

# KOMUNICIRANJE U ZDRAVSTVU

(zbirka nastavnih tekstova)

**Uredili i prerađili:**  
**doc. dr. sc. Joško Sindik, prof. psih. i**  
**Marina Vučković Matić, mag. edu. reh.**

Uredili i preradili:

doc. dr. sc. Joško Sindik, prof. psih. i Marina Vučković Matić, mag. edu. reh.

# **KOMUNICIRANJE U ZDRAVSTVU**

(zbirka nastavnih tekstova)

UDŽBENICI SVEUČILIŠTA U DUBROVNIKU  
*MANUALIA UNIVERSITATIS STUDIORUM RAGUSINAE*



ISBN 978-953-7153-42-7 (Sveučilište u Dubrovniku)

*Izdavač*  
Sveučilište u Dubrovniku  
Branitelja Dubrovnika 29, 20000 Dubrovnik  
<http://www.unidu.hr>

Uredili i prerađili:

doc. dr. sc. Joško Sindik, prof. psih. i Marina Vučković Matić, mag. edu. reh.

Recenzenti:

doc. dr. sc. Joško Vukosav

doc. dr. sc. Klara Šiljeg

doc. dr. sc. Dražen Kovačević

Lektorica:

dr. sc. Sanja Brbora

# KOMUNICIRANJE U ZDRAVSTVU

(zbirka nastavnih tekstova)



Sveučilište u Dubrovniku  
Odjel za stručne Studije  
Diplomski studij Kliničko sestrinstvo  
Dubrovnik, 2016.

# SADRŽAJ

PREDGOVOR.....	I
1. OSNOVE JAVNOG KOMUNICIRANJA .....	1
JAVNA KOMUNIKACIJA.....	1
2. KOMUNIKACIJA U SESTRINSTVU .....	4
KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE .....	4
OBLICI KOMUNIKACIJE S BOLESNICIMA .....	6
3. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S POSEBNIM GRUPAMA PACIJENATA .....	8
PREPREKE U KOMUNIKACIJI .....	8
KOMUNIKACIJA S BOLESNICIMA U POSEBNIM STANJIMA.....	10
4. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S DJECOM I ADOLESCENTIMA .....	12
KOMUNIKACIJA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA S RODITELJIMA DJECE I ADOLESCENATA ....	15
5. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S OSOBAMA OBOLJELIM OD PSIHIČKE BOLESTI (PSIHIJATRIJSKIM BOLESNICIMA).....	20
USPJEŠNA KOMUNIKACIJA SA PSIHIJATRIJSKIM BOLESNIKOM .....	20
TERAPIJSKO OKRUŽENJE I TERAPIJSKA KOMUNIKACIJA NA PSIHIJATRIJSKOM ODJELU .....	22
KOMUNIKACIJA SA SPECIFIČNIM TIPOVIMA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA .....	25
KAKO SA PSIHIJATRIJSKIM BOLESNIKOM RAZGOVARATI O DIJAGNOZI? .....	30
6. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S OSOBAMA OŠTEĆENA VIDA i GLUHOSLIJEPIM OSOBAMA .....	32
KOMUNIKACIJA S OSOBAMA OŠTEĆENA VIDA.....	32
KOMUNIKACIJA S GLUHOSLIJEPIM OSOBAMA.....	33
7. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S OSOBAMA OŠTEĆENOGL SLUHA .....	36
OSOBE OŠTEĆENA SLUHA .....	36
JEZIČNO-GOVORNA KOMUNIKACIJA .....	38
OSNOVNA PRAVILA PONAŠANJA PRI KOMUNIKACIJI S OSOBAMA OŠTEĆENA SLUHA .....	40
8. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S OSOBAMA OŠTEĆENA GOVORA .....	42
PATOLOGIJA VERBALNE KOMUNIKACIJE.....	42
ULOGA MEDICINSKE SESTRE U KOMUNICIRANJU S OSOBAMA S GOVORNIM ILI SLUŠNIM OŠTEĆENJIMA .....	42
9. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S BOLESNIMA S OŠTEĆENJIMA SREDIŠnjEG ŽIVČANOG SUSTAVA .....	44
DISFAZIJA / AFAZIJA .....	44
KOMUNIKACIJA S BOLESNICIMA NAKON MOŽDANOGL UDARA.....	48
KOMUNIKACIJA S DEMENTNIM OSOBAMA .....	49
KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE KOD TRAUMATSKIH OŠTEĆENJA MOZGA.....	51

10. KOMUNIKACIJA SA STARIJIM OSOBAMA .....	53
OPĆE UPUTE KOJE OLAKŠAVAJU KOMUNIKACIJU SA SVIM STARIJIM OSOBAMA .....	54
OLAKŠAVANJE KOMUNIKACIJE OVISNO O SPECIFIČNOSTIMA STARIJE OSOBE .....	56
EDUKACIJA STARIJIH OSOBA .....	58
11. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S NEIZLJEČIVIM I UMIRUĆIM BOLESNICIMA .....	60
PRISTUP TEŠKO OBOLJELOM BOLESNIKU .....	60
KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S TEŠKO OBOLJELIM BOLESNICIMA.....	62
KOMUNIKACIJA S OBITELJI TEŠKO OBOLJELOG BOLESNIKA .....	64
12. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S OBITELJIMA BOLESNIKA .....	65
SASTANCI S OBITELJI BOLESNIKA .....	66
UTJECAJ OBITELJI NA BOLESNIKOV ODНОS PREMA BOLEСTI I LIJEЧENJU.....	68
REAKCIJE OBITELJI NA BOЛЕST KAO KOMUNIKACIJSKA PREPREKA .....	69
SMJERNICE U KOMUNIKACIJI S OBOLJELIM I NJEGOVOM RODBINOM.....	70
POSEBAN SLUČAJ – KOMUNIKACIJA S OBITELJI ONKOLOŠKOG BOLESNIKA.....	70
13. PRIOPĆAVANJE LOŠE VIJESTI TE KOMUNIKACIJA S OŽALOŠĆENIM OSOBAMA .....	72
KAKO OBAVIJESTITI BOLESNIKA O LOŠIM VIJESTIMA .....	72
PROCES PRIOPĆAVANJA LOŠE VIJESTI .....	73
14. PRIOPĆAVANJE RODITELJIMA DA JE DIJETE ROĐENO S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU .....	75
REAKCIJE I OSJEĆAJI RODITELJA .....	76
DOBRA KOMUNIKACIJA PREDUVJET JE PROFESIONALIZMU .....	77
15. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE U ZDRAVSTVENOM TIMU .....	78
TIMSKI RAD U ZDRAVSTVU .....	78
KOMUNIKACIJA MEĐU ČLANOVIMA ZDRAVSTVENOG TIMA .....	80
16. KOMUNIKACIJA U UPRAVLJANJU .....	87
GRUPA U RADNOJ ORGANIZACIJI .....	87
KOMUNIKACIJA U UPRAVLJANJU GRUPOM .....	89
VOĐA GRUPE, PREGOVARANJE, POV RATNA INFORMACIJA .....	90
MODULI UČENJA EFEKTIVNE KOMUNIKACIJE U SESTRINSKOM MENADŽMENTU.....	93
17. INFORMACIJSKO – KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE U MEDICINI.....	96
LITERATURA .....	98
POPIS TABLICA I SLIKA .....	103
RJEЧNIK VAЖNIH POJMOVA .....	104

## PREDGOVOR

Ovaj udžbenik nastao je na temelju sadržaja (tematskih cjelina) propisanih syllabusom kolegija Komuniciranje u zdravstvu, u sklopu diplomskog specijalističkog studija Kliničko sestrinstvo na Sveučilištu u Dubrovniku, kako bi se studentima olakšalo učenje gradiva. Početno polazište za koncipiranje udžbenika bile teme elaborirane u studentskim seminarским radovima, koji su potom u većoj ili manjoj mjeri prerađeni i dopunjeni relevantnim referencama, kao i dodatnim suvremenim znanstvenim spoznajama. Stoga zahvaljujemo svim studentima na korisnom doprinosu u koncipiranju ovog udžbenika, kao i vrijednim recenzentima doc. dr. sc. Jošku Vukosavu, doc. dr. sc. Klari Šiljeg te doc. dr. sc. Draženu Kovačeviću, kao i lektorici dr. sc. Sanji Brbora, koji su bitno pridonijeli poboljšanju kvalitete ovog nastavnog materijala.

Autori

# 1. OSNOVE JAVNOG KOMUNICIRANJA

Zdravko Cvitanović, bacc. med. techn.

**Komunikacija** je aktivnost prenošenja značenja kroz zajednički sustav znakova i semiotičkih pravila (Pejić Bach i Murgić, 2013). Riječ *komunikacija* dolazi od latinske riječi *communicare* (dijeliti). Predstavlja čin transferiranja informacije s jednog mesta do drugog. Iako je to jednostavna definicija, kada promislimo na koje sve načine možemo komunicirati, predmet postaje puno kompleksniji. To je aktivnost koja se sastoji od prijenosa značenja dijeljenjem uzajamnog sustava znakova ili semiotičkih pravila. U području biologije, komunikacija se često odvija vizualnim, slušnim ili biokemijskim sredstvima. Komunikacija u društvu obogaćuje znanje i iskustva te donosi promjene. Ljudska je komunikacija unikatna radi svoje ekstenzivne uporabe jezika (Ajduković, 1997).

Javno komuniciranje predstavlja „najvažniju i najkorisniju vještina u životu čovjeka“ (Pejić Bach i Murgić, 2013). Komunikacijom prenosimo poruku od jedne do druge osobe, od pošiljatelja do primatelja poruke. U početku se komuniciralo riječju, dimnim signalima, bubnjevima, dok se u modernom dobu koriste inovativne tehnologije. Internet je kao medij komunikacije postao nezamjenjiv čimbenik međusobne komunikacije (Pejić Bach i Murgić, 2013). Primjerice, društvene mreže predstavljaju jednu od važnijih promjena u načinu komuniciranja, nakon što je 1440. godine Johannes Gutenberg izumio tiskarski stroj.

## JAVNA KOMUNIKACIJA

Može se reći da institucije, pa tako i zdravstvene institucije, tek u zadnje vrijeme počinju potpuno razumijevati potrebe novih društvenih medija te njihov pozitivan učinak na poslovanje u cjelini, a na zdravstvo posebno. Usmjerenost na društvene medije kao radikalno drukčiji način komuniciranja otvara tri ključna pojma koji su u međusobnoj interakciji: mjesto, vrijeme i troškove (Pejić Bach i Murgić, 2013). U zdravstvu, društveni mediji mijenjaju način organizacije komunikacije s pacijentima, kao i ostvarivanje njihovih poslovnih ciljeva.

Međusobna komunikacija najvažnija je ludska osobina koja nas razlikuje od ostalih bića. Razlikujemo različite **oblike komunikacija** unutar mreže sudionika u organizaciji: verbalnu i neverbalnu, formalnu i neformalnu, interpersonalnu i impersonalnu te intrapersonalnu i javnu komunikaciju (Pejić Bach i Murgić, 2013).

Komunikacija (latinski *communicatio*, što znači priopćavanje) služi za priopćavanje potreba, stavova i namjera drugim ljudima. **Verbalnu** komunikaciju ostvarujemo govorom, čitanjem, pisanjem, ali isto tako i slušanjem drugih ljudi (Pejić Bach i Murgić, 2013). Efektivna verbalna ili govorna komunikacija ovisi o nizu čimbenika i ne može biti izolirana od drugih značajnih interpersonalnih vještina, kao što su neverbalna komunikacija, vještine slušanja i objašnjenja (Pejić Bach i Murgić, 2013). Ljudski **jezik** može se definirati kao sustav simbola i gramatike koja simbolima upravlja, a odnosi se na zajednička svojstva govora. Učenje jezika obično se javlja najintenzivnije tijekom djetinjstva. Većina ljudi jezik uči koristeći se uzorcima zvuka, gesta i mimike, koji se koriste kao simboli koji omogućuju komunikaciju s drugim ljudima. Različiti svjetski jezici obično dijele određena svojstva, iako postoje iznimke (Pejić Bach i Murgić, 2013).

**Neverbalna** komunikacija uključuje pokrete tijela, izraz lica, ton glasa, geste, položaj tijela te fizičku udaljenost sugovornika. Omogućuje međusobno razumijevanje, no razumijevanje je prilično ovisno o kulturi iz koje sugovornik dolazi, kao i činjenice jesmo li toga svjesni dok s njima komuniciramo (Arnold i Underman Boggs, 2003). Ako je naša komunikacija (i verbalna i neverbalna) **usklađena**, sugovornici ispravno primjećuju našu iskrenost i namjeru. Iskrena komunikacija je osnova dobrih međuljudskih odnosa (Pejić Bach i Murgić, 2013).

Unutar mjera **formalne** komunikacije nužno je pridržavati se odredbi određene organizacije te kontakt s klijentom/ima ili suradnikom/cima treba držati isključivo na profesionalnoj razini (Arnold i Underman Boggs, 2003). Sudionici razmjene informacija na profesionalnoj razini nastupaju kao predstavnici institucije, a ne kao pojedinci. S druge strane, kad govorimo o neformalnom kontaktu, nužno je napomenuti nedostatak pravila u razmjeni informacija.

**Neformalna** komunikacija temelj je međuljudskih i društvenih odnosa i ne podliježe hijerarhijskoj strukturi organizacije nego ih povezuje (Florjančić i Ferjan, 2000). Stoga je kombinacija formalnog i neformalnog razmjenjivanja informacija nužna da bi se uspostavilo dublje značenje razgovora unutar neke institucije.

**Intrapersonalna** komunikacija predstavlja komuniciranje osobe sa samom sobom, gdje kroz unutarnji dijalog upoznaje u potpunosti sebe, uočava svoje osobine, osjećaje, te mijenja postupke i stavove. Provodi više vremena oko nebitnih stvari, oko događaja i situacija koje se neće dogoditi, a ako se i dogode neće biti važni (Florjančić i Ferjan, 2000).

**Interpersonalno** komuniciranje odnosi se na razmjenu podataka i obavijesti između dva pojedinca. Često se odnosi na komuniciranje s drugom osobom koju pojedinci neposredno ne vide, te su zakinuti za neverbalne znakove u komunikaciji i govoru (Florjančić i Ferjan, 2000). Uz primjenu suvremene tehnologije, većina pojedinaca komunicira putem interneta, te teže mogu procijeniti namjeru i iskrenost druge osobe. Komuniciranje unutar interpersonalnog kruga moguće je uspostaviti i s vremenskim zakašnjenjem, no važnost se pridodaje osobama koje prenose podatke. Daljnje komuniciranje između osoba je u većini slučajeva dosljedno (Florjančić i Ferjan, 2000).

**Impersonalno** komuniciranje odnosi se na medijsko obavještavanje, gdje je konzument neke poruke (gledatelj, ili u slučaju radija slušatelj) samo primatelj, a ne i sudionik u komuniciranju (Florjančić i Ferjan, 2000).

**Javna komunikacija** predstavlja sustav komuniciranja putem sredstava javnog priopćavanja (novine, radio, televizija, internet). Uključuje i verbalnu i neverbalnu komunikaciju. U većini slučajeva, ova javna komunikacija je jednosmjerna te nije u mogućnosti imati povratnu vezu i odgovor. Međutim, suvremene tehnologije počinju ovu jednosmjernost mijenjati (Florjančić i Ferjan, 2000).

**Sredstva javnog komuniciranja** omogućuju daljnje povezivanje i zbližavanje ljudi raznih zanimanja, mjesta boravka, nacija, političkih sustava i slično. Primjenom moderne tehnologije i interneta imamo pristup podacima praktički svugdje i u svako vrijeme (Florjančić i Ferjan, 2000).

Komunikaciju možemo podijeliti i prema **oblicima komuniciranja**. **Usmena** komunikacija je oblik komuniciranja koji je lako pogrešno protumačiti, jer ne postoji pisani trag, dokaz o postojanju. **Pisana** komunikacija se najviše primjenjuje u profesionalnom poslovanju, dogovaranju poslovnog odnosa (Florjančić i Ferjan, 2000; Pejić Bach i Murgić, 2013). Prema **nastanku komuniciranja**, postoje interne i eksterne poslovne komunikacije. **Interna** nastaje unutar poslovnog subjekta. Usmeno

se odvija na sastancima, sjednicama uz pisano komunikaciju radnim nalozima, aktima, dokumentima o poslovanju. **Eksterna** komunikacija predstavlja komuniciranje poduzeća sa okolinom i drugim subjektima društva (Florjančić i Ferjan, 2000; Pejić Bach i Murgić, 2013). Prema **namjeni komunikacije**, koja proizlazi iz ljudske aktivnosti koja je vezana za sam proces komunikacije, može se razlikovati njene razne oblike: osobnu, poslovnu, stručnu, znanstvenu, edukativnu, i slično (Florjančić i Ferjan, 2000; Pejić Bach i Murgić, 2013).

Prema mediju komunikacije, razlikuju se tradicionalne i digitalne komunikacije. **Tradicionalna** komunikacija prestaje razvojem digitalnih i tehnoloških otkrića (Florjančić, Ferjan, 2000). U zadnjih nekoliko desetljeća primjećujemo promjene u komuniciranju. Pomak od tradicionalnih medija (novine, časopisi, razne tiskovine, radio, pa čak i televizija) prema **internetu** doveo je i zdravstvenu zajednicu na rub promjena (Pejić Bach i Murgić, 2013; Florjančić i Ferjan, 2000). Internet kao komunikacijski kanal u zdravstvu obilježava nadopunu tradicionalnom komuniciranju s pacijentima te omogućuje lakšu interakciju. Mogućnosti komuniciranja putem društvenih medija u zdravstvu su mnogobrojne. Umrežavanje predstavlja brojne mogućnosti razvijanja odnosa između zdravstvenog osoblja i sadašnjeg ili potencijalnog pacijenta. Dostupnost komunikacijskih oruđa ipak ne odriče odgovornost proizašlu iz mogućnosti zlouporabe nekih podataka o zdravlju. Zbog toga treba dosljedno primjenjivati stroga pravila privatnosti, odnosno poštivati tajnost podataka o zdravlju pojedinca. Drugim riječima, rastuća uporaba novih tehnologija, aplikacija i platformi, kao što su društveni mediji, stvara nove mogućnosti za zdravstvene organizacije i institucije, ali također zahtijeva podizanje **privatnosti i sigurnosnih** mjera (HIMSS – *healthcare information and management system society*) (Pejić Bach i Murgić, 2013). Stoga, privatnost i sigurnost dijeljenja podataka stvara širok problem.

Komunikacija je možda najvažnija i najteža aktivnost kojom se čovjek može baviti. To je osjetljiva membrana kroz koju ljudi mogu dijeliti misli, ideje, osjećaje, snove i razočaranja. Komunikacija je ključna komponenta u međusobnom djelovanju (Leboutillier, 1998).

Dobru komunikaciju ostvarujemo razvijanjem temeljnih komunikacijskih vještina. O vještini prenošenja vlastitih ideja i osjećaja drugima ovisi hoće li nas oni razumjeti na točan način, dok nam vještine slušanja i promatranja drugih omogućuju razumijevanje njihovih poruka (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

## ZAKLJUČAK

Ljudi komuniciranjem priopćavaju svoje stavove i namjere drugima. U međusobnom komuniciranju služe se verbalnim i neverbalnim sredstvima da bi ih primatelj informacija kvalitetnije mogao razumjeti. Znati djelotvorno komunicirati u svakodnevnim i poslovnim situacijama predstavlja vještinu. Proces komunikacije započinje pošiljateljевim oblikovanjem ideje, koja nekim medijem ide k primatelju, koji istu tu poruku razumijeva (dekodira) i daje joj značenje. Primateljeva je povratna informacija važna da bi pošiljatelj poruke znao u kojoj je mjeri njegova poruka ispravno shvaćena.

