjem stilskih figura, uz prateću paraverbalnu i neverbalnu komunikaciju pomoći pacijentu da ublaži doživljaj gubitka i tako smanji stres. Ako je primarni doživljaj **preopterećenje**, verbalna, paraverbalna i neverbalna komunikacija se usmjerava prema reorganizaciji opterećujućih aktivnosti i određivanju realnih životnih ciljeva. Motivacijskim razgovorima po Transteorijskom modelu je moguće pridobiti pacijente za prihvaćanje zdravog načina života.

Liječenje anksioznih, depresivnih i psihotičnih bolesnika komunikacijom

Obiteljski liječnik i medicinska sestra pri prvom će susretu procijeniti odnos pacijenta prema realitetu, stupanj tjeskobe i depresivnost¹¹⁰. Aktivnim slušanjem i empatijom nastojat će smiriti uznemirenog pacijenta te pružiti mu osjećaj sigurnosti i utočišta u ordinaciji odnosno savjetovaništu. Tu je od velike pomoći vješto korištenje verbalnih i neverbalnih odrednica komunikacije. Tjeskobnom pacijentu potrebno je, koristeći trope i figure s ponavljajućim elementima, smiriti pretjerano uzbuđenje. Depresivnom pacijentu može se pokušati variranjem tona glasa i ubacivanjem elemenata humora prekinuti tijekom negativnih misli. Psihotičnom pacijentu potrebno je procijeniti odmak od realiteta

i stupanj paranoidnosti. Kao i u depresivnih pacijenata, potrebno je utvrditi postojanje suicidalnih misli. Ako u pacijenta postoje suicidalne misli i psihopatološki simptomi ukazuju na teži duševni poremećaj, pacijenta valja uputiti psihijatru.

Komunikacija loše vijesti

Lošu vijest možemo definirati kao bilo koju informaciju koja ozbiljno ugrožava pogled osobe na vlastitu budućnost¹¹¹. Prenijeti lošu vijest nije ugodno ako je glasnik osoba bez izraženih psihopatskih i sociopatskih crta osobnosti. Zdravstveni djelatnici, a posebno liječnici, u opisu poslova imaju informiranje pacijenata o rezultatima dijagnostičkih pretraga i predviđenom planu liječenja. Jasno je da rezultati pretraga mogu ukazivati na tešku bolest s upitnom ili lošom prognozom. Tu je i vijest o, usprkos bolničkom liječenju, preminulom članu obitelji. Osim toga, obiteljski liječnici često komuniciraju za pacijente loše vijesti, kao što su tumačenja restriktivnih klauzula HZZO-a ili rješenja vještaka Zavoda za ocjenu invalidnosti i mnogih drugih birokratskih zavrzlama. Obiteljski liječnici, pedijatri, ginekolozi i njihove medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u boljoj su poziciji od bolničkih kolega glede priopćavanja loših vijesti pacijentima jer liječe pacijenta u kontinuitetu, prema holističkim načelima, koristeći se biopsihosocijalnim modelom zdravlja odnosno bolesti. Na taj način, poznavajući psihosocijalne specifičnosti pacijenta, mogu ga, kroz razgovor koji prethodi dijagnostičkim pretragama, pripremiti na eventualnu lošu vijest. Pacijentu koji ima zdravstvene tegobe i/ili alterirane laboratorijske nalaze važno je pojasniti razloge za određenu dijagnostičku obradu. Tako kod povišenih jetrenih transaminaza obiteljski liječnik upućuje pacijenta na utvrđivanje biljega za virusni hepatitis i ultrazvuk trbuha. Pri tome treba pacijenta pripremiti na mogućnost dijagnosticiranja B ili C virusnog hepatitisa ili kronične bolesti jetre neinfektivne etiologije. Pripremljen pacijent će bolje prihvatiti lošu vijest od nepripremljenog. Kod dugotrajnog suhog kašlja i/ili iskašljavanja krvi potrebno je pacijentu objasniti dijagnostičke korake, RTG grudnih organa, bronhoskopiju i mogućnost da se otkrije karcinom bronha ili plućna tuberkuloza.

SPIKES strategija za komunikaciju loše vijesti

Baile i sur. su osmislili protokol za komunikaciju loše vijesti i podijelili ga u šest koraka¹¹². Komunikacija loše vijesti treba zadovoljiti četiri cilja. Prvi je

cilj prikupiti od pacijenta informacije koje će zdravstvenom djelatniku pomoći procijeniti koliko je pacijent spreman čuti lošu vijest. Drugi je cilj formulirati informaciju tako da je pacijent može u potpunosti razumjeti. Treći je cilj pružiti pacijentu psihološku potporu. Četvrti je cilj u suradnji s pacijentom napraviti plan liječenja. Autori su protokol nazvali SPIKES (hrv. **šiljci**), prema početnim slovima ključnih pojmova u svakom koraku.

Prvi korak: S – eng. *Setting up the Interview*. Priprema razgovora. Važno je pripremiti se na negativnu emocionalnu reakciju pacijenta i pitanja o budućnosti. U ordinaciji je potrebno osigurati privatnost koja može uključivati i prisutnost pacijentu bliskih osoba. Također, potrebno je osigurati dovoljno vremena za razgovor.