Internet, kao suvremena tehnologija, široko se koristi u akademskoj ali i u privatnoj zdravstvenoj praksi, pa je postao jedan od praktički neizbjježnih alata kojima se liječnici i ostalo medicinsko osoblje služe u svom radu. Međutim, uz neupitne prednosti interneta kao medija za prijenos informacija, nužno je biti svjestan i opasnosti koje taj oblik komunikacije donosi.

## 2. KOMUNIKACIJA U SESTRINSTVU

Marija Šilje, bacc. med. techn.

„Neka bude jednostavno, neka bude humano, neka bude kratko i neka naglasak bude na slušanju.“ (Keith Nichols, 2003)

U definicijama sestrinstva rečeno je da je „*umijeće sestrinstva* međuljudski odnos i interakcijski proces između korisnika i sestre unutar socijalnog okruženja za vrijeme pružanja sestrinske skrbi“ (Kenney, 1990). Najveći dio interakcija ostvaruje se međuljudskom komunikacijom. Pojam interakcije podrazumijeva međusobno djelovanje osoba, zauzimanje stavova i određivanje ponašanja (Bratanić, 1990). Adekvatno korištenje govora kao sredstva sporazumijevanja, jedna je od bitnih vještina koje bi medicinske sestre morale imati. Prvi dojam (koji se stječe prvim kontaktom) važan je za uspostavljanje međuljudskog odnosa, a o međuljudskom odnosu ovisi i uspješnost suradnje bolesnika u liječenju. Jedan od osnovnih ciljeva rada sestre jest usvajanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja, ili pak mijenjanje loših navika i nepoželjnih ponašanja (Mojsović i sur., 2005). Način na koji ljudi vide događaje ili određenu situaciju i značenje koje ta situacija ima za njih određuje i njihovu reakciju. Ako medicinska sestra i bolesnik pristupaju situaciji s jako udaljenim i različitim tumačenjima ili pretpostavkama, nerijetko može doći do nesporazuma. Često neke od bolesnikovih potreba vidimo kao prioritete, no on ih sam možda tako ne vidi. Takve situacije mogu biti frustrirajuće za obje strane u terapijskom procesu, pa je potrebno da medicinska sestra i bolesnik zajedno istraže bolesnikovu dobrobit, s fokusom na „ovdje i sada“ (Ribardić i Vidoša, 2014).

Veliko značenje za uspješnu komunikaciju imaju sljedeći čimbenici:

- *osobine i sposobnosti medicinske sestre kao pomagača* - empatija, srdačnost, iskrenost, dosljednost, poštovanje i prihvatanje bolesnika, pružanje bolesniku mogućnosti da izradi vlastito mišljenje i sudjeluje u donošenju odluka, njegovo bezrezervno prihvatanje, razumijevanje, neosudivački stav i briga za bolesnika,
- *osobine bolesnika* - kognitivne sposobnosti, afektivna komponenta ličnosti, tj. osjećaji i sve što na njih utječe, bolesnikovo prethodno iskustvo; važni su također socijalna, etička i kulturna pripadnost i uvjerenja, jezik, eventualne tjelesne mane, itd.,
- *okolina u kojoj se komunikacija ostvaruje* - kao pomoćni čimbenik, ali i čimbenik koji otežava komunikaciju; neprikladno mjesto, skučen prostor, buka, prisutnost ostalih bolesnika i osoblja, rodbine i drugo (Mojsović i sur., 2005).

### KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE

**Komunikacijske vještine** skupina su temeljnih interpersonalnih vještina koje podupiru pružanje psihološke nege (Priest, 2014). Kako je pitanje zdravlja i bolesti, života i smrti bitno za svakog čovjeka, kako određuje njegovu sudbinu, mogućnost ostvarivanja životnih ciljeva, te utječe na njegove odnose u bližem i daljem socijalnom okruženju, tako se komunikaciji između aktera koji sudjeluju u procesu pružanja zdravstvene nege posvećuje posebna pozornost (Jukić, Gašparović, Husedžinović i sur., 2008). Razgovor je najbolji način komuniciranja koji imamo. Vještine za koje

bismo instinkтивно mogli reći da su komunikacijske vještine su: slušanje i govorenje drugima (Priest, 2014).

*Komunikacijske vještine* spadaju u skupinu temeljnih interpersonalnih vještina. One podupiru pružanje psihološke njege. Za razliku od osobnih kvaliteta koje su u velikom stupnju urođene, vještine su prije naučene nego urođene, a vježbom se mogu i razvijati. Posebnost komunikacijskih vještina sastoji se u tome da one uvijek uključuju povezanost između dvoje ili više ljudi ili grupa, kao i njihovu međusobnu uključenost (Bach i Grant, 2009). Iako se može očekivati da je svatko tko odabere baviti se zdravstvenom strukom vjerojatno već razvio komunikacijske vještine te da je prema tome i „interpersonalno kompetentan“, ta se pretpostavka ne može uzeti zdravo za gotovo. Vještine za koje bismo instinkтивno mogli reći da su komunikacijske jesu slušanje i govorenje drugima. Poruka koja se prenosi, upućuje drugima, treba biti direktna, otvorena, pravodobna, jasna, kongruentna (Koić, 2008). Treba izbjegavati dvostrukе poruke, usmjeriti se na jednu stvar u određenom trenutku, činiti jasnu razliku između činjenica koje se uviđaju i naših osobnih stavova, biti jasan u željama i emocijama. Izgovorena poruka treba biti istinita i podržavajuća. Potrebne vještine slušanja jesu: aktivno slušanje, slušanje s empatijom, otvoreno, svjesno slušanje (Koić, 2008). Komunikacija je temelj učinkovite prakse zdravstvene njege, jer je zdravstvena njega interpersonalna aktivnost, pa su rijetke njegujuće uloge koje ne uključuju bar još jednu osobu.

Komunikacija može imati bilo koju ili sve od sljedećih **funkcija komunikacije**:

- *završavanje zadataka* - završavanje nečega zbog našeg vlastitog dobra, kao što je traženje pomoći pri podijeli terapije, okrenuti nepokretnog bolesnika radi davanja injekcije ili traženje od nekog da provjeri infuzije koje su u tijeku, dok mi odnosimo krv u laboratorij
- *kontrola* - traženje nekog da napravi nešto za vlastito dobro, kao što je mijenjanje nezdravstvenog ponašanja
- *izmjena informacija* - davanje i primanje informacija
- *izražavanje misli ili osjećaja* – omogućuje nam da se približimo drugima i da razvijemo empatiju za situaciju drugih ljudi
- *smanjivanje anksioznosti* - često smo izražavanjem misli i osjećaja u mogućnosti osjetiti da je „podijeljen problem zapravo prepolovljeni problem“
- *društvenost/zadovoljstvo* - iako neko vrijeme možemo biti zadovoljni druženjem sa samim sobom, većina iskustava je poboljšana ako su podijeljena ili raspravljena s drugima
- *ritual* - ova funkcija nam pomaže da znamo prihvatljivije načine odgovaranja/govora u danim situacijama; tako, na primjer, znamo da se pri prijemu bolesnika kojega prvi put susrećemo potrebno predstaviti zvanjem, imenom i prezimenom (Priest, 2014).

Neke od ključnih osobina/kvaliteta, a ujedno i temeljnih uvjeta za kvalitetno, učinkovito komuniciranje, koje bi medicinske sestre u radu sa psihijatrijskim bolesnicima morale imati uključuju: aktivno slušanje, samosvjesnost, kongruentnost u odnosu medicinska sestra - bolesnik, posjedovanje i komuniciranje empatijskog razumijevanja i bezuvjetnog prihvaćanja bolesnika (Priest, 2014).

## OBLICI KOMUNIKACIJE S BOLESNICIMA

*Verbalna komunikacija* obično podrazumijeva govor. Medij verbalne komunikacije je jezik. Pustite bolesnika da govori! Do prave ćemo informacije doći tek kad zadobijemo punu pozornost i povjerenje bolesnika. Da bi nam bolesnik dao kompletну informaciju trebamo pokazati naš interes i pokazati da nam je stalo do ishoda komunikacije. Moramo biti svjesni, prisutni i reagirati iz iskrenih osjećaja, što automatski znači i (samo)poštovanje. Razgovarajmo o njegovom pogledu na „problem“, npr. kako bi on riješio nastalu situaciju, je li već prije imao sličan problem. Ne samo da ćemo na ovaj način dobiti potpuniju informaciju, već ćemo dobiti cjelovitiju sliku o samom bolesniku i njegovu stanju (Priest, 2014).

I govorna (oralna) i pisana komunikacija mogu se smatrati „verbalnom“ komunikacijom, jer uključuju riječi. Zdravstveni djelatnici, pa tako i medicinske sestre, koriste se pisanom riječju da bi komunicirali, poput pisanja planova zdravstvene skrbi, odnosno sestrinske dokumentacije.

*Sestrinska dokumentacija* služi kao komunikacijska metoda kojom međusobno komuniciraju svi oni koji su uključeni u zdravstveni sustav i skrb oko bolesnika (zdravstveno osoblje, zdravstveni suradnici, bolesnik, obitelj i institucije zdravstvenog osiguranja). S obzirom na to da se veliki dio informacija u postmodernom društvu razmjenjuje u pisanom obliku, visoka razina pismenosti uvjet je ravnopravnog sudjelovanja u procesu komunikacije (Jukić, Gašparović, Husedžinović i sur., 2008).

Međutim, ono što govorimo riječima (ili pišemo) samo je dio cjelokupnog spektra komunikacije. Izgovorene riječi čine samo oko 30% ljudske komunikacije. U stvari, neverbalna komunikacija najrasprostranjeniji je i najmoćniji oblik komunikacije (Priest, 2014).

*Neverbalna komunikacija* u velikoj mjeri otkriva osjećaje i misli sugovornika. Koristi se i za pojačavanje izgovorene riječi, i u mnogim slučajevima, kao zamjena za njih (Priest, 2014). Ton glasa, izraz lica, geste, dodiri i držanje tijela govore o naravi odnosa među sudionicima. Bolesnicima koji su primili lošu vijest (npr. dijagnozu), depresivnim bolesnicima, potištenima i sl. medicinska sestra dodirom ruke može vrlo snažno komunicirati da je uz njih i da im nudi podršku. Ako između verbalnih i neverbalnih elemenata poruke postoji nesklad, pažljivi će ga promatrač otkriti. Svaki nesklad unosi zabunu i nesporazum u komunikaciji (Jukić, Gašparović, Husedžinović i sur., 2008).

Neverbalna komunikacija može poslužiti kao upozorenje na predstojeće postupke. Primjerice, ako promatramo nekog tko korača po sobi sa stisnutim šakama i ljutitim izrazom lica, možda ćemo naslutiti da može postati verbalno ili fizički agresivan, pa se možemo pripremiti za intervenciju kako bi, ako je moguće, spriječili da se nepoželjno ponašanje dogodi (Priest, 2014).

*Šutnja* može imati i vlastito značenje. Lingvistika šutnju definira negativno: kao odsutnost govora. Ona može biti znak umora, razmišljanja, nezadovoljstva, ali i oblik društvene kontrole. Malo je područja komunikacije koja mogu prouzročiti toliko nesporazuma kao šutnja (Jukić, Gašparović, Husedžinović i sur., 2008). Drugi su mišljenja da bismo svi trebali naučiti cijeniti šutnju. Mnogi ljudi se boje šutnje jer im je neugodna i nastoje je po svaku cijenu izbjegći. Kratka šutnja je dio razgovora koji također ima svoje značenje i može biti vrlo korisna (Jukić, Gašparović, Husedžinović i sur., 2008). Šutnja može donijeti smirenje, pomaže nam da osvijestimo vlastite misli i osjećaje, uočimo neverbalne reakcije sugovornika, ali i da, bar donekle, uspostavimo kontrolu nad osjećajima (Ribarić Gruber, 2006).

## ZAKLJUČAK

Komunikacijske vještine u sestrinstvu skupina su temeljnih interpersonalnih vještina koje podupiru pružanje psihološke zdravstvene njegе. U tom kontekstu usmjerene su i funkcije komunikacije, kao i oblici komuniciranja s bolesnicima, koji su zapravo oblici javnog komuniciranja prilagođeni zdravstvenom kontekstu.

### 3. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S POSEBNIM GRUPAMA PACIJENATA

Robert Bender, bacc. med. techn.

Nesporazumi se mogu dogoditi na bilo kojoj razini komunikacijskog procesa. Uspješni komunikator razumije svoju publiku, bira prikladne komunikacijske kanale, prenosi svoje poruke. Također, sklon je tražiti povratnu informaciju od osoba koje primaju informacije kako su razumjele poruku te će pokušati ispraviti bilo koji nesporazum ili nastalu konfuziju što je prije moguće.

Komunikacija je između osoba lakša što se bolje poznaju. Ako se osobe koje komuniciraju međusobno ne poznaju, onda nemaju neke nužne informacije koje im omogućuju brzo i lako razumijevanje svih mogućih signala koji se tijekom komunikacije izmjenjuju, pa ne mogu niti pouzdano predvidjeti ponašanje, osjećaje, psihička stanja i mišljenja drugog sudionika komunikacije. U takvim situacijama preostaje im ravnati se prema obrascima ponašanja koji su uobičajeni u nekoj socijalnoj sredini, ili pak prema informacijama koje sami mogu zamijetiti u komunikacijskom procesu (Pejić Bach i Murgić, 2013).

**Uloga komunikacije** nije samo izmjena informacija, nego osobe komunicirajući nastoje postići neke druge ciljeve, na primjer, nastoje uvjeriti druge ljude u vlastite stavove i ideje ili tražiti pomoć od drugih. Međutim, problemi se mogu pojaviti ako komunikacija ne može osigurati postizanje ciljeva nekog od sudionika. Takva se komunikacija doživljava kao izvor stresa (Arnold i Underman Boggs, 2003).

### PREPREKE U KOMUNIKACIJI

Bez obzira na iskustvo u komuniciranju i pridržavanju pravila uspješne komunikacije, na putu svake pojedinačne komunikacije stoje brojne i nepredvidive **komunikacijske prepreke**. U njihovu prevladavanju mogu pomoći neka pravila i upute. Neke tipične prepreke u komunikaciji moguće je predvidjeti. To su primjerice socijalne i kulturne razlike, ograničeno razumijevanje i pamćenje, nedovoljno pridavanje važnosti razgovoru od strane pomagača, kao i kontradiktorni savjeti i preporuke koje netko daje (Breakwell, 2001).

**Socijalne i kulturne razlike** pokazuju se kao razlike u: spolu, nacionalnoj pripadnosti, socioekonomskom statusu, kulturnim i religijskim vjerovanjima te u sustavu vrijednosti (Arnold i Underman Boggs, 2003; Kocjan Hercigonja, 2009).

**Ograničene mogućnosti komunikacije** pojavljuju se u slučajevima: mentalne zaostalosti ili demencije; simptoma bolesti, umora, boli; emocionalne uzbudjenosti; zaokupljenosti drugim brigama umjesto sadržajem komunikacije (Mojsović i sur., 2005).

Negativni stavovi prema pomagaču pokazuju se zbog: loših prethodnih iskustava; nepovjerenja pomagača; suprotnosti prijašnjih i sadašnjih savjeta; uvjerenja bolesnika da sve već zna o sadržaju komunikacije; uvjerenja bolesnika da savjet koji dobije neće moći provesti radi finansijskih prepreka ili ustaljenih navika; izostanka potrebe da sazna više (Mojsović i sur., 2005).

Prepreke u komunikaciji koje nastaju zbog *ograničenog razumijevanja i pamćenja* su: loše poznavanje jezika, dijalekta ili nepismenost bolesnika; niža inteligencija bolesnika; nerazumijevanje stručnih izraza; slabo pamćenje (Mojsović i sur., 2005).

Nedovoljno pridavanje važnosti razgovoru od strane pomagača događa se zbog više razloga:

- nepoznavanja važnosti razgovora i njegova utjecaja na bolesnika
- nepovjerenja pomagača u vlastite sposobnosti i znanja
- preopterećenosti pomagača velikim brojem klijenata i svakodnevnom rutinom
- prigovora od prepostavljenih da je razgovor s bolesnikom gubljenje vremena
- nevoljkosti pomagača da podijeli svoje znanje s nekvalificiranom osobom koja neće imati koristi od razgovora (Mojsović i sur., 2005).

*Kontradiktorni savjeti i preporuke* dobivaju se iz više razloga: dobivanja različitih obavijesti od raznih pomagača; neslaganja dobivenih obavijesti, uputa i preporuka s vlastitim iskustvom te neslaganja obavijesti s obavijestima dobivenim od strane bliskih osoba kojima bolesnik vjeruje (Mojsović i sur., 2005).

Zdravstveni djelatnici se susreću s nekim oblicima otežane komunikacije radi smanjene sposobnosti bolesnika za prijem signala, ili ih ne tumače sukladno normama specifične socijalne sredine, ili pak sami daju signale koji su neuobičajeni i neočekivani (Mojsović i sur., 2005).

U procesu komunikacije zdravstveni djelatnik ima ulogu stručnjaka koji je odgovoran za tijek i rezultat komunikacijskog procesa. Stručnost i djelotvornost očituju se u usmjeravanju tijeka komunikacije, uz istodobnu fleksibilnost koja će bolesniku omogućiti izraziti svoje probleme, potrebe i osjećaje (Mojsović i sur., 2005).

**Otežanu komunikaciju između zdravstvenih djelatnika i bolesnika** možemo očekivati u slučaju komunikacije sa specifičnim skupinama bolesnika: s osobama u stresu, s osobama u krizi, s kognitivno ograničenim osobama, s osobama sa smetnjama doživljavanja i ponašanja (agresija, tjeskoba, depresija), s osobama koje imaju oslabljeni sluh i vid, s osobama oštećenog govora, ili pak s bolesnicima u intenzivnoj skrbi i hospitaliziranim bolesnicima (Mojsović i sur., 2005).

Najvažniji elementi koji određuju uspješnost komunikacijskog procesa jesu osobine i trenutno stanje bolesnika te opći uvjeti okoline u kojima se odvija komunikacija (Despot Lučanin, Havelka, Kostović, Lučanin, Perković, Pukljak Iričanin, 2006).

Stupanj komunikativnosti neke osobe ovisi o njezinim osobinama ličnosti, prethodnom iskustvu, raspoloženju, poznavanju, vanjskom izgledu i ponašanju sugovornika, kao i o okolini, prostoru, prisutnosti drugih ljudi (Despot Lučanin i sur., 2006).

Komunikacijske prepreke u zdravstvu često se pojavljuju kad je riječ o osobama u stresu, krizi, agresivnim osobama, osobama sa senzornim, kognitivnim i psihičkim poteškoćama. Međutim, pritom je važno iznaći načine kako komunikaciju s takvim osobama poboljšati.

## KOMUNIKACIJA S BOLESNICIMA U POSEBNIM STANJIMA

### KOMUNIKACIJA S BOLESNICIMA U STRESU

Da bi se uspješno komuniciralo s bolesnikom koji je u stresu, mora se poznavati znakove koji nam govore da je bolesnik u stanju stresa te im moramo prilagoditi način komunikacije. Bolesnik pod stresom često misli da ga nitko ne može razumjeti te zbog toga često raste bijes i agresija (Despot Lučanin i sur., 2006).

**Znakovi** po kojima se može prepoznati da je osoba u stanju stresa:

- govor postaje glasniji i brži ili tiši
- izraz se lica mijenja, javlja se crvenilo, osoba odvraća pogled
- ponašanje je nestrpljivo ili nepopustljivo
- tjelesni znakovi ( pojedinac se zatvara ili čini nagle pokrete usmjereni prema van) (Despot Lučanin i sur., 2006).

Osnovni **smjer djelovanja** u radu s osobama u stresu osposobljavanje je za primjenu učinkovitih strategija suočavanja sa stresom, pri čemu se jačina stresa može smanjiti promjenom značenja stresora ili promjenom situacije (Despot Lučanin i sur., 2006). U takvim je slučajevima potrebno: pažljivo slušati bolesnika s izrazom lica koji odgovara situaciji; pokazati strpljenje i razumijevanje; pružiti podršku i brižnost; pokušati pomoći na prihvatljiv način; ponuditi optimizam i vjeru u sebe; usmjeriti na traženje pomoći od stručnih osoba (Despot Lučanin i sur., 2006).

### KOMUNIKACIJA S OSOBAMA U KRIZI

**Kriza** je iznenadni, nepredvidivi i neplanirani slijed događaja koji zahtijeva trenutnu akciju za rješavanje nastalih problema (Despot Lučanin i sur., 2006).

Obilježja su krize sljedeća: trajanje joj je vremenski ograničeno; osobe u krizi nisu mentalno poremećene ili bolesne, već pokazuju normalnu ljudsku reakciju na nenormalnu situaciju; ponašanje u krizi varira ovisno o socijalnim normama, osobnom iskustvu i osobinama ličnosti; kod osoba u krizi uočava se kognitivna rigidnost; oblici su ponašanja različiti, od dezorientiranog, histeričnog do visoko kontroliranog (Despot Lučanin i sur., 2006). Za pomaganje osobi u krizi bitno je zadovoljiti više preduvjjeta: uključiti samog klijenta; razgovor obavljati u tihoj prostoriji; objašnjenja i odgovori koje dajemo moraju biti kratki, sažeti i jasni; treba dopustiti bolesniku opisati i izraziti osjećaje; treba obratiti pozornost na činjenice i na emocije bolesnika; biti smiren i sabran tijekom cijelog razgovora; pokušati pronaći izvor snage koji će bolesniku omogućiti izlazak iz krize; tijek komunikacije usmjeriti na problem; informacije koje dajemo moraju biti istinite; pomoći u razjašnjenu i sagledavanju situacije (Despot Lučanin i sur., 2006).

### KOMUNIKACIJA S LJUTITIM I AGRESIVNIM BOLESNIKOM

**Agresija** je reakcija na frustraciju, odnosno reakcija na onemogućavanje osobe u postizanju određenog cilja. Bijes i agresija mogu biti usmjerene na nas, bilo iz razloga što smo učinili nešto što je osobu izazvalo ili zato što se ona osjeća preplašeno, bespomoćno ili ugroženo (Moro, Frančišković i

sur., 2011; Muir-Cochrane, 2003). U slučaju agresivnog ponašanja bolesnika, važno je znati prekinuti agresiju (agresivni ispad), odnosno ne reagirati na agresiju agresijom. Cilj nam je smiriti osobu.

Da bismo agresivnog bolesnika potaknuli na razgovor, moramo moći/ znati:

- procijeniti stupanj uzrujanosti bolesnika
- pokazati volju za razgovorom i slušanjem
- držati se na sigurnoj udaljenosti
- ne pokušati prekinuti bolesnikov ispad, upozoriti ga da ne psuje, ne prijetiti mu,
- postaviti otvorena pitanja da bi potaknuli razgovor
- dati mu mogućnost izbora
- ne obećavati mu nešto što ne možemo ispuniti
- ne dodirivati ga
- ne primati uvrede koje vam je izrekao osobno
- biti stalno na oprezu dok se agresivni ispad (događaj) ne završi (Muir-Cochrane, 2003).

Uz navedene posebitosti komuniciranja s osobama u specifičnim stanjima ili posebnim tipovima bolesnika, posebno su specifične značajke komunikacije s osobama sa senzornim, kognitivnim i psihičkim poteškoćama, ali i različitim dobnim skupinama, što će se detaljnije opisati kasnije.

## ZAKLJUČAK

Naše komuniciranje s osobama koje imaju poteškoće pri komuniciranju može dovesti u pitanje naše vlastito poimanje komunikacije, kao i načine na koji sebe nastojimo činiti razumljivima osobama s kojima smo u interakciji. Komuniciranje s osobama s poteškoćama pri komuniciranju može nas dovesti do toga da se zapitamo kakav nam je ton, koje riječi koristimo, kakav nam je govor tijela i može nas podsjetiti da komunikacija nije samo pričanje nego također i slušanje. Primjerice, zamislimo da postojeći tekst nismo u stanju pročitati, reći nekome nešto o tom tekstu, naći riječi kojima bismo se izrazili. Zamislimo da otvaramo usta ali zvukovi ne izlaze, da su nam riječi tako „iskriviljene“ da ih nitko ne razumije, da ne možemo čuti pitanje... Da ne možemo vidjeti ili razumjeti znakove i simbole oko nas, da ljudi ignoriraju ono što govorimo, da ne razumiju stanje u kojem se nalazimo... Sve su to stvari koje iskusni komunikator (sugovornik) mora znati prepoznati, prilagoditi se trenutnom stanju, izabrati najbolju tehniku komuniciranja i način kojim će najbolje pomoći osobi s kojom komunicira u tom trenutku. Ove vještine komuniciranja stječu se praksom i iskustvom, a za njihovo je stjecanje potrebno vrlo mnogo rada, znanja i strpljenja.

## 4. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S DJECOM I ADOLESCENTIMA

Snježana Busančić, bacc. med. techn.

***Uspješna komunikacija s djecom*** snažan je faktor psihosocijalnog razvoja i značajan faktor u procesu liječenja. Uspjeh komunikacije s djecom i adolescentima ovisi o našem poznavanju specifičnosti karakterističnih za pojedinu fazu razvoja, kao i o razvoju ličnosti djeteta i adolescente. Umjesto da o djeci razmišljamo kao o malim ljudima koji postupno odrastaju, mnogi svjetski stručnjaci za dječji razvoj smatraju da o djeci treba razmišljati kao o cjelovitim i posebnim ljudskim bićima. Moramo u potpunosti prihvatići da djeca u svakoj fazi svog razvoja imaju jedinstvene potrebe i vještine, kao i vlastite glasove koji zaslužuju da ih se sluša s uvažavanjem (Kolucki i Lemish, 2013).

Premda su kognitivni i jezični razvoj (posebno kod djece) vrlo usko povezani, treba imati na umu da se komunikacija ne odvija samo riječima. Djeca se izražavaju na različite načine, a jezik je samo jedan od oblika dječje komunikacije. Ključna je interakcija djece s okolinom i njihova interakcija s odraslima (McLeod, 2008).

Važno je naglasiti da svaka dobna grupa ima svoje specifičnosti, pa se uspješna komunikacija temelji ne samo na vještini komuniciranja već i na dobrom poznavanju psihološke specifičnosti svake faze psihosomatskog razvoja, koje zahtijevaju različite pristupe modificirane prema djetetovim emocionalnim reakcijama (Kocjan Hercigonja, 2009).

Kako bismo unaprijedili komunikaciju s djecom, potrebno je uskladiti verbalnu i neverbalnu komunikaciju. Treba obratiti pozornost na ton glasa, držati kontakt očima, aktivno slušati dijete i poticati ga na izražavanje svojih osjećaja različitim komunikacijskim tehnikama. Komunikacija s djecom mora se temeljiti na uvažavanju i vještini. Poruka čuva djetetovo samopoštovanje u jednakoj mjeri kao i naše samopoštovanje, a izjave razumijevanja trebaju uvijek prethoditi izjavama u kojima se savjetuje i upućuje (Ginott, 2005).

Komunikacijske vještine koje dijete uči, sukladno principima socijalnog učenja, utjecat će i na način na koji dijete komunicira sa svojim cjelokupnim okruženjem u životu. Te će mu vještine pomoći da pregovara, rješava probleme i uči od drugih. Drugim riječima, kvaliteta djetetova života u velikoj mjeri ovisi o njegovoj sposobnosti da komunicira (Ginott, 2005).

U komunikaciji s djecom potrebno je upoznati djetetov uobičajeni način komuniciranja te procijeniti je li on primjeren djetetovoj dobi. Za uspješnu komunikaciju s djecom, u bilo kojim okolnostima, bitno je ispuniti neke preduvjete (tablica 1) (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Tablica 1. Preduvjeti uspješne komunikacije s djecom  
(Lučanin i Despot Lučanin, 2010)

- poznavati i razumjeti dobre norme dječjeg razvoja
- pokazivati poštovanje i iskrenost
- pokazivati povjerenje pomoću iskrenosti i dosljednosti u ponašanju
- procijeniti djetetove potrebe u danoj situaciji
- procijeniti djetetovu sposobnost uspješnog suočavanja s promjenama
- procijeniti i prilagoditi jezično izražavanje djetetovoj razini razumijevanja
- koristiti neverbalnu komunikaciju: umirujući dodir, ljuljuškanje, pogled u oči i umirujući izraz lica
- objasniti djetetu što zapravo znače njegove neverbalne poruke
- koristiti humor i aktivno slušanje
- 
- umjesto razgovora koristiti, ovisno o dobi djeteta, druge komunikacijske tehnike: pričanje priča, crtanje, kreativno pisanje
- koristiti „prijeteljne objekta“ - omiljene igračke
- koristiti igru za poticanje boljeg suočavanja: kreativnu, nestrukturiranu igru, igranje uloga, pantomimu i sl.
- koristiti posebne oblike komuniciranja za djecu s posebnim potrebama, npr. jezik znakova

## **KOMUNIKACIJA S RAZLIČITIM DOBNIM SKUPINAMA DJECE I ADOLESCENATA**

**Rana komunikacija** je razdoblje u kojem se usvajaju vještine koje proces razmjene obavijesti čine mogućim i učinkovitim. One proizlaze iz djetetova sazrijevanja i učenja u kognitivnoj, jezičnoj i socijalnoj domeni (Ljubešić i Cepanec, 2012).

**Razdoblje rane komunikacije** poklapa se s razdobljem ranog djetinjstva, odnosno s dobi od 0-6 godina i obuhvaća predjezično razdoblje (0-2 godine), kao i razdoblje rane jezične komunikacije (2-6 godina). U tom razdoblju dijete ovlada materinskim jezikom za potrebe svakodnevnog komuniciranja i verbalno komunicira za različite svrhe (Apel i Masterson, 2004). Do kraja tog razdoblja dijete je sposobno davati i dobivati nove informacije razgovorom. Tijekom prvih šest godina života dijete će usvojiti osnove komunikacije koje će mu koristiti cijeli život (Apel i Masterson, 2004).

### **Komunikacija s djecom od rođenja do navršene druge godine života**

Komunikacija s najmlađom djecom jedinstvena je umjetnost u kojoj vladaju posebna pravila. Djeca su u komunikaciji rijetko naivna. Uglavnom šalju kodirane poruke i treba ih dešifrirati (Ginott, 2005).

U prva tri mjeseca života dojenče svoja raspoloženja izražava glasanjem, smijanjem i plakanjem. Sluša glasove i druge zvukove. Stvara zvukove zadovoljstva, plače kad ima različite potrebe, stišava se i smiješi kad mu se obraćaju (Apel i Masterson, 2004). U tom razdoblju, primjerice, dojenče plače jer osjeća nelagodu zbog gladi. Ima potrebu da ga netko riješi te nelagode, ali nema namjeru pozvati ga porukom, najčešće plačem. To razdoblje naziva se razdobljem **predintencijske komunikacije** u kojem djeca još nisu naučila namjerno slati poruke okolini, već odrasli, na osnovi djetetova ponašanja i emocionalnih znakova, čitaju upućene poruke (Ljubešić i Cepanec, 2012).

S vremenom, djetetove sposobnosti pamćenja i učenja omogućit će mu da otkrije kako njegova određena ponašanja dovode do predvidivih odgovora, tj. kako dijete porukom može djelovati na ljude. Ovo razdoblje, kad se dijete ponaša s namjerom da izazove točno određenu promjenu u socijalnoj okolini, naziva se razdobljem **intencijske (namjerne) komunikacije** (Ljubešić i Cepanec, 2012). Razvojne promjene koje omogućuju taj prijelaz intenzivno se odvijaju prije nego što dijete počne govoriti, a osobito su vidljive krajem prve godine života, u razdoblju od 9 do 12 mjeseci. Za uspješnu komunikaciju s djecom u fazi predjezične komunikacije neophodno je koristiti se različitim neverbalnim komunikacijskim sredstvima kao što su pogled u oči, umirujući ton glasa, osmijeh, ljuljuškanje i nježni dodir (Ljubešić i Cepanec, 2012).

U dobi do navršene dvije godine života dijete nauči i zna koristiti oko 50 prepoznatljivih riječi. Ponavlja riječi koje čuje, kombinira dvije riječi u rečenicu, koristi negacije, razumije pitanja i na postavljena pitanja adekvatno odgovara s „da“ i „ne“ (Andrešić, 2010). U tom razdoblju potrebno je prilagoditi jezično izražavanje djetetovoj razini razumijevanja. U komunikaciji s djecom te dobi dobro je koristiti djetetove omiljene igračke, a osim razgovora za razvoj komunikacije preporučuju se i druge komunikacijske tehnike (poput čitanja). Čitanjem, razgovaranjem o pročitanom te odgovaranjem na postavljena pitanja dijete se uči komunicirati, pa tako razvija otvorenost i osjećaj za društvo (Radonić i Stričević, 2009).

### **Komunikacija s djecom od druge do navršene šeste godine života**

Pri komunikaciji s mlađom djecom moramo paziti da s njima razgovaramo u njima poznatom kontekstu. Ne smijemo biti apstraktni u razgovoru s njima, pa koliko je god to moguće, sva objašnjenja trebamo povezivati s njihovim iskustvima. Nužna faza u individualnoj komunikaciji s djecom te dobi izgradnja je odnosa (McLeod, 2008). Dijete treba ponajprije upoznati i dati mu do znanja da ćemo se prema njemu odnositi iskreno i poštено, te mu treba pokazati povjerenje iskrenim i dosljednim ponašanjem. Dobro je istražiti posebne interese djeteta kako bismo se mogli povezati u aktivnostima koje će nam donijeti zajednička zadovoljstva (McLeod, 2008).

U razgovoru s djecom te dobi treba biti jasan, određen i iskren. Potrebno ga je pozorno slušati, postavljati mu pitanja i pokazati mu poštovanje. Važno je dopustiti djetetu da izrazi svoje mišljenje o temi komuniciranja, kako bi ono zadržalo svoje dostojanstvo i gradilo samopoštovanje (McLeod, 2008). Treba nastojati biti u razini djetetova pogleda kako bi nas dijete doživjelo sebi jednakima. Potrebno se lagano nagnuti naprijed prema djetetu, što odaje dojam aktivnog slušanja. Tijekom razgovora dijete treba gledati u oči, čime mu pokazujemo iskrene namjere i omogućavamo mu da se osjeća važnim i poštovanim (McLeod, 2008).

Za pridobivanje simpatija djece i uspostavljanja bolje komunikacije s njima dobro se koristiti i humorom, dok se umjesto razgovora ponekad treba koristiti i drugim komunikacijskim tehnikama, poput čitanja, pričanja priča, crtanja, igranja uloga, pantomime i slično (McLeod, 2008).

### **Predškolska, školska dob i adolescencija**

**Predškolska** dob obuhvaća razdoblje od pete do sedme godine života. Verbalna komunikacija već je dobro razvijena, pa dijete pokušava prepričavati priče s detaljima, povećava dužinu rečenice,

koristi više veznika itd. U ovom razdoblju djeca vole maštati, pa teško razlikuju stvarnost od mašte (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Školska** djeca (u dobi od 7 do 12 godina) potpuno su sposobna izraziti svoje osjećaje riječima. Pri komunikaciji s djecom te dobi, kao i s mlađom djecom, potrebno je koristiti vještine slušanja. Aktivnim slušanjem, iskrenošću, iskazanim povjerenjem i dosljednošću u ponašanju prema djetetu ostavlja se dojam sigurnosti i ostvarujemo put ka kvalitetnoj komunikaciji (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Za izražavanje osjećaja djeci te dobi može se umjesto govora ponuditi i druge komunikacijske tehnike, poput pisanja, pričanja ili crtanja. U komunikaciji školsku djecu treba poticati da izraze svoje osjećaje i emocije, dopustiti im da postavljaju pitanja i ispituju, a pogodno ih je nagraditi pohvalom (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Adolescencija** je razdoblje prijelaza iz djetinjstva u odraslu dob koje započinje pubertetom (oko dvanaeste godine života), a završava usvajanjem uloga i odgovornosti odrasle osobe (u dobi oko 18-19 godina). Razdoblje adolescencije često je praćeno povlačenjem, buntovništvom, gubitkom motivacije i razdražljivošću (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Zato je za uspješnu komunikaciju s adolescentima ponajprije potrebno uspostaviti povjerenje i omogućiti im neovisnost i uspostavljanje identiteta. Pritom je od iznimne važnosti izbjegavati prosuđivanje i autoritativen pristup (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Tijekom komunikacije s adolescentima treba biti iskren, jasan i određen te izbjegavati nejasnoće. Važno je provjeriti razumijevanje rečenog ako nismo sigurni da nas je adolescent dobro razumio. Treba znati aktivno slušati, pojašnjavati rečeno i prihvatićti regresiju u ponašanju. (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Treba se potruditi razumjeti rječnik adolescenata i njihov neformalni način izražavanja. Ne treba ih zavaravati, već im treba pružiti točne informacije, bez nametanja vrijednosnih stavova (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

## KOMUNIKACIJA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA S DJECOM I ADOLESCENTIMA U BOLNICI

Govoreći o komunikaciji u zdravstvenoj skrbi, u središtu pažnje treba biti pacijent. Gledano s aspekta pedijatrijske skrbi, u središte se stavlja bolesno dijete. Dijete je tijekom svog boravka u bolnici izloženo raznim dijagnostičkim i terapijskim postupcima, s ciljem postavljanja točne dijagnoze i što uspješnijeg liječenja (Zakanj, 2008). Na krajnji ishod liječenja, osim lijekova i terapeutskih postupaka, svakako će utjecati i način ophodenja zdravstvenih djelatnika s djetetom i njegovom obitelji. Bolesno dijete ima vrlo široko okruženje, a zdravstveni djelatnik mora voditi računa o svim komponentama sredine iz koje dijete dolazi, u kojoj tijekom liječenja boravi i u koju se vraća (Zakanj, 2008).