Drugi korak: P – eng. *Assessing the Patient's Perception*. Procijeniti kako pacijent percipira situaciju. Važno je usmjeriti se na negiranje i poricanje, mehanizme obrane koji odgađaju predviđeno liječenje te korigirati nerealna očekivanja pacijenta.

Treći korak: I – eng. *Obtaining the Patient's Invitation*. Osjetiti poziv pacijenta. Neki pacijenti žele saznati sve o svojoj bolesti i planu liječenja, dok drugima treba, u sklopu suočavanja sa stresom, informacije dozirati. U nekim slučajevima je potrebno informacije o tijeku bolesti i planu liječenja prenijeti članovima obitelji ili drugim osobama bliskim pacijentu.

Četvrti korak: K – eng. *Giving Knowledge and Information to the Patient*. Poučavanje i informiranje pacijenta. Pacijent koji je educiran i informiran o svojoj bolesti bolje reagira na priopćavanje loše vijesti. Važno je činjenice o bolesti prenijeti pacijentu ne njemu razumljiv način, izbjegavajući stručnu terminologiju.

Peti korak: E – eng. *Addressing the Patient's Emotions with Empatic Responses*. Reakcija na emocije pacijenta jedan je od najtežih izazova pri komunikaciji loše vijesti. Pacijent može reagirati šutnjom, nevjericom, plačem ili ljutnjom. Važno je da zdravstveni djelatnik na reakciju pacijenta odgovori empatijom i pokaže razumijevanje za emocionalno stanje pacijenta.

Šesti korak: S – eng. *Strategy and Summary*. Strategija i sažetak. Pacijenti koji imaju jasne planove za budućnost manje su tjeskobni. Prije predlaganja mogućnosti liječenja valja provjeriti sposobnost pacijenta da na pravi način shvati svaku od predloženih opcija. Liječnik će primjerenom komunikacijom nastojati pridobiti pacijenta za terapijske ciljeve u skladu sa stadijem bolesti.

Komunikacija s ljutitim i agresivnim pacijentom

Postoji više razloga zbog kojih se pacijenti mogu naljutiti, a neki od njih postati agresivni. Tu ubrajamo nezadovoljstvo pregledom, savjetom ili dobivenim lijekom. Također, često se radi o frustraciji gužvom u čekaonici obiteljskog liječnika odnosno redovima čekanja na dijagnostičke pretrage i konzultacije u bolničkoj odnosno polikliničkoj zdravstvenoj zaštiti. U medijima se dosta često ističu negativne pojave u zdravstvu, a zanemaruju pozitivni pomaci, što kod nekih pacijenata stvara negativni stereotip i predrasude o zdravstvenom osoblju.

Ponekad se radi o prenesenoj agresiji, kad je dovoljna samo sitnica da pacijent, frustriran nekom situacijom na radnom mjestu ili u obitelji, ispolji agresivno ponašanje prema zdravstvenom osoblju. U takvoj je situaciji primjerena komunikacija zdravstvenih djelatnika od presudne važnosti¹¹³. Pacijent treba osjetiti da liječnik i/ili medicinska sestra razumiju njegovu ljutnju i gnjev i da su na njegovoj strani. Najbolje je primijeniti izrazito smirujuću komunikaciju, koristeći „oble“ riječi, one s *maluma/bouba*, a ne „oštre“, s *takete/ kiki* efektom. Neverbalna komunikacija zdravstvenog djelatnika također treba odavati prihvaćanje i razumijevanje. Važno je u početku komunikacije utvrditi neposredni povod za ljutito i agresivno ponašanje, da bi kroz daljnju komunikacije zdravstveni djelatnik mogao doprijeti do uzroka takvog ponašanja.

PROBLEMI U KOMUNIKACIJI ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA I PACIJENATA

Nepovjerenje pacijenata prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Osiguravateljske kuće, banke, poslodavci, organi državne uprave, ponekad i članovi obitelji pacijenta žele saznati podatke o pacijentu koji su povjerljivi i liječnik ih može dati isključivo uz suglasnost pacijenta. Uloga zdravstvenog policajca zasigurno ne pripada ulogama koje bi trebao imati obiteljski liječnik. Obiteljski je liječnik na prvom mjestu odvjetnik pacijenata koji su ga izabrali. Uloga suca i tužitelja, koju obiteljskom liječniku nameće Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) i organi državne uprave, stvara **nepovjerenje** pacijenta prema svom obiteljskom liječniku. Nedostatak pacijentovog povjerenja pretvara obiteljskog liječnika isključivo u državnog službenika, stvara **trajni šum u komunikaciji** i značajno utječe na suradljivost pacijenta i kvalitetu zdravstvene skrbi u obiteljskoj medicini. Sličan odnos pacijenti mogu imati i prema medicinskoj sestri u timu obiteljske medicine, kao i prema članovima timova izabranih pedijatara, ginekologa, te doktora dentalne medicine.