Boravak u bolnici za svakog čovjeka je neugodan, a za dijete je čak i dodatno zastrašujući, jer znači i odvajanje od roditelja. S obzirom na to da boravak roditelja s djecom u bolnici ima izrazito pozitivan učinak na ishod liječenja, dobro je osigurati i smještaj za djetetovu majku ili bar mogućnost boravka roditelja u bolnici tijekom dana (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Svakom bolesniku, bez obzira na dob, boravak u bolnici izaziva i pojačanu tjeskobu. Jedan od glavnih ciljeva poticanja komuniciranja s djecom jest pomoći im da umanje tjeskobu (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Ponajprije, neophodno je zadobiti povjerenje i djeteta i roditelja, te iskazati poštovanje prema osobi. Iskrenost je nužan preduvjet za uspostavljanje povjerenja. Djetetu se ne smiju prešućivati bitne informacije, ne smije ga se varati, vjerujući da će ga istina prestrašiti. Naprotiv, ako djeca razumiju što

se zbiva i ako imaju podršku od osoba koje ih okružuju, lakše će prevladati stresne situacije (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Uključivanjem djeteta u razgovor o njegovu liječenju uvažit ćemo ga kao osobu, a proces komunikacije postat će mu važan dodatni oblik emocionalne podrške. Tijekom razgovora djetetu se uvijek treba obraćati imenom i paziti da budemo u visini njegova pogleda. Treba sjesti, čučnuti ili se nagnuti prema djetetu kako ne bismo djelovali zastrašujuće (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Razgovor treba započeti neutralnim temama, dijete treba aktivno slušati te svaku komunikaciju poduprijeti i neverbalnim znakovima. Ako je dijete mlađe ili sramežljivo, prvo se treba obratiti roditelju, dok se starijoj djeci obraćamo neposredno (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

U mlađim dobnim grupama, način komunikacije je potrebno prilagoditi dobi. Dijete u *predjezičnoj fazi* komunikacije plačem reagira na sve novo i nepoznato, pa tako i na zdravstvene djelatnike. Kako bi nas moglo upoznati, treba mu prilaziti s osmijehom, umirujućim tonom glasa, gledati ga u oči i nježno milovati po ruci i leđima. Kad prestane na nas reagirati plačem, znači da nas je upoznalo, pa ga tek tad možemo uzeti u ruke, pričati i igrati se s njim (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Djeci od oko *treće godine* života treba jasno i kratko objasniti što ćemo raditi, a zbivanja je dobro povezivati s dnevnim aktivnostima s obzirom na to da djeca tog uzrasta još nemaju dobro razvijen pojam vremena.

Zbog intenzivnog izražavanja negativnih emocija, djeca u dobi od *3 do 5 godina* života često su agresivna, pa odbijaju suradnju s zdravstvenim djelatnicima. U komunikaciji s njima najvažnije je pomoći im da se osjećaju opušteno te da im bude ugodno u našem društvu (Zakanj, 2008). Da bismo jasno vidjeli u koliko nas mjeri dijete razumije, važno ga je što češće i dugotrajnije gledati u oči dok komuniciramo, biti s njim što je moguće više strpljiv i ohrabrivati ga u komunikaciji, ne prekidati ga dok govorи, ne kritizirati ga niti osudjavati. Za lakše uvođenje u komunikaciju sa zdravstvenim djelatnikom, djetetu treba postavljati kratka i razumljiva pitanja, čime se ono oslobođa straha te počinje opuštenije iznositi svoje misli i osjećaje (Zakanj, 2008).

Za komunikaciju s *predškolskom* djecom dobro je koristiti komunikacijske tehnike poput crtanja, pričanja priča i igru. Pomoću njih dijete može predočiti i savladati situaciju koja mu se inače čini nerazumljivom ili prijetećom. Kako bismo dijete pripremili za dijagnostičku pretragu, invazivnu medicinsku intervenciju ili operaciju, prije postupka treba obaviti 15-minutni razgovor, te mu u tom razgovoru kratko i jednostavno objasniti što ćemo zajedno raditi. Pritom mu treba dopustiti pitanja, koja su nam korisni pokazatelj razumijevanja i spremnosti djeteta na proceduru koja predstoji (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Školska djeca u dobi od *7 do 12 godina* sposobna su verbalno izraziti svoje osjećaje. Konkretnе informacije o tome što će vidjeti, čuti i kako će se osjećati, mogu im se prikazati pomoću primjerenih pisanih materijala ili slika. Djeca često izbjegavaju izravne odgovore na pitanja o svojim osjećajima, pa nam igra ili crtanje mogu biti prikladni načini za otkrivanje emocija (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Nakon što djetetu objasnimo proceduru, tražimo od njega da nam je nacrta, kako bismo vidjeli je li nas dobro razumjelo i postoje li još neki strahovi. Poticanjem djetetova razumijevanja situacije, jača se njegov osjećaj kontrole i otklanja osjećaj bespomoćnosti. Komunicirajući, djecu treba poticati da izraze svoje osjećaje i emocije, dopustiti im da postavljaju pitanja i ispituju, a poželjno ih je nagraditi pohvalom (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Stariju školsku djecu i adolescente** važno je uključiti u razgovor o njihovoj bolesti, planiranju liječenja i skrbi. Mogućnost odlučivanja smanjuje djetetove strahove vezane uz bolest, liječenje ili svakodnevni život (tablica 2) (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Tablica 2. Preporuke za komunikaciju s djetetom u bolnici  
(Lučanin i Despot Lučanin, 2010)

- njegom djeteta treba se baviti jedan, odnosno što manji broj zdravstvenih djelatnika, koji će pružati toplinu i nježnost
- omogućiti roditeljima da budu s djetetom
- stvoriti okolinu koja djetetu pruža osjećaj sigurnosti, pridržavati se djetetova kućnog rasporeda aktivnosti
- ne pokušavati potisnuti djetetovo izražavanje bijesa, već prihvati njegovo ponašanje (plakanje, vrištanje) kao zdravu manifestaciju separacijske anksioznosti
- približiti se djetetu dok plače ili je ljutito i pružiti neverbalnu komunikaciju (dodir) u svrhu pokazivanja prihvaćanja djetetova ponašanja
- održati uzajamno poštovanje u razgovoru s djetetom tako da se ne ismijavaju ili umanjuju njegovi strahovi ili percepcije
- reagirati na emocionalni ton onoga što dijete priča, a ne na sadržaj, pomoći mu da razumije što osjeća (strah, bijes, bespomoćnost) i zašto se tako osjeća
- govoriti polako i smireno, ne treba prestrašiti dijete dugim objašnjenjima
- razuvjeriti ga da nitko nije kriv za njegovu bolest
- dati djetetu igračku ili poznati predmet, po mogućnosti od kuće, koji će ga umiriti i utješiti
- ponuditi djetetu da ispriča priču o nekom događaju ili da opiše što se događa na slici koja mu se pokaže, dopunjavati priču i opis i pomagati djetetu da izrazi svoje osjećaje i izvuče pouku
- budući da djeca uživaju u manipulativnoj i konstruktivnoj igri, pružiti djetetu igračke koje se mogu slagati, ponuditi mu da u igri npr. napravi gips za lutkinu slomljenu nogu, potaknuti ga da ispriča kako je lutka slomila nogu
- ako je potrebno postaviti ograničenja da bi se smanjilo agresivno ponašanje, paziti da ograničenja bude malo i da ih se dosljedno pridržavaju svi zdravstveni djelatnici

**Adolescenti** još uvijek definiraju bolest kao niz simptoma (npr. umor, ograničenje svakodnevne aktivnosti), ali su već u stanju razumjeti pojavu tih simptoma. Zbog mogućnosti sagledavanja vlastite odgovornosti za svoje zdravlje, adolescenti su skloni zatražiti i saslušati savjet zdravstvenog djelatnika kao odraslog stručnjaka. Stoga se zdravstveni djelatnici u komunikaciji s adolescentima trebaju tako i ponašati: niti previše autoritativno, niti previše blisko. U stresnim situacijama, adolescentima je važno kognitivno savladavanje situacije, treba znati da će oni biti sposobni preuzeti kontrolu i odgovornost za vlastiti život, pa ih u tome treba ohrabriti. Međutim, odlikuje ih i konformizam, intenzivna motorička aktivnost te mogućnost utočišta u maštanju (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Zbog toga, pri komunikaciji s adolescentima zdravstveni djelatnici moraju razumjeti da bolest za njih ne znači samo strah od neizvjesnog ishoda i smrti, već ona predstavlja i obilježenost u smislu različitosti od vršnjaka, povredu njihova identiteta i slike o sebi, ili pak slike kakvu bi oni željeli da drugi imaju o njima (Kocijan Hercigonja, 2009).

Pri pripremi adolescenta za medicinske zahvate ili operaciju neophodno im je dati jasne informacije, uključujući i opis očekivanih senzornih iskustava. Ako je to moguće, dobro im je pustiti snimke vršnjaka sa sličnim iskustvima. Osnovno načelo komunikacije s adolescentima je odnositi se prema adolescentima u skladu s njihovim stupnjem razvoja, sposobnostima i potrebama, fleksibilno i individualno (tablica 3) (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Tablica 3. Preporuke za poboljšanje komunikacije s adolescentima  
(Lučanin, Despot Lučanin., 2010)**

- pružiti informacije, protumačiti situaciju i pomoći u sagledavanju adolescentovih emocionalnih doživljaja
- podržati sličnost s vršnjacima, ali istaknuti vrijedne razlike
- informiranjem zajednički planirati i pomoći u donošenju odluka
- poticati kreativne planove suočavanja sa stresom putem mašte
- poticati motoričku aktivnost radi opuštanja
- obratiti pozornost na nagle promjene raspoloženja, znakove agresije, glavobolje, umora, uživanja alkohola i droge te na njih upozoriti nadležnu osobu (liječnika, psihologa)

## **KOMUNIKACIJA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA S RODITELJIMA DJECE I ADOLESCENATA**

Zdravstveni djelatnik koji radi s djecom mora usko suradivati i s njihovim roditeljima. Roditelji od zdravstvenih djelatnika očekuju iscrpne informacije o stanju djeteta, planu i ishodu liječenja. Pritom treba znati da su roditelji u sličnom emocionalnom stanju kao i njihova djeca, uplašeni i tjeskobni, pa vrlo često zbog te pojačane tjeskobe ne čuju što im je rečeno ili ne zapamte da im je išta rečeno (Kocijan Hercigonja, 2009). Zbog toga je vrlo važno znati kako komunicirati s roditeljima i postići dobru suradnju koja je potrebna djetetu. Zdravstveni djelatnik mora moći razumjeti roditelje i dati im maksimalnu podršku te im tako omogućiti aktivnu ulogu u procesu liječenja. U komunikaciji s roditeljima treba biti empatičan, omogućiti roditelju da iskaže svoje osjećaje, slušati ga, biti strpljiv i potaknuti ga na postavljanje pitanja o svemu što ga zanima (Kocijan Hercigonja 2009).

## **ZAKLJUČAK**

Komunikacija je bitan preduvjet dobre prilagodbe djeteta na bolest, liječenje i boravak u bolnici. Emocionalne smetnje, koje mogu nastati zbog nerazumijevanja i neuvažavanja razvojnih i emocionalnih potreba djeteta, mogu se prevenirati kvalitetnom komunikacijom.

Prilagodba i pristup komunikaciji s djecom ovisi o njihovoј dobi, odnosno o njihovoј kognitivnoj i emocionalnoj zrelosti. Stoga je važno da zdravstveni djelatnik svoj pristup prilagodi razvojnoj fazi i individualnim potrebama djeteta.

Svakom djetetu i adolescentu treba pristupiti kao prema pojedincu i važno je zadobiti njegovo povjerenje. Naime, samo ako dijete ima povjerenje u osobu s kojom komunicira, može prihvatići ono što mu takva osoba daje ili od njega traži, a što je bitno za proces liječenja.

Cilj uspješne komunikacije jest dobiti i ispravno prenijeti poruku, omogućujući pritom djeci i roditeljima da izraze svoje osjećaje, smanje zabrinutost i napetost. Treba im pomoći da razumiju i na najbolji mogući način rješavaju svoje probleme vezane uz bolest i proces liječenja.

Kako bismo postigli te ciljeve, zdravstveni djelatnici moraju graditi i usavršavati vlastite najznačajnije osobine i vještine uspješne komunikacije: samopouzdanje, otvorenost, srdačnost, poštovanje, empatiju i asertivnost.

## **5. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S OSOBAMA OBOLJELIM OD PSIHIČKE BOLESTI (PSIHJATRIJSKIM BOLESNICIMA)**

**Marija Šilje, bacc. med. techn.**

„Ponekad, nakon razgovora s nekim ljudima, čovjek osjeti potrebu da prijateljski pomiluje kamen, osmehne se drvetu i s puno poštovanja skine kapu pred magarcem.“

Medicinske sestre koje rade u području psihijatrije u kontaktu su s posebno osjetljivim grupama bolesnika. Psihička smetnja ili bolest bolesniku otežava ili onemogućava komunikaciju te je izrazito važno imati usvojeno znanje i komunikacijske vještine u radu s osobama oboljelim od psihičke bolesti. Komunikacija između psihijatrijskog bolesnika i medicinskog osoblja jedan je od najvažnijih aspekata koji uvjetuje već i samo prihvatanje psihijatrijske bolesti, početak liječenja, kao i pružanje zdravstvene njegе takvom bolesniku. Dobra komunikacija na psihijatrijskom odjelu pridonosi pozitivnom ozračju u kojem se bolesnici osjećaju ugodno, čime se postiže motiviranost za liječenje. Način na koji komunicira medicinska sestra ima važnu ulogu u cjelokupnoj njeki jer snažno djeluje na bolesnika, bilo pozitivno bilo negativno. Upravo kvalitetna komunikacija sestre s bolesnikom olakšat će cjelokupni proces zdravstvene njegе psihijatrijskog bolesnika (Moro, Frančišković i sur., 2011). Poznavanje i pravilno tumačenje različitih oblika verbalne i neverbalne komunikacije uvjet je ne samo dobre komunikacije nego i za prepoznavanje mogućih patoloških sindroma/ simptoma kod psihijatrijskih bolesnika (katatoni stupor, psihotična stanja, depresije) (Ribarić Gruber, 2006).

„Prvo riječ, a onda lijek“  
(Hipokrat)

### **USPJEŠNA KOMUNIKACIJA SA PSIHJATRIJSKIM BOLESNIKOM**

Pri pružanju sestrinske skrbi u psihijatriji odjelne medicinske sestre imaju posebnu komunikaciju i bolesniku „nešto daju“ što je za psihijatrijskog bolesnika (koji je najčešće regresivan) neobično važno. Odnos medicinske sestre i bolesnika treba biti u funkciji liječenja bolesnika, a taj se odnos stvara komunikacijom s bolesnikom. Bitno je određen komunikacijskom sposobnošću, kao i stupnjem empatije (suosjećanja), međusobnog uvažavanja, povjerenja, suradnje, profesionalnosti i etičnosti. Važno je naglasiti da psihijatrijska medicinska sestra razgovarajući s bolesnikom ne gubi vrijeme, već je upravo ta komunikacijska vještina važan dio u cjelokupnom procesu zbrinjavanja psihijatrijskog bolesnika (Moro, Frančišković i sur., 2011).

Da bi medicinska sestra bila uspješna u provedbi aktivnosti koje će pridonijeti zadovoljenju bolesnikovih potreba, mora s njim stvoriti odnos povjerenja i prihvatanja u kojem će bolesnikova osobnost doći do punog izražaja. Medicinska se sestra treba aktivno zanimati za bolesnika, njegove potrebe i probleme. Ponekad medicinska sestra može pomisliti da nema smisla nastaviti komunikaciju

s bolesnikom koji ne odgovara na njena pitanja. Ali upravo u takvim situacijama, njezino komunikacijsko umijeće može postići željeni cilj (Moro, Frančišković i sur., 2011).

Bolesniku treba dati priliku da progovori i često mu na suptilan način pokazati spremnost da ga se sluša. Osobito je važno pravilno iskoristiti trenutke šutnje koji mogu potrajati puno duže nego u uobičajenoj komunikaciji. Znati slušati preduvjet je za uspješnu komunikaciju (Moro, Frančišković i sur., 2011). Većina ljudi želi govoriti, ali je vrlo malo onih koji žele slušati. Psihijatrijski bolesnik može imati problem koji ga muči dulje vrijeme, a nije ga spreman iznijeti pred bilo kime. Važno je da medicinska sestra stvori dobro ozračje i pokaže bolesniku da ga je spremna slušati (Moro, Frančišković i sur., 2011). Važna je dobra volja i vrijeme koje će medicinska sestra odvojiti za razgovor s bolesnikom, tako da može razgovarati bez žurbe i da pritom ne radi ništa drugo. Tako punu pozornost može posvetiti bolesniku. Međutim, svakodnevna se komunikacija često svodi na usputne razmjene osnovnih informacija, pri čemu medicinska sestra najčešće radi nešto drugo, a nije u prilici bez žurbe razgovarati s bolesnikom (Moro, Frančišković i sur., 2011).

U razgovoru medicinska sestra ne smije biti nestrpljiva i rastresena. Treba imati dovoljno vremena za svakog bolesnika. Ona mora organizirati vrijeme za slušanje jer bolesnik ne smije imati dojam da je on sprječava u drugim aktivnostima ili da je živcira. Naime, u suprotnom, bolesnik može razviti osjećaj nepovjerenja i odbacivanja ili osjećaj da nije dovoljno važan da se netko njime bavi. Medicinska sestra treba biti suosjećajna slušateljica (Moro, Frančišković i sur., 2011).

Svi znamo da je važno pokušati izraziti se jasno i precizno te argumentirati svoje tvrdnje bez uvreda i galame. Sve to nije uvijek lako i primjeniti. Često se zaboravlja da je umijeće slušanja jednako važno, ako ne i važnije, kao i priopćavanje svojih poruka. Pažljivo slušanje potrebno je kako bi se izbjeglo pogrešno tumačenje onoga što je bolesnik izrekao (Moro, Frančišković i sur., 2011).

Ako ne slušamo ono što nam bolesnik govori, to će se doživjeti kao znak nepoštovanja, nezainteresiranosti i nebrige, a promaknut će nam i mnogo važnih informacija. Medicinska sestra od psihijatrijskog bolesnika može čuti mnogo toga što bi ostale ljude moglo šokirati, no ona ga zbog toga ne smije osuditi, već mu mora pomoći. Bolesnik može posebno željeti razgovor s točno određenim članom terapijskog tima (Moro, Frančišković i sur., 2011). U nekoj situaciji bolesnik može dati prednost razgovoru s medicinskom sestrom, a u drugoj razgovoru s liječnikom. Međutim, ni jedan član tima taj bolesnikov izbor ne smije doživljavati ni kao poraz ni kao pobjedu, u smislu veće važnosti pojedine struke (Moro, Frančišković i sur., 2011), već profesionalno.

Bolesnik će u većini slučajeva lakše stupiti u kontakt s medicinskom sestrom koju poznaje iz prijašnjih hospitalizacija, s kojom je već ranije imao dobru komunikaciju. Prethodno poznavanje psihijatrijskog bolesnika (često su psihijatrijski bolesnici kronični, s više hospitalizacija) svakako olakšava sam pristup bolesniku i komunikaciju. Ponašanje bolesnika, gestikulacija i govor (npr. crven u licu, tmuran, znojan, maše rukama, ubrzano i prijeteći govor) svakako će nam biti smjernica kako pristupiti i kako komunicirati (Moro, Frančišković i sur., 2011).

Psihijatrijski bolesnici lako prepoznaju (ne)iskrenost i ono što mi kao terapeuti osjećamo, naš strah i našu nesigurnost. Samopouzdana medicinska sestra koja voli rad s psihijatrijskim bolesnikom, koja je svjesna same sebe i koja zna što radi u svakom trenutku (a za to je potrebno iskustvo, educiranost, vještine, priznanje i prihvaćenost u timu) može bolje kontrolirati situaciju jer daje osjećaj poštovanja i sigurnosti. Bolesnik kojega zaprimi takva medicinska sestra lakše prihvaca hospitalizaciju, postaje suradljiv, što sve skupa olakšava liječenje i skraćuje vrijeme hospitalizacije (Moro, Frančišković i sur., 2011).

Bolesnik koji je tijekom hospitalizacije uspostavio dobru komunikaciju sa zdravstvenim osobljem lakše će prihvatiti redovne liječničke kontrole. Bolesnici koji imaju dobru komunikaciju s medicinskim sestrama i liječnicima imaju i bolju kontrolu nad bolesti, duge remisije, što i jest cilj u liječenju osoba s psihijatrijskom bolesti. (Moro, Frančišković i sur., 2011).

## TERAPIJSKO OKRUŽENJE I TERAPIJSKA KOMUNIKACIJA NA PSIHIJATRIJSKOM ODJELU

Na psihijatrijskom se odjelu nastoji razviti ozračje s pozitivnim, optimističkim stavom. Bolesnici su najbliži medicinskim sestrama jer s njima provode najveći dio vremena i stalno su u izravnom kontaktu. Medicinske im sestre dijele terapiju, daju hranu i stalno brinu o njima (Klain, Gregurek i sur., 2007). Sam odnos bolesnika prema liječenju, zdravstvenoj njezi, prihvatanju savjeta, kao i samom prihvatanju bolesti, u velikoj mjeri ovisi upravo o odnosu medicinske sestre prema bolesniku, odnosno o komunikaciji koju razvijaju prema bolesniku. Bolesnika razumijemo, prihvaćamo, bez obzira na njegove sposobnosti, mogućnosti, navike, kulturne sredine iz koje dolazi (Klain, Gregurek i sur., 2007). Posebno je važno razvijanje dobrih međuljudskih odnosa, jer osoblje čini neku vrstu terapijske zajednice. Zajednička izgradnja tih odnosa ima središnje značenje u terapijskom procesu (Klain, Gregurek i sur., 2007).

**Terapijski odnos medicinska sestra - bolesnik** može imati povoljan, terapijski učinak, tj. biti u funkciji liječenja bolesnika. Ako se na stanje bolesnika odražava negativno ili neutralno, naziva se **antiterapijskim procesom**. **Terapijski odnos** se gradi terapijskom komunikacijom s bolesnikom, ali i s drugim članovima tima (liječnici, socijalni radnici, psiholog, druge medicinske sestre, bolesnikova obitelj i prijatelji) (Klain, Gregurek i sur., 2007). Medicinske su sestre vrlo važna karika u pravom psihijatrijskom timu i mnogo pridonose radnom uspjehu tima jer o bolesniku imaju mnogo podataka koje ostali članovi tima nemaju. Može se reći da medicinske sestre imaju i „posebnu“ komunikaciju, one bolesniku daju „nešto“ što je za psihijatrijskog bolesnika, koji je regresivan, neobično važno (Klain, Gregurek i sur., 2007). Uloge bolesnika i medicinske sestre suprotne su, ali komplementarne: jedna strana traži pomoć, a druga je može pružiti. Komunikacija je zapravo razmjena poruka, a važno je paziti da te poruke ne budu parcijalne, kontaminirane, etiketirajuće, sarkastične, negativne usporedbe, optužujuće, prijeteće ili ucjenjujuće (Koić, 2008). Naime, komunikacija zadovoljava potrebe, kao što su potreba za stimulacijom, za kontaktom, pripadanjem i ljubavlju, za priznanjem, za sigurnošću, za strukturiranjem i osmišljavanjem vremena, za moći, za slobodom, za samoaktualizacijom (Koić, 2008). Komunikacijski problemi koji blokiraju kvalitetu komunikacije jesu: proturječe, kritiziranje, moraliziranje, ismijavanje i postidivanje, držanje lekcije i prijetnja (Koić, 2008).

**Terapijska komunikacija** je vještina kojom se s bolesnikom razvija odnos povjerenja, osiguravajući mu prihvatanost, potporu, savjete, uvjete za promjenu stavova i ponašanja.

Može se reći da o terapijskoj komunikaciji govorimo kada ona pridonosi (Koić, 2008):

- razvoju terapijskog odnosa medicinska sestra – bolesnik
- prihvatanju bolesnikova uvida u problem i porast samosvijesti
- porastu samopoštovanja i povjerenja bolesnika u sebe i u druge
- bolesnikovu usvajanju novih znanja i stjecanju novih vještina

- autonomiji ličnosti i njegovoj neovisnosti i samostalnosti
- smanjenju anksioznosti i popravljanju raspoloženja
- otklanjanju autoagresivnog i heteroagresivnog ponašanja
- željenoj promjeni u bolesnikovu ponašanju
- boljoj orijentaciji bolesnika u vremenu, prostoru i prema drugim osobama.

Terapijskom komunikacijom djelujemo na bolesnikove osjećaje, misli i ponašanje, mijenjajući ih u pozitivnom smjeru (Ribardić i Vidoša, 2014; Prlić, Rogina i Muk, 2008).

*Vještine terapijske komunikacije u radu sa psihijatrijskim bolesnikom* su brojne, pa ih medicinska sestra mora nastojati poboljšati i razvijati radom na sebi:

- *smanjenje napetosti/anksioznosti* - postiže se dopuštanjem bolesniku da napreduje svojim tempom u skladu s mogućnostima, da iskaže svoje probleme onoliko koliko sam želi, ne inzistirajući odmah na temama koje su za njega izvor anksioznosti,
- učenjem tehnika opuštanja
- *postavljanje otvorenih pitanja* - pitanja koja zahtijevaju cjelovit odgovor, ona koja počinju s „gdje, što, kada“, a na njih se ne može odgovoriti s DA ili NE
- *traženje pojašnjenja* - razjašnjavanje bolesnikovih nejasnoća i općenitih izjava, npr. promjena bolesnikove općenite konstatacije „Nitko me ne voli“ poticanjem odgovora na pitanje „Na koga mislite kad kažete da vas nitko ne voli?“
- *konfrontacija/suočavanje* – nastojanje da se bolesniku ukaže na nejake ili nelogične tvrdnje poticajnom uputom, npr. „Govorite kako se dobro osjećate, a izgledate tužni.“
- *procjena razumijevanja* - provjera je li ono što ste vi shvatili doista ono što je bolesnik mislio, što je želio poručiti
- *empatijsko razumijevanje* – usmjeravanje bolesnika na pitanje kako on sam vidi određeni problem i na koje bi ga načine želio riješiti
- *intervencija u okolini* - poštivanje privatnosti, razgovor u mirnoj prostoriji
- *orientacija na ovdje i sada* - pitanjima upućenim pacijentu usmjeravanje interakcije na neposredne događaje i sadašnje osjećaje, npr. „Kako se osjećate sada?“
- *davanje informacije* – bolesniku je potrebno dati sve informacije koje će mu pomoći u poželjnem viđenju te situacije i poželjnom reagiranju na određenu situaciju
- *vodenje razgovora* - pomoći bolesniku da detaljnije i dublje opiše događaje i osjećaje uputom, npr. „Recite mi nešto više o tome kako se osjećate u vezi s...“
- *zrcaljenje/reflektiranje* - promatranje bolesnika i davanje povratne informacije o njegovu ponašanju, npr. „Djelujete ljuto.“ ili „Djelujete tužno.“
- *orientacija na stvarnost* - ispravljanje bolesnikovih nerealnih percepcija, npr. konstatacijom „To nije sirena, to je pas.“
- *kognitivno restrukturiranje* - pomoći bolesniku da se orientira na pozitivne ishode u životu i pomoći mu unaprijediti samopoštovanje i pozitivnu sliku o sebi
- *izražavanje dvojbe* - dati bolesniku na znanje da ne vidite događaje takvim kao što ih vidi on
- *verbalizacija naznačenog* - npr. priopćite bolesniku „Kažete da ste ljuti na sve oko sebe, jeste li ljuti i na mene?“;

- *sažimanje* - sažmite u jednoj izjavi nekoliko ideja, osjećaja i odnosa među njima (Ribardić i Vidoša, 2014).

*Odrednice/sposobnosti uspješne komunikacije* s bolesnikom su:

- *empatija/simpatičnost* - sposobnost razumijevanja i dijeljenja tuđih emocija, uz pozitivnu naklonjenost toj osobi
- *biti na raspolaganju bolesniku* - imati dovoljno vremena baviti se njime
- *steći povjerenje* – pobuditi u bolesnika s kojim se razgovara bliskost i doživljaj sigurnosti;
- *suradnja* - izbjegavati stvarati ovisnost bolesnika o vama, težiti njegovu osamostaljivanju i poticati ga na to
- *profesionalnost* - ponašati se sukladno stručnim i znanstvenim načelima svog posla, držati se termina i obveza, poštivati tuđa prava, kulturno se odnositi, kontrolirati svoje reakcije, racionalno se ponašati kad osoba pokazuje kritiku, ljubav, divljenje ili mržnju
- *individualni pristup* – ponašati se drugačije prema različitim pojedincima, jer svatko ima svoju posebnost
- *polaziti iz pozitivne egzistencijalne pozicije* - ja sam dobro, ti si dobro; ja sam OK, ti si OK
- *etika* - usmjeriti se na dobrobit bolesnika (Ribardić i Vidoša, 2014).

**Ponašajne odrednice** odnosa između medicinske sestre i psihijatrijskog bolesnika odnose se na potporu bolesniku, a pri planiranju intervencija važno je imati na umu stavove i osjećaje koji su važni za potporu bolesniku

**Potpore bolesniku** znači da su sve sestrinske intervencije usmjerene na to da podrže bolesnika u nošenju s različitim situacijama i učenju iz iskustva (Ribardić i Vidoša, 2014).

*Stavovi i osjećaji koje treba imati na umu pri planiranju sestrinskih intervencija* su:

- *privatnost* - može biti kulturno specifična, treba poštovati korisnikove granice, no također paziti da se sama medicinska sestra ne doima udaljenom i rezerviranom; treba znati čuvati osobne granice, jer bolesnici često žele doznati nešto više o medicinskoj sestri
- *humor* - može smanjiti razinu napetosti, opustiti terapijsko okružje i socijalne strukture od kojih se sastoji; međutim, treba voditi računa o kulturnoškim strukturama bolesnika (porijeklo, etničke, rodne i druge specifičnosti)
- *empatija* - sposobnost uživljavanja (no bez proživljavanja) jedna je od najčešćih karakteristika koje opisuju medicinsku sestru;
- *dodir* - ovdje također treba poznavati potrebe i kulturna obilježja bolesnika, kao i onu medicinske sestre, jer je dodir prijeko potreban u njezi i brizi za bolesnika, ali ako nije adekvatan, može i korisniku i medicinskoj sestri uvjetovati neugodu, a kod agitiranih ili paranoidnih psihijatrijskih bolesnika može potaknuti i agresiju
- *seksualnost* - ne uključuje samo seksualni čin nego je integralni dio ljudske ličnosti; najčešće svaki pojedinac u nekom dijelu svog života iskusi stres koji je vezan za seksualnost i njezinu ulogu (Ribardić i Vidoša, 2014).

## KOMUNIKACIJA SA SPECIFIČNIM TIPOVIMA PSIHJATRIJSKIH BOLESNIKA

### Komunikacija s hitnim psihijatrijskim bolesnikom

*Hitnim stanjem u psihijatriji* smatra se svako stanje u kojem su prisutne promjene u misaonu sadržaju, emocionalnom stanju, interakciji s okolinom i načinu na koji se osoba odnosi prema okolini. Stoga takva osoba (bolesnik) zahtijeva hitno liječenje kako bi se smanjile patnje i moguće ozljede bolesnika ili njegove okoline. Hitni psihijatrijski bolesnici najčešće su uzinemireni, provokativni, prijeteći i agresivni, te ih često privodi policija. Pri prvom kontaktu s bolesnikom, blagim i smirenim tonom treba nastojati pridobiti njegovo povjerenje i pokušati smekšati njegovu agresiju (Koić, 2008).

U komunikaciji s *hitnim psihijatrijskim bolesnikom* potrebno je učiniti sljedeće *intervencije*:

- graditi odnos s bolesnikom utemeljen na empatiji, iskrenosti, prihvaćanju
- razvijati odnos u kojem se bolesnik može ljutiti a da pritom ne reagira agresijom
- stvarati terapijsko okružje, rješavati konflikte
- primjenjivati individualiziran pristup bolesniku
- predvidjeti mogućnost agresivnog ponašanja bolesnika i primjereno pravodobno djelovati u smjeru suzbijanja takve vrste ponašanja
- poštovati bolesnikovu potrebu za osobnim prostorom, ukloniti iz okoline ono što bolesnika plavi
- ne optuživati bolesnika i tako mu pojačati osjećaj krivnje
- ne izazivati bolesnika, ne pokazivati vlastiti strah i paniku; izbjegavati nagle pokrete i ne zanemarivati vlastitu sigurnost (Sedić, 2006).

### Komunikacija sa psihotičnim bolesnikom

Teškoće u komunikaciji sa psihotičnim bolesnikom povezane su s prirodom njegova poremećaja. Medicinska definicija *psihoze* opisuje duševnu bolest koja se uglavnom odlikuje poremećajem odnosa prema realnosti, poremećajem u mišljenju, osjetilnim varkama (iluzije, halucinacije i sumanute ideje) i poremećajem emocionalne ekspresije. Ti simptomi mogu biti zastupljeni ili pojedinačno ili u različitim kombinacijama. Oboljeli od *psihoze* imaju očuvana osjetila, ali ne mogu na odgovarajući način obraditi ono što čuju, vide, mirisu ili dodiruju. Govor psihotične osobe često je siromašan i ograničen te održava poremećenu percepciju, mišljenje, emocije i motivaciju. *Komunikacija psihotičnog bolesnika* u pravilu je govorenje nesvjesnih sadržaja, govorenje prosječnim ljudima "nerazumljivim" jezikom. Izraz lica psihotične osobe ne odgovara verbalnoj poruci, a često izražavaju nelogične misaone procese u obliku iluzija, halucinacija i sumanutih ideja. Komunikacija sa psihotičnim bolesnikom stoga je izazov posebne vrste. Naime, nitko kao psihotična osoba ne provjerava tako strogo autentičnu međuljudsku komunikaciju nas "normalnih", stavljajući nas na teška iskušenja da u strahu odustanemo ili se oholo "uzvisimo", zaključujući da su oni (psihotični) niža ljudska vrsta, koja je "prolupala" pa ne zna što govori (Lučanin i Despot-Lučanin, 2010; Lilić, 2012).

*Intervencije medicinske sestre kod psihotičnih bolesnika* usmjerene su na olakšavanje komunikacije. Naime, komunikacija s njima može se poboljšati čineći sljedeće:

- u komunikaciji s bolesnikom bitno je strpljenje i poštovanje
- poticati bolesnika da opširnije odgovori na pitanja, da uspostavi socijalni kontakt te počne komunicirati s drugim bolesnicima
- bolje su kraće razmjene, jednostavnije kratke rečenice i uporaba različitih oblika socijalnih poticaja, kao što su npr. šetnje, igre, časopisi, uređivanje kose ili noktiju, da bi se bolesnika što bolje uključilo u interakciju s medicinskom sestrom
- nije dobro direktno proturječiti bolesnikovim sumanutim idejama ili halucinacijama, već je bolje pokušati otkriti što se krije iza sumanutih poruka (često se iza njih krije osjećaj straha ili bespomoćnosti)
- ne smijemo izbjegavati komunikaciju – takvu je komunikaciju psihotični bolesnik sklon protumačiti kao postupak protiv njega, pa nam može uzvratiti još agresivnije ili mu to može izazvati želju za osvetom
- ako bolesnik osjeti da smo proniknuli u njegove stvarne osjećaje, koji su prikriveni poremećenim mišljenjem, ako osjeti da ih razumijemo i prihvaćamo, razvit će prema nama osjećaj povjerenja (Moro, Frančišković i sur., 2011; Lučanin i Despot-Lučanin, 2010).

### Komunikacija s depresivnim bolesnikom

*Depresija* je psihički poremećaj koji može imati različite stupnjeve težine. *Znakovi depresije* su: osjećaj potištenosti, plačljivost, gubitak samopoštovanja, usporenost misli i aktivnost, zabrinutost, gubitak interesa, teškoće spavanja i apetita, žaljenje na tjelesne simptome, pseudodemencija, suicidalne misli. Osoba se može osjećati bespomoćnom i nesposobnom za savladavanje vlastita identiteta i svrhovitosti. Depresivni bolesnik u početku bolesti često je nekomunikativan, neaktivovan, a ponekad je negativističan i suicidalan. Važno je pokušati uspostaviti komunikaciju i održati je, iako osoba samo plače ili ne pokazuje interes za razgovor. Depresivnog je bolesnika bitno potaknuti na razgovor (Lučanin i Despot-Lučanin, 2010).

*Intervencije medicinske sestre kod depresivnog bolesnika* usmjerene su na olakšavanje komunikacije, u smjeru njegova poticanja na razgovor:

- poticati ga na komunikaciju s drugim bolesnicima
- odvojiti dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom
- suzdržavati vlastitu dosadu, frustracije ili ljutnju
- pozorno promatrati bolesnika, njegove verbalne i neverbalne znakove
- neverbalno mu pokazivati suošćenje i razumijevanje (nagnuti se prema bolesniku, gledati ga u oči)
- objasniti mu svrhu razgovora
- pitati bolesnika o njegovu kognitivnom statusu, zašto je nešto uradio, sjeća li se što je uradio
- koristiti izraze potkrjepljenja bolesniku (npr. „Vidim da vam je teško govoriti o tome“)
- postavljati mu pitanja na koja može odgovoriti kratkim i jednostavnim odgovorima
- razgovor s njim treba biti otvoren, pun razumijevanja, kao i povjerenja

- pažljivo i odlučno ispitivati bolesnika o eventualnim suicidalnim namjerama, bez straha da će mu ispitivanje pogoršati stanje
- upozoravanjem bolesnika na prisutnost suicidalnih ideja u svih depresivnih bolesnika kod njega se stvara osjećaj manje izoliranosti i narušenosti, dok se na taj način samom bolesniku objašnjava njegovo ponašanje (Moro, Frančišković i sur., 2011; Lučanin i Despot-Lučanin, 2010).

## Komunikacija s tjeskobnim/anksioznim bolesnikom

**Anksioznost ili tjeskoba** pretjerana je zabrinutost bez primjerenog uzroka. Ona je neugodan osjećaj ustrašenosti od nepoznate opasnosti praćen osjećajem bespomoćnosti. Osoba ima osjećaj da će se nešto strašno dogoditi, iako ne može odrediti što. Zabrinutost može prijeći u paniku. Manifestacije anksioznosti su psihičke (osjećaj nesigurnosti, straha, nelagodnosti, povećana nervozna, nemir, nesposobnost koncentracije, nesanica), ali i brojne tjelesne (napetost u glavi, ramenima, ledjima, nogama, tremor prstiju, vjeda, osjećaj ubrzanog rada srca, nepravilno disanje prekidano uzdasima, znojenje, crvenjenje u licu, a mogu se pojaviti mučnina, povraćanje i proljev) (Moro, Frančišković i sur., 2011). Moguće je da neki stresni događaj izazove ovakvu reakciju. Povećana tjeskoba smanjuje sposobnost objektivne procjene situacije, odlučivanja i poduzimanja akcija. Ako je reakcija prejaka ili dugotrajna, onda upućuje na poremećaj. Osnova je cijelokupnog terapijskog djelovanja medicinske sestre u radu s anksioznim bolesnicima usmjerenja na smanjenje tenzije. Njezina emocionalna toplina, spremnost da razumije i reagira, stvara i produljuje odnos između nje i bolesnika. Da bi medicinska sestra uopće mogla pomagati tim bolesnicima, ona osim teorijskog znanja mora posjedovati empatijski kapacitet. Osnovna vještina medicinske sestre važna za rad s takvim bolesnicima jest dobro opažanje i sposobnost prikupljanja bitnih podataka. Slušanje bolesnika aktiviran je proces u kojem medicinska sestra, osim što dobiva podatke o njemu, stvara i osnovu za radni savez s njim. Osnova kvalitetnog komunikacijskog pristupa anksioznim bolesnicima bezrezervna je spremnost da se ustraje u pokušajima da se bolesniku vrati osjećaj sigurnosti i povjerenja. Takvim osobama treba pomoći u vraćanju samopouzdanja i ravnoteže koje su imali prije anksioznosti. Razgovor s anksioznim bolesnikom može otkriti što leži iza trenutačne anksioznosti, a može mu pomoći i u ublažavanju anksioznosti. Razgovor je važan kako bi bolesnik uvidio da se medicinska sestra brine o njemu, da ga poštije kao osobu i prihvata sa svim njegovim manama i vrlinama (Moro, Frančišković i sur., 2011).