Uzmimo situaciju u kojoj je bolnički specijalist propisao lijek koji se kosi s klauzulom HZZO-a za bolest, odnosno dijagnozu koju pacijent ima. Specijalist ili liječnik obiteljske medicine ne smije napisati lijek na trošak HZZO-a jer mu prijete financijska kazna. Pacijent se ljuti jer mu je lijek ipak preporučio bolnički specijalist, ekspert za liječenje određene bolesti. U takvoj situaciji HZZO nalaže pacijenta vratiti bolničkom specijalistu, koji bi trebao preko bolničkog povjerenstva za lijekove omogućiti pacijentu liječenje preporučenim lijekom. Postoji i mogućnost napisati privatni recept za lijek, što pacijent može protumačiti kao zakidanje jer je susjed (čija bolest zadovoljava klauzule HZZO-a) upravo taj lijek dobio na račun HZZO-a. Jasno je da obiteljski liječnik, što god učinio, umjesto odvjetnika pacijenta, postaje sudac i zdravstveni policajac. Ukratko, postaje „loš“ liječnik, za razliku od „dobrog“ bolničkog liječnika. Takve situacije otežavaju komunikaciju, povećavajući razinu frustracije i obiteljskog liječnika i pacijenta. Pacijent i medicinsku sestru u timu „lošeg“ liječnika percipira kao „lošu“, jer „štiti svog nadređenog“, pa je potrebno dobrom komunikacijom članova tima, uz puno empatije, smiriti frustriranog pacijenta.

Sindrom kontrolora leta

Kontrolori leta pri zračnim lukama vode istovremeno, u svojoj zoni odgovornosti, po nekoliko zrakoplova, brinući se za njihov siguran let. Liječnici i medicinske sestre se često nalaze u sličnoj situaciji. Dok pregledava jednog pacijenta u ordinaciji, liječnik istovremeno telefonski savjetuje drugog pacijenta, medicinska sestra čeka upute za tretman trećeg pacijenta. Istovremeno, pacijent u čekaonici očekuje „samo potvrdu o zdravstvenom stanju“. Medicinska sestra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obavlja, uz medicinski dio posla, poslove administratora i telefonista. Budući da je teško, a često i nemoguće obavljati sva tri posla istovremeno, otežana je komunikacija s pacijentima, najviše s onima koji komuniciraju telefonom. Ovakva situacija traži podijeljenu pažnju, opterećuje liječnike i medicinske sestre, povećavajući šum u komunikaciji s pacijentom, čiji je privilegirani status narušen.

Rješenje bi bilo uvesti u sastav tima administratora ili, kao djelomično rješenje, imati telefonsku tajnicu ili poseban računalni program za naručivanje kronične terapije. Strukturiranjem radnog vremena, pri čemu se odredi posebno vrijeme za telefonske savjete i narudžbe lijekova te intervencije u previjalištu, mogu se smanjiti problemi u komunikaciji liječnika i medicinske sestre s pacijentima nastali zbog **sindroma kontrolora leta**. Smanjivanje administracije i dnevne frekvencije kontakata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, također bi smanjilo probleme u komunikaciji nastale zbog preopterećenosti timova primarne zdravstvene zaštite.

Vremenski ograničena komunikacija

Prosječnu ambulantu obiteljske medicine dnevno posjeti, uživo ili virtualnim putem, od 60 do 120 pacijenata. Radno vrijeme za primanje pacijenata iznosi sedam sati. Čak i ako uzmemo u obzir da liječnik i sestra jedan dio kontakata obavljaju usporedno, za komunikaciju s pacijentom u prosjeku preostaje od četiri do sedam minuta. Starijim pacijentima, koji obično dolaze s nekoliko problema za koje trebaju pregled i/ili savjet, to svakako nije dovoljno. Nedostatak vremena stvara nervozu kod pacijenta, ali i kod zdravstvenog osoblja. Komunikacija je ubrzana i površna, kodiranje, dekodiranje poruka i aktivno slušanje je otežano. Slična je situacija u pedijatrijskim i ginekološkim ordinacijama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Rješenje je u strukturiranju radnog vremena, pri čemu se pacijenti koji najave da trebaju više vremena za

komunikaciju s liječnikom primaju u drugom dijelu radnog vremena, u razmacima od 15 do 20 i više minuta.

Frekvencija od stotinjak kontakata dnevno otežava komunikaciju, ne samo liječniku u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, već i medicinskoj sestri u timu. Slično se događa na prijamnim šalterima u bolnicama. Nedostatak medicinskih sestara na bolničkim odjelima i klinikama također vremenski ograničava komunikaciju. Rješenje je smanjiti nepotrebno administrativno opterećenje na svim razinama zdravstvene zaštite.

Informatizacija primarne zdravstvene zaštite

Uvođenje računala u primarnu zdravstvenu zaštitu izrazito je promijenilo komunikaciju u ordinaciji obiteljskih liječnika. U vrijeme papirnatih kartona i recepata neverbalna komunikacija je bila bogatija, posebno kontakt očima koji je u uvjetima informatizacije bitno reduciran. Liječnik je prisiljen gledati u zaslone računala dok upisuje anamnezu, fizikalni status i nalaze, piše potvrde ili doznake za bolovanje. Dobar vid na blizinu, vještina tipkanja i okulomotorna koordinacija pri „klikanju“ mišem postali su značajni čimbenici u komunikaciji liječnika i sestara s pacijentima. Obiteljski liječnici za sebe u šali govore da su postali niži računalni operateri. Stariji liječnici, medicinske sestre i pacijenti teže prihvaćaju promjenu u načinu komunikacije koju je donijela informatizacija. Mlađi pacijenti i zdravstveni djelatnici, koji nisu iskusili rad s papirnatim kartonima, koji se od malih nogu privikavaju na pametne telefone i internetske kanale komunikacije, lakše prihvaćaju nedovoljni kontakt očima.

Dio problema u komunikaciji obiteljskih liječnika i medicinskih sestara s pacijentima zasigurno bi se riješio smanjivanjem administrativnih obveza i uvođenjem administratora u tim obiteljske medicine.

Različito doživljavanje uloge obiteljske medicine

Primarna zdravstvena zaštita, kako se navodi u dokumentima koji se bave organizacijom zdravstva, trebala bi predstavljati čvrsti temelj zdravstvenog sustava. Koji su razlozi što u praksi to nije uvijek tako? Zašto obiteljske liječnice javnost nerijetko naziva skretničarima, činovnicima, pisarima uputnica i recepata? Dva su temeljna načela prema kojima djeluje primarna zdravstvena zaštita, odnosno obiteljska medicina¹⁴. Prvo načelo možemo nazvati *načelom cvijeta*, a drugo *načelom rampe*. Prema prvom načelu obiteljski liječnik ili specijalist obiteljske medicine liječi pacijente, a u slučaju kada je to potrebno,

upućuje pacijenta bolničkim kolegama specijalistima i subspecijalistima pojedinih grana medicine. Načelo cvijeta podrazumijeva da su obiteljski liječnici i specijalisti obiteljske medicine kompetentni za samostalno liječenje i praćenje nekompliciranih kroničnih bolesti, kao što su arterijska hipertenzija, šećerna bolest tipa 2, blaži stupnjevi bronhalne astme i kronične opstruktivne plućne bolesti i sl. Nadalje, načelo cvijeta podrazumijeva i primjerenu opremljenost ambulante obiteljske medicine: npr. EKG i uređaj za kontinuirano 24-satno mjerenja arterijskog tlaka (KMAT) te spirometar. U budućnosti bi trebalo uključiti i ultrazvučni uređaj u standardnu opremu ambulante obiteljske medicine. Prvostupnice i magistre sestrinstva, koje bi suvereno rukovale navedenim uređajima, trebale bi biti standardni članovi timova primarne zdravstvene zaštite. Također, važna je i mogućnost neposrednog upućivanja na dijagnostičke pretrage. Prema drugom načelu, načelu rampe, uloga obiteljskog liječnika je biti prvenstveno vratarom na ulazu u zdravstveni sustav. Takav liječnik samostalno rješava samo minorne zdravstvene probleme, za sve drugo podiže rampu i pušta pacijente u svijet „pravih doktora“. Ako tim obiteljske medicine radi prema načelu cvijeta, a pacijent očekuje načelo rampe, javlja se šum u komunikaciji. Obiteljski liječnik ima osjećaj da pacijent podcjenjuje njegovu stručnost, a pacijent je uvjeren da mu liječnik ne daje tražene uputnice jer želi uštedjeti sredstva HZZO-u.

Prevelika očekivanja od bolničkih zdravstvenih djelatnika

Svjedoci smo velikog napretka medicine u dijagnosticiranju i liječenju bolesti, posebno u posljednjih nekoliko desetljeća. Bitno je poboljšano rano otkrivanje i liječenje kroničnih bolesti, što je dovelo do produženja životnog vijeka. Dio pacijenata teško prihvaća da, usprkos navedenom napretku, postoje izvjesna ograničenja, odnosno nemogućnost dobre kontrole ili izlječenja teških kroničnih bolesti. Bolnički specijalisti trebaju objektivno informirati pacijenta, a po potrebi i obitelj, o tijeku bolesti, nastojeći njihova očekivanja svesti u realne granice. Medicinske sestre u bolnicama su nerijetko toliko preopterećene, da ne stižu promptno reagirati na sve potrebe i zahtjeve pacijenata. To je izvor nesporazuma i šuma u komunikaciji.

Komunikaciju je potrebno prilagoditi karakteristikama bolesti, razini obrazovanja, kognitivnim mogućnostima i emocionalnom stanju osobe, ostavljajući prostora za optimizam i poticanje suradljivosti u farmakološkom liječenju bolesti i promjeni načina života.

Organizacija rada u bolnicama

Rad u bolničkoj polikliničkoj službi nerijetko je organiziran tako da pacijenti ne mogu birati liječnika kojemu dolaze na kontrolu, već ih svaki puta kontrolira drugi liječnik. Bolnički liječnici trebaju uskladiti rad na odjelu/klinici, dežurstva i rad u polikliničkim ambulantomama, što nije nimalo jednostavno u situaciji nedostatka zdravstvenog kadra. To usklađivanje obično ide nauštrb vremena potrebnog za kvalitetnu komunikaciju. Mijenjanje bolničkih specijalista konzultanata stvara šumove u komunikaciji, što zbunjuje pacijenta i negativno utječe na suradljivost odnosno tijek liječenja kronične bolesti. Mijenjanje konzultanata moguće je izbjeći takvom organizacijom polikliničke službe koja omogućuje pacijentu slobodan izbor bolničkog specijalista u kojega ima najviše povjerenja i čiji mu se način komunikacije čini najprimjerenijim.