Da bismo *anksioznog bolesnika potaknuli na razgovor*, potrebno je provesti sljedeće intervencije:

- biti smiren i odvojiti dovoljno vremena za razgovor s njim
- objasniti mu da i mnogi drugi ljudi osjećaju tjeskobu
- ako bolesnik previše priča, usmjeravati ga sažimanjem i tumačenjem koje podatke trebamo
- treba mu točno kazati što očekujemo od njega za vrijeme i nakon razgovora
- ako zahtijeva dodatna objašnjenja, valja ga uvjeriti da će doznati sve što ga se tiče (Moro, Frančišković i sur., 2011; Klain, Gregurek i sur., 2007; Lučanin i Despot-Lučanin, 2010).

## Komunikacija s agresivnim bolesnikom

**Agresivnost** je nasilna, neprimjerena i neadaptivna verbalna ili fizička aktivnost koja ozljeđuje i ošteće druge i okolinu. **Agresija** je reakcija na frustraciju, tj. na nemogućnost osobe da postigne neki cilj (Moro, Frančišković i sur., 2011). Bolesnik može svoj bijes usmjeriti na nas zato što je preplašen i bespomoćan ili kad se osjeća ugroženim. Agresivni bolesnik često izaziva strah u psihijatrijskih djelatnika, što utječe na otežani pristup i komunikaciju s takvim bolesnikom (Moro, Frančišković i sur., 2011). Važno je znati prekinuti agresivni krug, tj. ne odgovarati agresijom na agresiju. Cilj intervencije medicinske sestre jest smiriti osobu. Jednom prepoznata bolesnikova agresija zahtijeva oprezan pristup. Ne treba se suprotstaviti osobi ili joj prijetiti, već je bolje uspostaviti smirenju atmosferu s normalnim odvijanjem aktivnosti (Moro, Frančišković i sur., 2011). Potrebno je potražiti pomoć drugih osoba. Pri prvom kontaktu s agresivnim bolesnikom, blagim i smirenim tonom treba nastojati pridobiti njegovo povjerenje i pokušati smekšati njegovu agresiju.

Da bismo *agresivnu osobu potaknuli na razgovor*, potrebne su sljedeće intervencije:

- medicinska sestra mora biti smirena, iskrena i otvorena
- treba znati procijeniti je li bolesnik uzrujan, nemiran ili spremjan eksplodirati
- pokazati mu volju za razgovorom i slušanjem
- priznati mu da je ljut i uznemiren
- znati upozoriti bolesnika da nasilno ponašanje nije prihvatljivo
- držati se na sigurnoj udaljenosti: ni preblizu, ni previše daleko od bolesnika
- ne pokušavati prekinuti bolesnikov ispad, ne upozoravati ga da ne psuje, ne prijetiti mu
- potrebno mu je postavljati otvorena pitanja kako bismo ga potakli da priča
- ne pokazivati mu slaganje ako se s čim ne slažemo, ne obećavati mu nešto što se ne može ispuniti, biti prema njemu iskren i pokazati mu razumijevanje
- dati bolesniku mogućnost izbora
- nastojati razuvjeriti i opustiti bolesnika
- znati da su ljudi agresivniji kad se osjećaju prisiljeni na nešto, pa se ne smije ostaviti dojam da ga se na nešto prisiljava
- ne govoriti bolesniku stojeći iza njega, ne dodirivati ga, ne priječiti mu prolaz
- ne primati izrečene uvrede osobno, jer tako i sami možemo postati agresivni
- treba biti na oprezu sve dok agresivna epizoda ne završi, jer u trenutku nepažnje može doći do pogreške
- ako je potrebno pozvati pomoć, potrebno je da medicinska sestra barem djelomično kontrolira situaciju, dok pomoć ne stigne
- ako bolesnik odbija lijek i ponaša se prijeteće, moramo mu reći da će u tom slučaju biti tjelesno onesposobljen ili izdvojen od drugih (Moro, Frančišković i sur., 2011; Lučanin i Despot-Lučanin, 2010).

## Komunikacija s bolesnikom u akutnom opitom stanju

*Alkoholna intoksikacija* posljedica je jednokratnog pijenja alkoholnog pića.

Pri susretu s *bolesnikom u akutnom opitom stanju* medicinsko osoblje mora učiniti sljedeće intervencije:

- ostati miran, predstaviti se bolesniku i uspostaviti s njim kratki kontakt očima
- ne treba se prema bolesniku postaviti izazivački, niti tražiti od njega da se smiri
- po potrebi, na neupadljiv način treba pozvati pomoć
- razgovor s takvim bolesnikom bolje je obavljati u većim prostorijama, jer se alkoholizirani bolesnik u maloj prostoriji može osjećati zatvorenim u klopu
- može pomoći tzv. „Da, ali“ taktika, npr. “Da, slažem se s vama, ali možda bi bilo dobro...” (Loncović, 2012).

## Komunikacija sa psihiatrijskim bolesnikom koji ima kognitivne poteškoće

*Kognitivni deficit* uključuje stanje kad je u bolesnika prisutan poremećaj u mentalnim aktivnostima poput pamćenja, mišljenja, orijentacije, rješavanja problema, donošenja odluka i razumijevanja. Kognitivne (spoznajne) funkcije mogu biti poremećene zbog djelovanja fizioloških čimbenika, utjecaja iz okoline ili pacijentova emocionalnog stanja. *Poremećaj misaonog procesa* stanje je u kojem je u bolesnika prisutan poremećaj u kognitivnim funkcijama (mišljenje, orijentacija, rješavanje problema, donošenje odluka, razumijevanje, procjena, suočavanje) i aktivnostima (Lučanin i Despot-Lučanin, 2010).

Da bi komunikacija s *osobom u kognitivnom deficitu* bila što bolja, potrebno je provesti sljedeće intervencije:

- ne dodirivati bolesnika, dok se s njim ne uspostavi odnos povjerenja
- usmjeriti se na sada i ovdje: ako je bolesnik dezorientiran, ne ismijavati ga, već s njime treba raspravljati o tome što on doživljava
- u slučaju nepovezanih misli i halucinacija bolesnika, ne donositi odmah odluke, već bolesnika treba zamoliti da protumači ono što doživljava
- treba bolesniku govoriti u kratkim rečenicama, ponavljati mu i davati upute jednu po jednu
- komunikacija dodirom djeluje umirujuće: obično se bolesniku dodiruju šake, ramena leđa i ruke; naime, dodir pojačava verbalnu poruku
- ako bolesnik ponavlja iste rečenice više puta (*verbigeracija*), pokušati ga usmjeriti na to da kaže nešto što će omogućiti uvid u sadržaje koji nas zanimaju, odnosno što je povezano s ponavljanom pričom, ili mu treba pomoći sažeti priču
- izbjegavati davanje obećanja bolesniku koja se ne mogu ispuniti, objasniti mu kad nešto ne možemo učiniti
- u slučaju agresivnih reakcija na frustracije (tzv. katastrofične reakcije), osobu valja maknuti iz situacije koja izaziva ispad ili pak odgoditi rješavanje situacije (Sedić, 2006; Lučanin i Despot-Lučanin, 2010; Čukljk, 2005).

## KAKO SA PSIHIJATRIJSKIM BOLESNIKOM RAZGOVARATI O DIJAGNOZI?

*Razgovor o dijagnozi* sa psihijatrijskim bolesnikom uvijek treba biti u okviru psihoterapijskog pristupa bolesniku. Većina bolesnika nije sa svojim liječnikom razgovarala o dijagnozi, mnogi svoju dijagnozu ne znaju ili znaju samo naziv te dijagnoze bez znanja o tome što ona zapravo uključuje. Važno je pitati bolesnika koliko informacija on zapravo želi (Đorđević, Braš i Brajković, 2013). U većini istraživanja, bolesnici su istaknuli da žele liječnika koji je upoznat s najsvremenijim istraživanjima i terapijskim mogućnostima, koji će ih informirati o najboljim mogućnostima liječenja, koji će imati vremena odgovoriti na sva pitanja, koji će biti iskren o ozbiljnosti bolesti, koji će se koristiti jednostavnim jezikom, a vijesti priopćiti izravno, uz potpunu pažnju usmjerenu bolesniku.

Način na koji bi trebalo *razgovarati o dijagnozi sa psihijatrijskim bolesnikom* (Štrkljar-Ivezić, 2011; Đorđević, Braš i Brajković, 2013):

- s bolesnikom uvijek treba razgovarati o dijagnozi
- bolesnik ima pravo na informacije o svom stanju, a informiranost nije samo stručna i etička nego i zakonska obveza
- u razgovoru o dijagnozi osnovno je postići da bolesnik, na njemu razumljiv i prihvatljiv način, dobije objašnjenje o kojoj se bolesti/ poremećaju radi, o simptomima bolesti, o uzrocima nastanka bolesti, o načinima liječenja i o tome što on sam može učiniti kako bi ishod liječenja za njega bio povoljniji
- dijagnozu možemo priopćiti tek kad smo posve sigurni o čemu se radi, kada nemamo nedoumice, i to na obazriv način, koji nudi mogućnost nade
- ako pak imamo nedoumice povezane s dijagnozom, potrebno ih je bolesniku reći na obazriv način
- bolesniku nije potrebno davati izjave o nepovoljnim prognozama bolesti, jer to ne pomaže ni bolesniku ni obitelji, a tijek bolesti ovisi o mnogobrojnim čimbenicima te se može s vremenom izmjeniti
- od početka je dobro bolesniku omogućiti da postavlja sva pitanja vezana uz dijagnozu, na koja moramo biti spremni dati prikladne odgovore
- o dijagnozi, bolesti, poremećaju, ovisno o situaciji, možemo govoriti koristeći pojam *psihoza*, pogotovo ako se radi o prvoj epizodi bolesti; naime, pokazalo se da se simptomi nakon prve epizode mogu promijeniti u različitim smjerovima (shizofrenija, shizoafektivni ili bipolarni poremećaj, nespecificirani psihotični poremećaj, a može se raditi o samo jednoj epizodi)
- pojam *psihoza* vrlo je uvriježen i često ga bolesnici dobro prihvataju, pa predlažemo da se koristi dok nam god nije jasno o kojem se poremećaju radi, a možemo ga nastaviti koristiti i dalje ako nam se to čini prikladnijim u interesu bolesnika
- važno je informirati bolesnika o našim razgovorima s obitelji bez njegove prisutnosti i objasniti mu da ti razgovori služe prikupljanju više informacija koje bi bile korisne u planiranju njegova liječenja;
- važno je da bolesnik doživi da je on u fokusu interesa te da su mu članovi obitelji saveznici i pomagači
- ako se to ne učini, bolesnik može pomisliti da smo mi u nekom, za njega nepovoljnem, savezništvu s obitelji

- otvoreni razgovor o dijagnozi smanjuje negativne misli koje bolesnik vezuje za svoju dijagnozu i koje mogu negativno djelovati na ishod liječenja
- bitno je da bolesnik shvati da o svim pitanjima vezanim uz bolest može razgovarati s medicinskom sestrom.

Isto tako, dokazano je da se, ako bolesniku objasnimo moguće terapijske postupke i uključimo ga u odlučivanje o pitanjima bolesti, postiže značajno pozitivniji utjecaj na njihovu psihološku prilagodbu. Tako se bolesnici osjećaju uvaženima, dok su anksiozniji i nezadovoljniji ako se osjete „izoliranima“ ili samo kao objekt (Štrkljar-Ivezić, 2011; Đorđević, Braš, Brajković, 2013).

## ZAKLJUČAK

Komunikacija, kao vrlo složen proces, stručna je kompetencija kojom raspolaže medicinska sestra tijekom pružanja sestrinske skrbi. Komunikacijske su vještine iznimno važne u odnosu medicinska sestra - psihijatrijski bolesnik, jer nepažljivom komunikacijom možemo stvoriti brojne nesporazume i probleme, kao što su povećanje anksioznosti i agresivnosti bolesnika. S druge strane, dobra komunikacija između psihijatrijskog bolesnika i medicinskog osoblja jedan je od najvažnijih aspekata koji uvjetuju već i samo prihvatanje bolesti, početak liječenja i suradljivost, odnosno pružanje zdravstvene njegе takvu bolesniku. Premda se može očekivati da svatko tko odabere baviti se zdravstvenom strukom vjerojatno već posjeduje komunikacijske vještine te je „interpersonalno kompetentan“, to ne treba biti točno. U prilog toj konstataciji ide podatak o velikom broju prigovora zbog loših komunikacijskih vještina zdravstvenih djelatnika. Naime, srednjoškolsko obrazovanje budućih zdravstvenih djelatnika (liječnika i medicinskih sestara) ne pruža formalnu edukaciju koja bi ih naučila kako komunicirati s bolesnikom. Ne uči ih se kako bolesnika utješiti, kako mu emocionalno pomoći. Zdravstveni djelatnici koji su već zaposleni najčešće ni ne razmišljaju o komunikaciji kao vještini koju bi trebali „poznavati“ i „učiti“. Medicinsko osoblje u području psihijatrije u kontaktu su s posebno osjetljivim grupama bolesnika, a najugroženije su skupine pacijenti s psihičkim smetnjama ili autizmom. Takve bolesti pacijentu otežavaju ili onemogućavaju komunikaciju, pa bi bolja educiranost i znanje medicinske sestre iz područja komunikologije mogli biti od velikog značenja i pridonijeti kvalitetnijoj komunikaciji, odnosno kvalitetnijoj zdravstvenoj skrbi o bolesnoj osobi. Svaki bi razgovor trebao imati pozitivan cilj, tj. težiti rješavanju nekog problema te ublažavanju neugodnih emocija. Ako to budemo imali na umu, komunikacija s bolesnicima bit će nam lakša.

## 6. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S OSOBAMA OŠTEĆENA VIDA I GLUHOSLIJEPIM OSOBAMA

Ivana Carević, bacc. med. techn.

### KOMUNIKACIJA S OSOBAMA OŠTEĆENA VIDA

Osobe s oštećenjem vida su slijepe i slabovidne osobe. *Sljepoća* označava medicinski poremećaj koji se izražava u djelomičnoj ili potpunoj nesposobnosti vizualnog sustava da prenosi podražaje, tj. kada je na „boljem“ oku prisutan ostatak vida od 5% i manje, stanje suženog vidnog polja te stanje u kojem osoba ne razlikuje svjetlo od tame. Može biti uzrokovana nasljednim faktorima, ozljedom ili bolešću (Behetić i Duh, 2013).

**Slabovidnost** je stanje kada je prisutno smanjenje oštine vida i širine vidnog polja, ostatak vida je 25% i manje, vidno je polje suženo (Čupak, Gabrić i Cerovski, 2004).

U novije je vrijeme zabilježen manji broj slijepe djece, zbog prevencije i napretka medicine, dok raste broj slijepih odraslih i starijih, zbog sve veće industrijalizacije, opasnih zanimanja, nesreća te produženog životnog vijeka. Kao posljedica oštećenja vida mogu biti prisutne određene poteškoće u psihičkom i psihofizičkom funkcioniranju osobe.

Osoba koja naglo izgubi vid prolazi nekoliko faza, koje znatno utječu na kvalitetu života bolesnika, a imaju individualno varirajuće trajanje. Faze kroz koje prolazi slijepa osoba jesu: poricanje (osoba ne želi prihvati novonastalo stanje), vrednovanje potreba (prihvaćanje pomoći za koju je osoba mislila da joj nikada neće trebati), sukob samostalnosti i ovisnosti (prihvaćanje da će osoba moći naučiti obavljati neke poslove samostalno, dok će joj za neke trebati tuda pomoći, savladavanje predrasuda (prepoznavanje i suočavanje s predrasudama koje prevladavaju kod osoba zdravog vida) (Sedić, 2005).

Rezultati jednog istraživanja pokazuju da su se, zbog neadekvatne edukacije medicinskih sestara, ispitanici (50 slijepih osoba okupljenih oko Udruge slijepih Istarske županije, koji su svi imali priliku boraviti u bolničkoj ustanovi), tijekom bolničkog liječenja, u pravilu susretali s postupanjem medicinskih sestara koje je jednako pristupu videćoj osobi. Susretali su se s neprimjerenom komunikacijom sa slijepim pacijentom (komunikacija s pratnjom), ograničavanjem samostalnosti zbog sljepoće, nezainteresiranosti medicinskih sestara, nemogućnosti osiguravanja cjelodnevne pratnje (Sabatti, 2016). Sustavnom bi edukacijom postupci medicinskih sestara prema slijepim osobama, kao i svim pacijentima s posebnim potrebama, mogli postati djelotvorniji i kvalitetniji. Naime, medicinske sestre, pružajući pacijentima primjerenu i kvalitetnu skrb u procesu dijagnostike i liječenja, nastoje omogućiti pacijentu da sačuva svoje dostojanstvo.

Neka pravila kojih se medicinska sestra treba pridržavati u *komunikaciji s osobama slabijeg vida* jesu (Sedić, 2005):

- osobe koje ne vide ili slabo vide mogu se osjećati izolirano, pa im je važno pružiti ljudski dodir; svoju prisutnost potvrditi dodirom ili verbalnim upozorenjem, npr. pozdravljanjem na dolasku ili odlasku.
- osobe slabijeg vida ili slijepe osobe u tumačenju poruke oslanjaju se na zvukove koje čuju, zato treba paziti da intonacija ili glasnoća glasa odgovara izgovorenoj poruci (npr: „Idemo!“)

ili „Idemo?); ne treba govoriti preglasno ili prenaglašeno, ako osoba inače dobro čuje, jer problem je u vidu, a ne u službi.

*Komunikaciju s osobama oštećena vida moguće je poboljšati na sljedeće načine:*

- prostor u kojem borave treba biti primjereno osvijetljen
- medicinska sestra treba se predstaviti imenom pri ulasku u sobu i prije početka razgovora
- tijekom razgovora medicinska sestra treba biti ispred osobe, i u komunikaciji se poželjno koristiti pokretima glave
- medicinska sestra treba savjetovati osobu o korištenju naočala, držati naočale pri ruci
- ukloniti sve opasnosti i prepreke na putu
- medicinska sestra osobu ne treba voditi za ruku, nego joj treba ponuditi ruku da ona primi nju
- medicinska sestra treba riječima opisati put kojim vodi osobu i kamo je vodi
- medicinska sestra treba omogućiti bolesniku da postavlja pitanja i poticati ga da pita sve što treba
- medicinska sestra treba dati glavne informacije prikladno napisane: velikim slovima, Brailovim pismom, auditivno snimljene na CD-u
- svaku poruku koju druge osobe primaju vidom (pisane poruke i slike), medicinska sestra treba verbalno objasniti
- medicinska sestra treba imati na umu da su slijepi slijepi, ali ne i gluhi
- medicinska sestra treba poticati bolesnika na uključivanje u udrugu slijepih i slabovidnih osoba
- medicinska sestra treba navijestiti bolesniku svoj odlazak iz sobe.