Nepovjerenje u trijažu koju provodi medicinska sestra

Medicinska sestra je najčešće prva osoba s kojom pacijent komunicira pri dolasku u ambulantu primarne zdravstvene zaštite, bolničke poliklinike ili hitne medicinske pomoći. Važna zadaća medicinske sestre je uzeti kratku anamnezu pacijenta i obaviti trijažu po načelima medicinske hitnosti. To znači da će neki pacijenti biti pregledani prije drugih, neovisno o vremenu dolaska. Postupak medicinske trijaže može kod pojedinih pacijenata izazvati negodovanje, zbog sumnje u stručnost ili pristranost medicinske sestre. Također, postoji i konflikt između prednosti koju zakonski imaju invalidi i prednosti temeljem medicinske trijaže. Poznavanje načela uspješne komunikacije od velike je pomoći medicinskim sestrama u rješavanju takvih situacija.

Problemi sa sluhom i govorom

Probleme sa sluhom i govorom mogu imati pacijenti, ali i zdravstveni djelatnici. Oštećenje sluha može biti u rasponu od prirodene ili u ranoj mladosti stečene gluhoće ili naglušnosti do naglušnosti koja se javlja u starijoj životnoj dobi. Može se raditi o perceptivnom, konduktivnom ili miješanom oštećenju sluha²⁴. Kod problema s govorom može se raditi o dizatriji odnosno mucanju, otežanom govoru nakon cerebrovaskularnog incidenta i oštećenja moždanih struktura vezanih za razumijevanje i produkciju govora, a može se raditi o stanju nakon operativnih zahvata na glasnicama ili stanju nakon potpune

laringektomije odnosno traheotomije. Slabiji sluh i problemi s govorom najviše dolaze do izražaja pri telefonskoj komunikaciji.

U tim situacijama potrebno je odvojiti više vremena i truda za uspješnu komunikaciju. Uspješna rehabilitacija sluha dobro ugođenim slušnim aparatom ili umjetnom pužnicom te rehabilitacija glasa učenjem ezofagealnog govora, korištenjem elektrolarinksa ili ugradnjom govorne proteze izrazito poboljšava komunikaciju. Pacijent, u pojedinim slučajevima, može izraženije koristiti govor tijela ili napisati poruku. Također, u određenim slučajevima „kanal“ za prijenos poruke može biti osoba u pratnji pacijenta.

ZAKLJUČAK

Tehnološki razvoj suvremene medicine izmijenio je proces liječenja. Dijagnostika postaje sve sofisticiranija, a farmaceutske tvrtke proizvode sve učinkovitije lijekove. Usprkos tome, komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenata nije izgubila na važnosti. Pacijentima su, preko internetskih pretraživača, dostupni brojni izvori informacija koji se razlikuju po vjerodostojnosti. Zdravstveni djelatnici su najpozvaniji pomoći pacijentima snaći se u šumi, često kontradiktornih, informacija povezanih sa zdravljem i bolestima. Tu je zdravstvenim djelatnicima od neprocjenjive pomoći dobro poznavanje komunikacijskih vještina.

Verbalni, paraverbalni i neverbalni elementi komunikacije mogu imati lječidbena svojstva koja se mogu usporediti s djelovanjem farmakoloških preparata. Tako komunikacija kao lijek ima dozu, indikacije, kontraindikacije i nuspojave. Vještina komunikacije dolazi do izražaja u svakodnevnom radu s pacijentima, izuzetno je učinkovita u vođenju motivacijskog razgovora i komunikaciji s anksioznim, depresivnim, psihotičnim i bolesnicima oboljelim od psihosomatskih bolesti. Zdravstveni su djelatnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, posebno liječnik i medicinska sestra u timu obiteljske medicine, u najpovoljnijoj poziciji za učinkovito liječenje komunikacijom.

LITERATURA

1. Lunenburg FC. Communication: The Process, Barriers, And Improving Effectiveness Schooling. 2010; 1 (1):1-11.
2. Petersons A, Khalimzoda I. Communication Models and Common Basis for Multicultural Communication in Latvia. Society Integration Communication. Proceedings of the International Scientific Conference. 2016; 4: 423-33.
3. Shannon C. A Mathematical Theory of Communication. Bell Syst Techn J. 1948; 27: 379–423.
4. Singhal A., Wilbur Schramm: Portrait of a Development Communications Pioneer. Communicator. 1987; 22 (1–4): 18–22.
5. Barnlund DC. Transactional Model of Communication. U: Sereno KK iand C. David Mortensen DC ,ur. Foundations of Communication Theory, New York: Harper and Row, 1970, 99.
6. Žuškin E, Pucarin Cvetković J, Kanceljak Macan B, Vitale K, Janev Holcer N, ČiviljakM. Umijeće liječenja: Povijesni prikaz.Soc psihijat, 2012;41:156–63
7. Suzana Maslač. Meditacije o prvoj filozofiji – René Descartes Diacovensia, 2016; 24(3) 485-96
8. Silver GA. Virchow, the heroic model in medicine: health policy by accolade. Am J Public Health. 1987; **77** (1): 82–88.
9. Borins M. Holistic Medicine in Family Practice. Can Fam Physician. 1984 ; 30: 101–6.
10. Marshall BJ, Warren R. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. Lancet 1984;i:1311-5.
11. Aro P, Storskrubb T, Ronkainen J, Bolling-Sternevald E, Engstrand L, Vieth M, et al. Peptic ulcer disease in a general adult population: the Kalixanda study: a random population-based study. Am J Epidemiol 2006;163:1025-34.
12. Zakon o lijekovima https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_06_76_1522.html, pristupljeno 15.9.2018.
13. Gulliksen H. Louis Leon Thurstone, experimental and mathematical psychologist. Am Psychol, 1968; 23 (11):786–802
14. Gardner H. Frames of Mind: the Theory of Multiple Intelligences. 3rd ed. New York: Basic Books; 2011.

15. Demanez JP, Demanez L. Anatomophysiology of the central auditory nervous system: basic concepts. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 2003; 57 (4): 227–36.
16. Schiller P. The central visual system. *Vision Res.* 26 (9): 1351–86.
17. Robles De La Torre G. The Importance of the Sense of Touch in Virtual and Real Environments. *IEEE Multimedia*, 2006; 13 (3): 24–30.
18. Doty R. The Olfactory System and Its Disorders. *Semin Neurol*, 2009; 29 (01): 74–81.
19. Količina informacije, - bit, byte, entropija - Informatička abeceda - BUZDO <https://informatika.buzdo.com/s020-kolicina-informacije.htm>, pristupljeno 19.09.2018.
20. Roy P C Kessels Patients' memory for medical information- *J R Soc Med.* 2003; 96(5): 219–222.
21. Baddeley AD, Hitch GJ. Working memory, U: Bower GA (ur.), *The Psychology of Learning and Motivation.* New York: Academic Press, 1974: 47-89.
22. Houts PS, Witmer JT, Egeth HE, Loscalzo MJ, Zabora JR. Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions II. *Patient Educ Couns.* 2001;43(3):231-42.
23. Hökfelt T, Broberger C, Xu ZQD, Sergejev V, Ubink R, Diez M. Neuropeptides – an overview. *Neuropharmacology*, 2000; 39, 1337–56.
24. Riječ. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje.* Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=52863>>Pristupljeno 19.07. 2019.
25. Imenica. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje.* Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=27165>> Pristupljeno 19.07.2019.
26. Glagol. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje.* Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=22154>> Pristupljeno 19. 07.2019.
27. Pridjev. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje.* Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=50315>> Pristupljeno 19.07.2019.
28. Prilog. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje.* Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=50359>> Pristupljeno 19.07.2019.

29. Veznik. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=64444>> Pristupljeno 19.07.2019.
30. Broj. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=9662>> Pristupljeno 19.07.2019.
31. Uzvik. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=63585>> Pristupljeno 19.07.2019.
32. Čestica. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=13314>> Pristupljeno 19.07.2019
33. Brownell HH, Potter HH, Michelow D, Gardner H. Sensitivity to lexical denotation and connotation in brain-damaged patients: A double dissociation? *Brain Lang*, 1984;22 (2):253-65
34. Sinonim. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=56152>> Pristupljeno 21.07. 2019.
35. Antonim. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=3159>> Pristupljeno 21.07. 2019.
36. Homonim, Hrvatski jezik, <<http://hrvatskijezik.eu/leksikologija>> Pristupljeno 21.07.2019.
37. Sidhu DM, Pexman PM. A Prime Example of the Maluma/Takete Effect? Testing for Sound Symbolic Priming. *Cogn Sci*. 2017;41(7):1958-87
38. Gómez Milán E, Iborra O, de Córdoba MJ, Juárez-Ramos V, Rodríguez Artacho MA., Rubio JL. (2013) The Kiki-Bouba effect: A case of personification and ideasthesia. *J Consciousness Stud*. 2013;20(1-2): 84-102.
39. Bagić K. Rječnik stilskih figura. Zagreb, Školska knjiga,2012.
40. Asonanca. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=4226>> Pristupljeno 24.07.2019.
41. Aliteracija. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=1777>> Pristupljeno 24.07.2019.

42. Onomatopeja. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <[http:// www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=45177](http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=45177)> Pristupljeno 24.07.2019.
43. Anafora. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=2413>> Pristupljeno 24.07.2019
44. Epifora. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=18105>> Pristupljeno 24.07.2019.
45. Simploka. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=56059>> Pristupljeno 24.07.2019.
46. Rima. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=52902>> Pristupljeno 24.07.2019.
47. Inverzija. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=27718>> Pristupljeno 24.07.2019.
48. Polisindeton. Wikipedia, <<https://sh.wikipedia.org/wiki/Polisindeton>> Pristupljeno 24.07.2019.
49. Elipsa. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=17715>> Pristupljeno 24.07.2019.
50. Retoričko pitanje. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=52576>> Pristupljeno 24.07.2019.
51. Hiperbola. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=25601>> Pristupljeno 26.07.2019.
52. Litota. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=36833>> Pristupljeno 26.07.2019.
53. Gradacija ili stupnjevanje. Wikipedija, <[https://hr.wikipedia.org/wiki/Gradacija_\(figura\)](https://hr.wikipedia.org/wiki/Gradacija_(figura))> Pristupljeno 26.07.2019.
54. Komparacija. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=32622>> Pristupljeno 26.07.2019.