Medicinska sestra pritom *ne smije zaboraviti* (Sedić, 2005):

- nema potrebe da se u prisutnosti slijepih osoba ustručavamo razgovarati na način na koji inače govorimo
- treba pripaziti da ne pomažemo slijepoj osobi više nego što je to potrebno
- svi volimo biti samostalni i imati slobodu u odlučivanju, pa tako i slijepa osoba
- osobe s oštećenjem vida, kao i osobe s bilo kakvim teškoćama, suočene su s brojnim izazovima u životu
- međutim, to ne znači da je osobi s oštećenjem vida potrebno naše sažaljenje.

## **KOMUNIKACIJA S GLUHOSLIJEPIM OSOBAMA**

*Gluhosljepoća* je jedinstveno, specifično i veoma kompleksno oštećenje, a osnovno obilježje gluhosljepoće je istovremeno osjetilno oštećenje i vida i sluha. Gluhosljepoća može biti posljedica neke bolesti, ali ona nije bolest, već stanje koje ograničava ili onemogućava pojedincu optimalnu percepciju putem vida i sluha, otežavajući i ograničavajući primanje cijelovitih i jasnih informacija putem osjetila vida i sluha. Kao posljedicu ima teškoću u komunikaciji, socijalnoj interakciji i pristupu informacijama (Sedić, 2005).

Gluhosljepoča predstavlja veliki izazov u današnje tehnotroničko doba, jer 95 % informacija i spoznaja dolazi putem vida i sluha. Naime, ona zahtijeva određene prilagodbe i posebnosti u komunikaciji, orientaciji i pristupu informacijama, pa su glavni problemi gluhoslijepih osoba komunikacija, kretanje i socijalizacija (Sedić, 2005).

Važno je omogućiti gluhoslijepoj osobi da sama uvidi i odabere način komunikacije koji je za nju osobno najprikladniji. Takva osoba prima informacije ostacima vida ili sluha, ali i dodirom. Potrebno je da gluhoslijepa osoba aktivno sudjeluje u komunikaciji.

Načini komunikacije s gluhoslijepim osobama svode se na poznavanje i učenje hrvatskih **znakovnih jezika** te pripadnih specifičnih **abeceda**.

*Taktični hrvatski znakovni jezik* (THZJ) koriste gluhoslijepoče osobe koje imaju značajno oštećenje vida ili su potpuno slijepe, a znaju hrvatski taktilni jezik. THZJ predstavlja upotrebu hrvatskog znakovnog jezika pomoću sustava taktilnih znakova putem kojih je moguće dodirom i/ili opipom primati informacije iz okoline (primatelj informacije stavlja ruke na ruke sugovornika koji taktilnim znakovima daje informacije). Ovaj način komunikacije zahtijeva dosta vremena u prilagođavanju primanja informacija (Dodir, 2016).

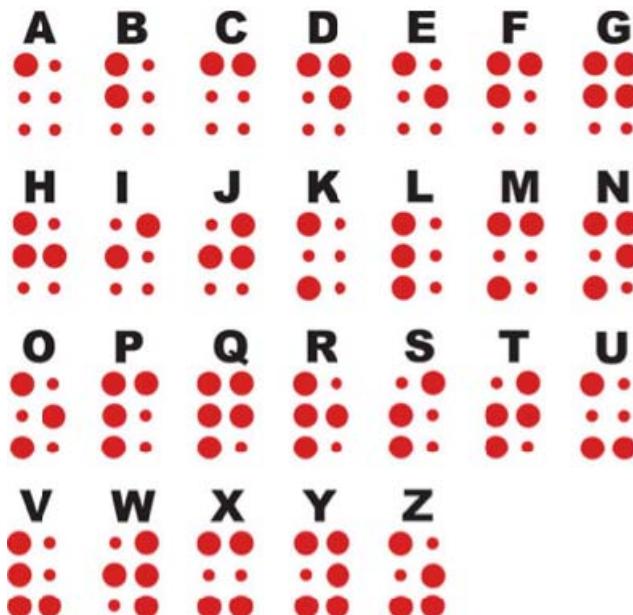
*Locirani hrvatski znakovni jezik* (LHZJ) izvodi se u okviru vidnog polja koje gluhoslijepa osoba može vidjeti. Okviri u kojima se izvodi najčešće su u visini i širini prsa i ramena, te područja ispod usana i brade. Ovakav način komunikacije se provodi samo u osoba koje imaju sačuvan središnji vid (Dodir, 2016).

*Vodeni hrvatski znakovni jezik* (VHZJ) koriste gluhoslijepoče osobe s značajnim gubitkom vidnog polja, ali dobrom oštrinom vida. Gluhoslijepa osoba vodi komunikaciju na način da njegovu ruku prinese u svoj okvir vidnog polja. Ovim oblikom komunikacije koriste se osobe s oštećenim centralnim vidom, perifernim vidom, skotomima, i slično (Dodir, 2016).

*Taktična dvoručna abeceda* je način na koji se hrvatska dvoručna abeceda prenosi gluhoslijepoj osobi putem dodira. Gluhoslijepa osoba stavlja svoje ruke na ruke sugovornika, dok sugovornik pokazuje slova dvoručne abecede gluhoslijepa osoba "čita" (Dodir, 2016).

*Taktična jednoručna abeceda* je način na koji se hrvatska jednoručna abeceda prenosi gluhoslijepoj osobi putem dodira. Gluhoslijepa osoba stavlja svoje ruke na ruke sugovornika, dok sugovornik pokazuje slova jednoručne abecede gluhoslijepa osoba "čita" (Dodir, 2016).

*Prstovna abeceda* je oblik komunikacije pomoću pisanja na dlanu. Koriste je osobe koje poznaju slova hrvatskog jezika. Na ispružen dlan gluhoslijepoče osobe sugovornik prstom upisuje velika slova. Slova se pišu slijeva nadesno, od gore prema dolje. Taj je oblik komunikacije jednostavan i lagan, ali zahtijeva dobru koncentraciju i osjetljivost dlana gluhoslijepoče osobe (Dodir, 2016).



Slika 1. Braillevo pismo (<http://www.pdrrib.com/pages/brailactivities.php>)

*Braillovi prsti* način su komunikacije putem pisanja na prstima ruke (i sugovornik i slijepa osoba moraju znati Braillovo pismo). Gluhoslijepa osoba ispruži po tri prsta svake ruke, i na taj način zauzima položaj kao tipke na brajičnom stroju. Sugovornik dodirom prema dolje, pritišće odredene prste i na taj način piše slova. Prema načinu na koji se gluhoslijepa osoba obraća, možemo procijeniti koji način komunikacije može koristiti. Ukoliko osoba želi komunicirati znakovnim jezikom, a sugovornik ne zna znakovni jezik, može se koristiti dvoručna abeceda ili prirodni znakovi (Dodir, 2016).

## ZAKLJUČAK

Osnovne poteškoće slijepih i gluhoslijepih osoba izražene su u komunikaciji i pristupu informacijama, što ih vodi do izolacije i isključenosti iz zajednice u kojoj žive. U zdravstvu je dobra komunikacija važna da bi se kvalitetnije skrbilo o bolesnicima. Dobre komunikacijske vještine omogućuju zdravstvenim djelatnicima da prikupe cjelovite, važne i točne podatke o tegobama bolesnika. Naime, dokazano je da zdravstveni djelatnici koji dobro komuniciraju imaju pacijente koji su zadovoljniji primljenom skrbi te su manje tjeskobni zbog svoje dijagnoze. Takvi bolesnici bolje prihvataju i slijede dobivene savjete. Pravovremenom i iscrpnom obavijesti o bolesti zadovoljava se bolesnikova potreba za poznавanjem svoje bolesti i unaprjeđuje zdravstveno ponašanje bolesnika, tj. njegovo pridržavanje zdravstvenih savjeta i uputa (Havelka, 1995, 2002).

## 7. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S OSOBAMA OŠTEĆENOG SLUHA

Ivana Maričić Lučić, bacc. med. techn.

**Gluhe i nagluhe osobe** žive u svojevrsnom svijetu tišine, lišeni svih ili većine zvukova s kojim se zdrava osoba svakodnevno susreće i uzima zdravo za gotovo (govor, glazba, cvrkut ptica, različiti zvukovi iz okoline itd.). Uspješna je komunikacija nužna u zdravstvenom radu sa svim osobama, za sigurnu, pravovremenu i učinkovitu medicinsku skrb u kojoj je bolesnik u središtu pozornosti, no u radu sa nagluhim osobama ona je posebice specifična (Medor i Zazove, 2005). Bioetički problemi na koje nailaze zdravstveni djelatnici u praksi s gluhih bolesnicima često su vrlo složeni, i uključuju nepotpuno razrađena pitanja u kodeksima medicinske etike. Očita potreba za jasnom komunikacijom i popratnim pozitivnim stavom prema nagluhim osobama uočljiva je u svim segmentima zdravstvene djelatnosti, posebice u hitnim stanjima, kao primjerice tijekom poroda kad liječnik i medicinska sestra trebaju uspostaviti dobar komunikacijski pristup roditelji, uz kontinuirano davanje informacija (Medor i Zazove, 2005).

Gluhe i nagluhe osobe imaju djelomično izmijenjenu mogućnost korištenja zdravstvene skrbi, kao i mnogobrojne poteškoće u komunikaciji sa zdravstvenim djelatnicima. Nerijetko pogrešno razumiju objašnjenje svoje bolesti ili preporučenih postupaka. One su »tiha« skupina za mnoge liječnike (Medor i Zazove, 2005). To je heterogena skupina koja obuhvaća osobe s raznim stupnjem gubitka sluha, koje se koriste brojnim jezicima i pripadaju raznim kulturama. Bitno je naglasiti da se pojedini postupci, koji mogu osigurati kvalitetnu zdravstvenu skrb jednoj skupini iz te populacije, ne trebaju nužno moći tako uspješno primijeniti i na druge skupine gluhih i nagluhih. Praksa je pokazala da je bilingvizam, kao sprega verbalnih i neverbalnih oblika komunikacije, najprihvatljivija metoda komunikacije slušno oštećenih osoba (Kirinčić, 2005).

U radu i komunikaciji s gluhim i nagluhim osobama nailazi se na mnoge probleme i zapreke kao što su: jezično prilagođavanje, nedostatak povjerenja prema »čujućem svijetu«, potreba za povjerljivošću, poštovanje njihove razine inteligencije i mogućnost širenja informacija. Također, sami reklamni materijali koji se koriste za edukaciju bolesnika u bolnicama često su nerazumljivi gluhim osobama. Primjerice, osobe s niskom naobrazbom ne razumiju riječi kao što su npr. nauzea ili opstipacija (Kirinčić, 2005).

### OSOBE OŠTEĆENA SLUHA

Nekoliko je **bitnih čimbenika** koji utječu na komunikaciju s osobama oštećena sluha, a to su: stupanj oštećenja sluha, dob kada je oštećenje nastalo, uzrok koji je doveo do oštećenja, preferirani jezik osobe i njezini psihosocijalni problemi.

#### Stupnjevi oštećenja sluha

Prema stupnju oštećenja sluha, razlikujemo dvije osnovne skupine: nagluhe i gluhe osobe (Herega, 2006).

**Nagluhe** su one osobe kojima se prosječni gubitak sluha kreće u rasponu od 20 ili 25 dB do 90 Db (decibela). Prema svjetskim klasifikacijama (SAD, Velika Britanija), postoje *četiri kategorije nagluhih osoba*:

1. lako nagluhi (25-40 dB),
2. umjereno nagluhi (40-55 dB),
3. umjereno-teško nagluhi (55-70 dB) i
4. teško nagluhi (70-90 dB).

Pri percepciji govora nagluhe osobe zvučne informacije dopunjavaju vizualnom percepcijom, a pri slušanju im znatno pomaže slušni aparat ili kohlearni implantat (umjetna pužnica) (Herega, 2006). No, individualne razlike među osobama oštećena sluha velike su, što utječe na pristup, tip komuniciranja, a time i na odabir rehabilitacijskih i edukacijskih postupaka.

S druge strane, **gluhe** osobe imaju prosječan gubitak sluha *iznad 90 dB*, pa ni uz pomoć slušnog aparata nisu u mogućnosti cijelovito percipirati govor. Takve osobe govorni jezik percipiraju uglavnom vizualnim kanalom, tj. čitanjem s lica i s usana sugovornika. Komunikacija između gluhe osobe i sugovornika odvija se uz pomoć znakovnog jezika, i to na razini sugovornikova znanja tog jezika (Kirinčić, 2005).

### Vrijeme nastanka oštećenja sluha

Drugi čimbenik koji definira oštećenje sluha jest vrijeme nastanka oštećenja sluha. Osnovna i najvažnija razlika prema tom čimbeniku odnosi se na to je li osoba usvojila govor i jezik prije oštećenja sluha ili je do oštećenja došlo prije usvajanja osnova materinskoga jezika. Po svojim posljedicama, gluhoća nastala **prije usvajanja govora i jezika** vrlo je ozbiljno senzorno oštećenje, te samim time utječe na cijelokupan razvoj i psihosocijalno sazrijevanje osobe (Herega, 2006).

### Gluhoća ili nagluhost kao posljedica bolesti

Treći čimbenik koji može utjecati na komunikaciju s osobom oštećena sluha jest uzrok koji je prouzrokovao oštećenje sluha. Postoje razne bolesti i stanja koja mogu uzrokovati oštećenje sluha i ona se mogu pojaviti od začeća djeteta do staračke dobi (Herega, 2006). Stoga ih, s obzirom na **vrijeme nastanka**, dijelimo u tri kategorije:

1. prenatalni uzroci (prije rođenja),
2. perinatalni (za vrijeme samog poroda i do drugog tjedna nakon rođenja) i
3. postnatalni (poslije rođenja, u svim životnim razdobljima).

Bitno je naglasiti kako se pojedinim postupcima (npr. prevencijom, uzimanjem medikamenata ili operativnim postupcima) neka od ovih oštećenja mogu ublažiti, a ponekad i posve ukloniti. Međutim, u nekim slučajevima oštećenje sluha nažalost ipak ostaje nepovratno (Herega, 2006).

## JEZIČNO-GOVORNA KOMUNIKACIJA

**Jezik** je vrlo složen sustav znakova koji sadrži pravila njihove uporabe. Postoji velik broj definicija jezika, ali važno je ponajprije istaknuti pojmovno i sadržajno razlikovanje jezika i govora. **Govor** je jezik u uporabi, a sam je jezik društvena tvorevina. Jezik je i apstrakcija, pa se može reći da je **jezik** organizacija govora (Herega, 2006).

Govornik određenog jezika mora imati sposobnost stvaranja i korištenja znakova, odnosno simboličku sposobnost koja uključuje i prihvatanje pravila za korištenje znakova. Jezična djelatnost izvorna je simbolička djelatnost čovjeka, koja je povjesno gledajući prva nastala i najdublje srasla s duševnim i društvenim životom čovjeka (Herega, 2005). Korijeni su joj tako duboki da bi svakodnevni život bilo nemoguće zamisliti bez jezika. Svi drugi znakovi, od prometne signalizacije, pa do logike i matematike, izvedenice su proizašle iz prirodnog jezika te razvijaju mogućnosti koje su već u jeziku dane i zacrtane. Stoga je jezik neiscrpan izvor predložaka i rješenja za nove tipove znakovne djelatnosti (Herega, 2006).

U usvajanju jezika osobama oštećena sluha dostupna su **dva jezična oblika**: govorni i znakovni jezik. Postoje različiti načini usvajanja i uporabe tih dvaju jezika, a ovise o sposobnostima u odnosu na pojedini jezični oblik, načinima govorno-jezične komunikacije koji se koriste u rehabilitaciji i edukaciji, a naročito o kulturnim čimbenicima.

Primjerice, nije svejedno je li se gluho dijete rodilo u obitelji gdje ostali članovi čuju ili su i roditelji također oštećena sluha ili gluhi (Herega, 2006). Odluka o preferenciji u pogledu na vrstu jezika na koju će se odlučiti individualna je. Svaki roditelj dat će prednost govornom ili znakovnom jeziku, što ovisi o prvom jeziku koji oni koriste, o socijalnim kontaktima, vlastitom iskustvu u rehabilitaciji i edukaciji, ali i vjerovanjima u uspješnost ovoga ili onoga postupka (Herega, 2006). Ta roditeljska mogućnost odabira, odnosno odluka o sustavu komunikacije koji će se koristiti u međusobnoj interakciji i u odnosu na dijete rezultira time hoće li neka gluha djeca kao prvi jezik naučiti znakovni ili pak govorni jezik (Herega, 2006).

Zajednica gluhih, premda je dio cjelokupne ljudske populacije, posjeduje svoj vlastiti jezik, a kultura tog jezika prenosi se s generacije na generaciju. To u konačnici samo pridonosi pozitivnom identitetu i povoljnim stavovima prema gluhoći i znakovnom jeziku (Herega, 2006). Naime, gdje je znakovni jezik prvi jezik, govorni će se jezik usvojiti kao drugi jezik. Ovakav ishod dovodi do dvojezičnosti u gluhih, a to je tema mnogih rasprava i istraživanja u posljednjih petnaestak godina.

### Verbalni govor

Verbalni (govorni) jezik, kao specifična povlastica ljudskog roda, strukturira se tijekom prve tri godine života. Međutim, da bi složeni mehanizam govora mogao ostvariti, moraju bit zadovoljene neke "predispozicije", npr. nužna je normalna razvijenost središnjeg živčanog sustava, adekvatna stimulacija iz okoline, neoštećenost slušnog sustava, organa grla i povezanih živčanih putova (Herega, 2006).

**Prelingvalna gluhoća** (oštećenje nastalo prije usvajanja jezika) donosi najviše posebnosti na području govorno-jezične komunikacije, budući da se govor i jezik prirodno i spontano usvajaju slušanjem, i to bez posebnog napora. Stupanj zaostajanja u jeziku i otežana govorno-jezična

komunikacija problem su za veći dio osoba oštećena sluha, bez obzira na proces rehabilitacije slušanja i govora (Herega, 2006).

**Nagluhe osobe** u samom startu nailaze na poteškoće razvoja govora, jer i u optimalnim uvjetima zaostaju u govornom jeziku i sporo ga usvajaju. Konačno lingvističko postignuće teško nagluhih i praktično gluhih osoba razlikuje se bitno od osoba kod kojih je sluh neoštećen (Herega, 2006).

## Znakovni jezik

Znakovni jezik *nije univerzalan* kao što mnogi misle. Postoji **britanski** znakovni jezik (BSL), **američki** znakovni jezik (ASL), itd. Dvije su abecede i **hrvatskog** znakovnog jezika. Svaki znakovni jezik ima svoju vlastitu gramatiku i uči se kao svaki drugi strani jezik. Također, razlikuju se i dvije različite **abecede** znakovnog jezika, jednoručna i dvoručna abeceda (Pribanić, Wagner Jakab, Brozović i Philipp Reichherzer, 2014).

## Komunikacija s osobama oštećena sluha

U komunikaciji s osobom oštećena sluha, kod osoba neoštećenog sluha često prevladava strah od neuspješne komunikacije. Uvijek se prvenstveno javlja nesigurnost oko ostvarivanja obostrano uspješne komunikacije, u vidu preispitivanja tipa hoćemo li razumjeti što mi gluha osoba želi reći te hoće li moja poruka biti u potpunosti primljena (Pribanić i sur., 2014).