55. Antiteza. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=3123>> Pristupljeno 26.07.2019.
56. Oksimoron. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=44944>> Pristupljeno 26.07.2019.
57. Paradoks. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=46587>> Pristupljeno 26.07.2019.
58. Ironija. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=27853>> Pristupljeno 26.07.2019.
59. Sarkazam. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=54625>> Pristupljeno 26.07.2019.
60. Metafora. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=40344>> Pristupljeno 26.07.2019.
61. Metonimija. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=40446>> Pristupljeno 26.07.2019.
62. Sinegdoha. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=56102>> Pristupljeno 26.07.2019.
63. Epitet. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=18156>> Pristupljeno 26.07.2019.
64. Eufemizam/Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=18566>> Pristupljeno 26.07.2019.
65. Personifikacija. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=47746>> Pristupljeno 26.07.2019.
66. Antropomorfizam/Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=3198>> Pristupljeno 26.07.2019.

67. Alegorija. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id= 1513>> Pristupljeno 26.07.2019.
68. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can Doctors Improve their Communication Skills? *J Clin Diagn Res.* 2015; 9(3): 1– 4.
69. Naglasak. Hrvatska enciklopedija mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, <<http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=42786>> Pristupljeno 26.07.2019.
70. Remland M, Jones T, Brinkman H. Interpersonal Distance, Body Orientation, and Touch: Effects of Culture, Gender, and Age, *J Soc Psychol*, 1995; 135(3): 281-97
71. Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R. Nonverbal behavior in clinician – client interaction. *Appl Prev Psychol.* 1995; 4: 21-37.
72. Schmidt KL, Cohn JF. Human facial expressions as adaptations: Evolutionary questions in facial expression. *Yearb Phys Anthropol*, 44:3–24, 2001.
73. Park Y. Negotiating last-minute concerns in closing Korean medical encounters: the use of gaze, body and talk. *Soc Sci Med.* 2013;97:176–91
74. Lindsley I, Woodhead S, Micallef C, Agius M. The Concept of Body Language in the Medical Consultation. *Psychiat Danub*, 2015; 27 (1): 41-7
75. McNeill D. So You Think Gestures Are Nonverbal? *Psychological Review.* 1985; 92 (3): 350-71.
76. Gallace, A, Spence C. The science of interpersonal touch: An overview. *Neurosci Biobehav Rev.* 2010; 34 (2): 246-59.
77. Hall ET. A System for the Notation of Proxemic Behavior. *Am Anthropologist.* 1963;65 (5): 1003–26.
78. Hayduk LA Personal space: Where we now stand..*Psychological Bulletin.* 1983;94(2), 293-335.
79. Attardo S. Cognitive linguistics and humor. *HUMOR: International Journal of Humor Research*, 2006; 19(3):341–62.
80. Martin RA, Ford TE, *The Psychology of Humor, An Integrative Approach*, London, Academic Press, 2018, 36-98.
81. Weiner, J.P. Doctor-patient communication in the e-health era. *J Health Policy Res.*2012;1: 33.
82. Braš M, Đorđević V, Miličić D *Komunikacija liječnika i bolesnika.* Medix, 2011; 92 (1): 38-43.

83. Čizmić J, Pravo pacijenata na obavještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu. 2008; 29 (1): 227-75.
84. Pozaić V. Liječnička tajna. Obnovljeni život, 2001; 56(4): 437-450.
85. Bellet PS, Maloney MJ. JAMA. 1991; 226 (13): 1831-2.
86. Keysers C, Mirror Neurons. Curr Biol. 2010; 19 (21): 971-3
87. Epp J. Achieving health for all. A framework for health promotion. Health Promot. 1 (4): 419-28.
88. Zelić Baričević I, Vrca Botica M, Pavlić Renar I. Kwartarna prevencij kao temelj racionalnog pristupa pacijentu u obiteljskoj medicini, Lijec vjes,2014; 136(5): 152-5.
89. Allport GW. Attitudes. In *A Handbook of Social Psychology* Worcester, MA, USA: Clark University Press. p 798-844).
90. Eagly AH, Chaiken. Attitude, Structure and Function. U: *Handbook of Social Psychology*, ur. Gilbert DT, Fisk S, Lindsey G, New York: McGowan-Hill, 1998, 239-62.
91. Fabrigar L, Macdonald T, Wegener D. The structure of attitudes. *The Handbook of Attitudes*. London, Routledge, 2005,79-124.
92. Franc R, Brkljačić T. Self-report measure of attitude functions: instrumental attitudes towards condom use and value-expressive attitudes towards voting? *Rev Psychol*, 2005;12(2): 147-54.
93. Prochaska JO, DiClemente CC. Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change. *Psychol Psychother-T* 19(3):276-88.
94. Bartholomew LK, Markham CM, Ruitter RAC, Fernández ME, Kok G, Parcel G S (2016). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach* (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley 57-121.
95. Plotnikoff RC, Blanchard C, Hotz SB, Rhodes. Validation of the Decisional Balance Scales in the Exercise Domain From the Transtheoretical Model: A Longitudinal Test, *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 2001; 5(4):191-206.
96. Nigg CR, Rossi JS, Norman GJ, Benisovich SV. Structure of decisional balance for exercise adoption. *Annals of Behavioral Medicine*, 1998;20: S211.
97. Kalebić Maglica B. Teorijski pristupi u ispitivanju rizičnih zdravstvenih ponašanja Psiholojske teme, 2010;19 (1) 71-102.
98. Čivljak M, Soldo D. Intervencije za prestanak pušenja u ordinaciji liječnika obiteljske medicine. *HČJZ*,2012; 8(31):39-44.

99. Festinger L. Cognitive dissonance. *Scientific American*. 1962; 207 (4): 93–107.
100. Seligman MEP, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. *J Exp Psychol*. 1967;74 (1): 1–9.
101. Abramson LY, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J Abnorm Psychol*. 87 (1): 49–74.
102. Petty RE, Cacioppo JT. *Communication and Persuasion: Central and Peripheral Routes to Attitude Change*. New York: Springer-Verlag, 1986, 1-24.
103. Petty RE, JT. Personal Involvement as a Determinant of Argument-Based Persuasion *J Pers Soc Psychol* 1981; 41(5) 847-55.
104. Johnson SS, Driskell MM, Johnson JL, Prochaska JM, Zwick W, Prochaska JO. Efficacy of a transtheoretical model-based expert system for antihypertensive adherence. *Dis Manage*, 2006; 9:291-301.
105. Johnson SS, Driskell MM, Johnson JL, Dymont S J, Prochaska JO, Prochaska JM. et al. Transtheoretical model intervention for adherence to lipid-lowering drugs. *Dis Manag*, 2006; 9:102-14.
106. Johnson SS, Paiva AL., Cummins CO, Johnson JL, Dymont, SJ, Wright JA, Prochaska JO, Prochaska JM, Sherman K. Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management: Effectiveness on a population basis. *Prev Med*, 2008; 46: 238-46.
107. Aveyard P, Massey L, Parsons A, Manaseki S, Griffin C The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. *Soc Sci Med*. 2009;68(3):397-403.
108. Ljubotina A, Sve boje stresa. *Split, Redak*, 2016 : 17 – 23.
109. Ljubotina A, Sve boje stresa. *Split, Redak*, 2016 : 83 – 85.
110. Draper CA, Smith P. Psychiatry in primary care using the three-stage assessment. *S Afr Med J* 2014;104(1):74.
111. Buckman R. *Breaking Bad News: A Guide for Health Care, Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992:15.
112. Baile WF, Buckmam R, Lenzi R, Globber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer *The Oncologist* 2000;5:302-311.
113. Harwood RH. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings *J R Coll Physicians Edinb* 2017; 47: 176–82 114.
Ljubotina A, Sitna riba SOM. *Split, Redak*, 2015 : 33 – 36

ŽIVOTOPIS

Aleksandar Ljubotina je rođen 1957. u Rijeci, gdje je 1981. diplomirao na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci. Nakon pripravničkog staža pri KBC Rijeka, karijeru je započeo kao liječnik opće medicine u Domu zdravlja Poreč, radeći u seoskim ambulancama na Poreštini te ljeti u turističkoj ambulanti Funtana. Od 1984. radi u Domu zdravlja Rijeka, u ambulanti medicine rada za radnike poduzeća Vulkan, a od 1986. za radnike poduzeća Luka Rijeka. Nakon jedne od reformi zdravstva u devedesetim godinama prošlog stoljeća, ambulanta medicine rada postale je ambulantom obiteljske medicine.

Studij psihologije završio je 1998. na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci. Godine 2000. postaje magistar biomedicinskih znanosti, 2007. polaže specijalistički ispit iz obiteljske medicine, a 2012. postaje doktor biomedicinskih znanosti.

Od 2008. do 2009. godine radi kao asistent na Katedri za socijalnu medicinu i epidemiologiju Medicinskog fakulteta Sv, a od 2009. kao asistent na Katedri obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. Godine 2017. izabran je u nastavno zvanje docenta na Katedri obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci.

Uz više znanstvenih i stručnih radova 2015. izdaje knjigu „Sitna riba SOM“, a 2016. knjigu „Sve boje stresa“.

U okvirima stručnog i znanstvenog interesa posebno ga zanima uloga psihološkog stresa u nastanku i tijeku bolesti i mjesto obiteljske medicine u zdravstvenom sustavu.

CIP - Katalogizacija u publikaciji
SVEUČILIŠNA KNJIŽNICA
U SPLITU

UDK 61:316.77
614.253.8

LJUBOTINA, Aleksandar
Liječenje komunikacijom / Aleksandar
Ljubotina. - 1. izd. - Split : Redak ;
Rijeka : Sveučilište u Rijeci, Fakultet
zdravstvenih studija. - (Udžbenici
Sveučilišta u Rijeci)

Bibliografija.

ISBN 978-953-336-677-7, Redak. - ISBN 978-
953-59534-7-0, Fakultet zdravstvenih
studija

I. Komunikacija -- Zdravstveni djelatnici
II. Liječnici i pacijenti -- Komunikacija

181104012

ISBN: 978-953-336-677-7



web
KNJIZARA
www.webknjizara.hr

CIJENA: 95,00 kn



9 789533 366777

ISBN: 978-953-336-677-7