**Komunikacijske vještine** koje medicinsko osoblje mora primjeniti da bi komunikacija uspješno napredovala i trajala svode se na pridržavanje nekih praktičnih savjeta koji se odnose na subjektivne i objektivne okolnosti komunikacije s nagluhim osobama:

1. **osobni kontakt** s nagluhom osobom s kojom želimo razgovarati najbolji je za stvaranje dobre atmosfere i dobrih međusobnih odnosa. Uvijek je poželjnije pokušati samostalno ostvariti kontakt s nagluhom osobom, na način koji vam se u određenom trenutku čini najprihvatljivijim: govorom, pisanjem, pokazivanjem, ručnom abecedom ili znakovnom komunikacijom, ukoliko ju poznajete (Pribanić i sur., 2014). Naravno, prije pokušaja uspostave komunikacije bilo bi poželjno doznati kakvo je stanje sluha osobe kojoj se obraća, stupanj njezine pismenosti, poznavanje jezika i ostalih oblika komuniciranja. Često se može dogoditi da je za uspostavu kvalitetne komunikacije dostatno samo govoriti jasno, glasno i razumljivo.
2. ukoliko jasno i razumljivo govorenje ne poluči uspjeh, tek se tada poseže za drugim mogućnostima, npr. pisanjem, osobito ako je poruka značajna i ne trpi dvosmislenost ili djelomičnost (Pribanić i sur., 2014).
3. potrebno je uvijek provjeriti je li vas nagluha osoba **u cijelosti razumjela**, za što nije dostatno samo njezino kimanje glavom. Dakle, nije dostatno pitati ima li nagluha osoba kakvih pitanja i je li razumjela sve rečeno, već je zamolite da vam u osnovnim crtama, ponovi rečeno kako bi se provjerilo je li dana informacija usvojena i shvaćena (preduvjet provjere razumijevanja je strpljivost) (Pribanić i sur., 2014).

4. neke nagluhe osobe rado koriste usluge **tumača i prevoditelja** za znakovni jezik, jer se tada u razgovoru osjećaju sigurno i kompetentno; stoga, ako ta mogućnost postoji, preporučuje se da se iskoristi kako bi se nagluhoj osobi olakšalo komunikaciju i razumijevanje (Pribanić i sur., 2014).

## **OSNOVNA PRAVILA PONAŠANJA PRI KOMUNIKACIJI S OSOBAMA OŠTEĆENA SLUHA**

Sljedeće stvari trebalo bi **izbjegavati** tijekom komunikacije s gluhom / nagluhom osobom (Pribanić i sur., 2014):

1. ne govorite dok imate neki predmet u ustima (olovku, cigaretu, žvakaču gumu,...), jer će to ometati "čitanje" s lica i usana
2. ruku držite dalje od usta, jer će to omogućiti bolje "čitanje" s lica i usana
3. ne stojte leđima okrenuti izvoru svjetla (prozor, svjetiljka,...), jer će to ometati "čitanje" s lica i usana; nastojte zauzeti položaj u kome je vaše lice najbolje osvijetljeno
4. ne govorite "pored" gluhe/nagluhe osobe, tj. u pravcu zida ili drugih ljudi; ostvarujte kontakt očima
5. ne koristite znakovni jezik ukoliko niste sigurni da ga gluha osoba koristi
6. ako vas gluha/nagluha osoba nije razumjela, preformulirajte rečenicu, pojednostavite, skratite...; ponovite ili preformulirajte cijelu rečenicu, a ne samo jednu riječ, jer to često nije od koristi
7. ako vi niste razumjeli, ne pravite se da jeste!
8. ako ste u društvu gluhe/nagluhe osobe tijekom nekog zvučnog upozorenja ili zvučnog podražaja, objasnите joj što se događa
9. oslonite se na usluge tumača i prevoditelja.

Gluhe i nagluhe osobe često koriste čitanje s usana radi boljeg razumijevanja. Međutim, čak ni onima koji su najvjesteji u tome, vrlo je teško razumjeti sugovornika samo na temelju čitanja s usana, pa uz to koriste i tzv. dekodiranje (sastavljanje teksta na bazi konteksta pročitanog govora sa usana). S druge strane, pojedine osobe misle da moraju vikati ili pretjerano gestikulirati u komunikaciji s gluhim i nagluhim osobama, što nikako neće olakšavati razumijevanje, nego će u takvim situacijama, dovesti do toga da se gluhe i nagluhe osobe osjećaju neugodno (Pribanić i sur., 2014).

Stoga se savjetuje prirodno ponašanje i izbjegavanje pretjeranog vikanja i gestikuliranja. Isto tako, važno je ponoviti da će čitanje s usana otežavati komunikaciju ako osoba koja komunicira s nagluhom osobom žvače ili ima nešto u ustima (Pribanić i sur., 2014).

## **ZAKLJUČAK**

Općenito gledajući, komunikacija s nagluhim osobama u zdravstvenom radu uključuje ista etička načela kao i rad s osobama koje čuju. Ipak, određene prepreke i komunikacijski problemi mogu djelovati na gluhi osobi različito od onih koji čuju te na taj način otežati ili potpuno onemogućiti

komunikaciju. Stoga je važno nagluhim osobama pristupiti s pozitivnim stavom i komunicirati jasno kako bi im se mogla pružiti adekvatna zdravstvena usluga

Da bi komunikacija s nagluhim osobama bila što bolja, nagluhoj osobi potrebno je posvetiti punu pozornost, tj. voditi računa o primjeni individualnog pristupa. Iznimno je važno koristiti se komunikacijskom tehnikom koja joj najbolje odgovara i koja je prilagođena njezinim potrebama i mogućnostima.

Važnu ulogu u poboljšanju komunikacijskih vještina s nagluhim osobama ima mogućnost provođenja tečajeva i radionica o toj temi, učenje znakovnog jezika, te kontinuirana edukacija zdravstvenog osoblja.

## 8. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S OSOBAMA OŠTEĆENA GOVORA

Ana Margaritoni, bacc. med. techn.

**Jezične barijere** u uspješnom komuniciranju mogu biti uzrokovane različitim razlozima. Dio njih odnosi se na način prenošenja informacije (neprihvatljiva ili „prekomplikirana“ terminologija), dok dio njih opet pripada kategoriji jezičnih ili kulturno-jezičnih razlika te različitim percepcijama ili pogledima između prenositelja i primatelja informacije. Dio prepreka odnosi se na emocionalne prepreke ili čak tabue o pojedinim temama (Glavočević, 2012).

Važan dio prepreka u komuniciranju čine i *fizički nedostaci* u koje ubrajamo *slušne i govorne poteškoće*. Govor je, naime, optimalna zvučna komunikacija među ljudima, oblikovana ritmom rečenica, riječi i slogova (Ljubešić, 2012). Temeljna je dihotomija govora na glas i tekst, što su dvije raznorodne, istovremene i međusobno uskladene komunikacije. *Glas* je oblikovan posebnim govornim znacima, a *tekst* je poruka oblikovana jezikom (Ljubešić, 2012).

**Najčešći poremećaji** koji se posebno ističu kao problemi pri **govoru** jesu: mucanje, afazija i gluhoća. Promjene u komunikacijskim sposobnostima uzrokovane govornim poremećajima djeluju na sliku osobe i rezultiraju osjećajem gubitka, straha i socijalne izolacije. Takvim osobama potrebna je pomoći pa u slučaju nemogućnosti korekcije govornih poteškoća treba iskoristiti sve ostale komunikacijske sposobnosti, odnosno osloniti se na neverbalne oblike komunikacije (Ljubešić, 2012).

## PATOLOGIJA VERBALNE KOMUNIKACIJE

Verbalna komunikacija može biti pisana ili usmena, a u tu skupinu komunikacijskih problema spadaju razvojni jezični poremećaji, poremećaji čitanja, pisanja i računanja, dok u govorne poremećaje, koji mogu biti funkcionalni, organski i razvojni, spadaju patologija glasa, pervazivna patologija verbalne komunikacije te konačno patologija sluha (Lukovac, 2011).

## ULOGA MEDICINSKE SESTRE U KOMUNICIRANJU S OSOBAMA S GOVORNIM ILI SLUŠNIM OŠTEĆENJIMA

Medicinske sestre u svom svakodnevnom poslu skrbe o bolesnicima među kojima je značajan broj onih s prirođenim ili stečenim govornim ili slušnim oštećenjima, a koja umanjuju njihove komunikacijske sposobnosti. Problem smanjene komunikativnosti bolesnika susreće se posebno kod djece, ne samo zbog njihove životne dobi nego i potencijalnih govornih ili slušnih poremećaja potenciranih bolešću i stresom, a na koje posumnja tek zdravstveno osoblje (Despot Lučanin i sur., 2006). Posebno odgovornu ulogu imaju medicinske sestre koje u svojoj profesiji skrbe o bolesnicima s evidentiranim govornim ili slušnim poteškoćama (moždani poremećaji, operirani na glavi i vratu, traumatizirani i drugi bolesnici s općim lošim stanjem). Međutim, i druge medicinske sestre koje se svakodnevno susreću s bolesnicima slabije psihofizičke kondicije, starije

životne dobi i s bolestima koje reduciraju mogućnost percepcije vlastita stanja i uvjetuju poremećenu sposobnost komunikacije.

Komunikacija s bolesnikom zahtijeva cjeloživotni proces učenja za sve zdravstveno osoblje, a posebno za medicinske sestre, jer svakodnevno i trajno komuniciraju s ljudima pod stresom: bolesnicima i njihovim obiteljima, ali i sa svojim poslovnim kolegama (Despot Lučanin i sur., 2006). Moraju se znati nositi s emocijama bolesnika u za njih izrazito teškim trenucima. Moraju im biti čvrst oslonac, dati im vjeru i nadu. Istodobno, medicinske sestre educiraju svoje bolesnike, kako bi im pomogle promijeniti životne navike u svrhu poboljšanja kvalitete njihova života, a u tom procesu moraju ostvariti uspješnu komunikaciju, s povratnom potvrdom da je ta informacija uspješno prenesena i prihvaćena (Despot Lučanin i sur., 2006).

Opće upute za *komuniciranje s osobama s oštećenim govorom* jesu:

- Izbjegavati dugotrajne i iscrpljujuće razgovore, te dati prednost kraćim, ali češćim, razgovorima.
- Ohrabrivati druge načine komunikacije i pohvaliti napor te pokušaje usmenog komuniciranja.
- Osigurati dovoljno vremena za komunikaciju i ne požurivati osobu.
- Nikada ne ispravljati izgovoreno, obeshrabriti osobu ili pružati besmisleno razuvjeravanje ako osoba proizvede nerazumljive zvukove.
- Poticati vježbanje naučenoga na govornoj terapiji.
- Pokušati razumjeti osobu uz pomoć promatranja pokreta i govora tijela i tražiti da im potvrdi jesu li pravilno razumjeli rečeno (Thompson Hingle i Robinson, 2009).

## ZAKLJUČAK

U ukupnoj populaciji bolesnika značajan je broj osoba s prirođenim ili stečenim govornim i slušnim oštećenjima koja bitno utječu na njihovu sposobnost komunikacije s okolinom. Reducirana mogućnost komunikacije posebno je potencirano bolešcu i pratećim stresom i anksioznim stanjem, promjenom životne sredine koje nosi bolničko okruženje, a koje se često prezentira raznolikim ponašanjem bolesnika od depresivnog do agresivnog.

Vještina komuniciranja s bolesnicima, posebno onima s govornim ili slušnim oštećenjima, pomoći će da sve (ili bar većina) informacija koje im se prenose budu pravilno shvaćene. Bez obzira na to je li riječ o samim obveznim terapijskim postupcima, načinima i oblicima rehabilitacije ili se radi o edukaciji o promjeni životnih navika koje bolesnik mora usvojiti, ovisno o bolesti koja se lijeći, vještina komuniciranja medicinske sestre vrlo je važna. Njezina važnost pokazuje se i u kontaktu s obiteljima oboljelih, a sve s ciljem pružanja kvalitetne informacije i smanjenja emocionalnog stresa koje takve situacije nose sa sobom.

## 9. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S BOLESNIMA S OŠTEĆENJIMA SREDIŠNJEŽIVČANOG SUSTAVA

Daniela Korić, bacc. med. techn.

Komunicirajući verbalno ili neverbalno, dajemo i primamo informacije. *Oštećenja središnjeg živčanog sustava* uzrokuju veoma raznolika i kompleksna oštećenja komunikacije. Naime, takvi se poremećaji mogu javiti u obliku afazije, neafazičkih deficitova jezika, dizartrije, apraksije govora, mutizma, a mogu se manifestirati i u drugim oblicima (Habus, 2013).

### DISFAZIJA / AFAZIJA

Poremećaji govora koji se razvijaju kao posljedica oštećenja određenih područja mozga (odnosno "centralni" poremećaji govora) vrlo su čest simptom kod bolesnika s cerebrovaskularnim oboljenjima, progresivnim degenerativnim neurološkim oboljenjima, traumom glave pa i ekspanzivnim procesima mozga. Takva vrsta poremećaja naziva se *disfazijom* (od grčke riječi *dys* – 'oštećenje' i *phasia* – 'govor').

Izraz *afazija* potječe od grčke riječi *aphasia* (*a* – 'bez', *phasia* – 'govor'), što znači 'bez govora'. Afazija je gubitak ili poremećaj jezika i govora uzrokovani oštećenjima mozga (Vučetić, 1996). Prema najšire prihvaćenoj neurološkoj i/ili neuropsihološkoj definiciji, afazija je gubitak ili oštećenje jezične komunikacije koji nastaje kao posljedica moždane disfunkcije (Sinanović, 2011). Može se manifestirati oštećenjem skoro svih jezičnih modaliteta, tj. abnormalnošću verbalnog izražavanja, poteškoćama razumijevanja govornog ili pisanog jezika, ponavljanja, imenovanja, čitanja i pisanja (Sinanović, 2011). U povijesti razvoja učenja o afazijama predložene su brojne klasifikacije afazičnih poremećaja. Za praktičnu kliničku upotrebu podjela afazija prema fluentnosti, razumijevanju i sposobnosti ponavljanja govora čini se najprikladnijom (nefluentne afazije: Brocina, transkortikalna motorna, globalna i miješana transkortikalna afazija; fluentne afazije: anomična, konduktivna, Wernickeova, transkortikalna senzorna, subkortikalna afazija) (Sinanović, 2011).

Termin afazija uveo je Troussseau 1864. godine i tako zamijenio Brocina termin afemija koji se koristio do tada. Raspon oštećenja govora može varirati od potpune nemogućnosti govornog sporazumijevanja (bilo da se radi o nemogućnosti izgovaranja riječi ili nemogućnosti razumijevanja govora, ili pak o kombinaciji obje vrste poremećaja), pa do tek neznatnih poteškoća u izgovaranju pojedinih riječi ili slaganju rečeničnih konstrukcija (Vučetić, 1996). Uzroci nastanka afazije su oštećenja mozga dominantne hemisfere.

Do *oštećenja mozga* može doći zbog (Vučetić, 1996):

- bolesti krvnih žila (tromboza, embolija i krvarenja)
- trauma, ozljeda
- tumora (intracerebralni, ekstracerebralni)
- infekcija (Parkinsonova bolest, Alzheimerova bolest, Pickova bolest, itd.).

Ispitivanje smetnji govora temelji se prvenstveno na ispitivanju razumijevanja govora, fluentnosti govora, mogućnosti ponavljanja rečenica i prepoznavanja predmeta. Sukladno tome, poremećaji govora mogu se svrstati u više kategorija: globalnu, Wernickeovu, Brocinu, konduksijsku, transkortikalnu motornu, transkortikalnu senzornu i nominalnu afaziju odnosno disfaziju (Pačić-Turk i Kostović-Srzentić, 2014).

**Centri za govor** nalaze se u dominantnoj (u većine ljudi lijevoj) hemisferi mozga i nazivaju se Brokin centar (prvenstveno odgovoran za ekspresijsku komponentu govora, tj. izgovaranje) i Wernickeov centar (odgovoran za razumijevanje govora).

## Dizartrija

**Dizartrija** je motorni govorni poremećaj uzrokovani neurološkom povredom ili oboljenjem i može zahvatiti jedan ili više govornih podsustava: respiraciju, fonaciju, rezonanciju, prozodiju, artikulaciju<sup>1</sup>. Povreda ili bolest govorne muskulature također mogu izazvati simptome koji nalikuju dizartriji. Kad je dio mozga koji kontrolira produkciju govora oštećen, pogodena je veza između mozga i govornih mišića. Dizartrija se može očitovati u različitim stupnjevima težine, ovisno o lokalizaciji i težini moždanog oštećenja. Producija govornih glasova može biti jako otežana, a u nekim slučajevima govor može biti potpuno onemogućen. Usne, jezik, nepce, mišići lica i glasnice mogu biti nekoordinirani ili nepokretni. Osoba s dizartrijom može imati nerazgovijetan, promukao, isprekidan ili zategnut govor koji je teško razumljiv ili potpuno nerazumljiv (Pačić-Turk i Kostović-Srzentić, 2014). Razumljivost dodatno može biti otežana smanjenom jačinom, promjenljivom brzinom, ritmom i nepravilnom visinom glasa. Pored moždanog udara dizartrija može biti izazvana tumorom na mozgu, traumatskom povredom mozga, cerebralnom paralizom, dugotrajnom upotreboom određenih lijekova i degenerativnim bolestima kao što je Parkinsonova bolest. Tretman dizartrije može uključivati jačanje ili opuštanje govornih mišića, upotrebu kompenzatornih tehnika ili razmatranje asistivnih strategija komunikacije ili uređaja (Pačić-Turk i Kostović-Srzentić, 2014).

## Disfonija

**Disfonija** je promuklost, slabost ili gubitak glasa. Može se javiti nakon nekih oštećenja središnjeg živčanog sustava: npr. moždanog udara, povrede mozga ili nekih degenerativnih bolesti, gdje jedna ili obje glasnice mogu biti paralizirane, a to utječe na glas i razumljivost (Pačić-Turk i Kostović-Srzentić, 2014). Ako je kombinirana s dizartrijom i/ili teškoćama s disanjem, to će još više utjecati na razumljivost. Da bismo omogućili osobi da efikasno komunicira, moramo uzeti u obzir kompenzatorne strategije ili alternativne forme komunikacije<sup>2</sup>.

## Aleksija / disleksija

Osim navedenih izravno govornih smetnji, bolesnici s oštećenjem pojedinih od navedenih centara mogu dodatno imati poremećaj čitanja. Riječ *aleksija* nastala je od grčkog prefiksa *a* ('bez', 'ne') i riječi *lexis* ('riječ'). **Aleksija** je neurološki poremećaj koji se opisuje nemogućnošću čitanja ili

<sup>1</sup> <http://www.logopediliste.rs/neuroloska-oboljenja-i-sa-njima-povezane-teskoce-u-kogniciji-i-komunikaciji/>

<sup>2</sup> <http://www.logopediliste.rs/neuroloska-oboljenja-i-sa-njima-povezane-teskoce-u-kogniciji-i-komunikaciji/>

razumijevanja pisanih riječi. Aleksija je stečeni tip senzorne afazije, gdje oštećenje mozga uzrokuje gubitak mogućnosti otprije naučenog čitanja (Sinanović, 2011). Naziva se još sljepoča za riječi, sljepoča za tekst ili vizualna afazija. Treba je razlikovati od **disleksije**, razvojnog poremećaja kad osoba nije u stanju naučiti čitati, kao i od nepismenosti koja odražava siromašnu obrazovnu sredinu (Sinanović, 2011). **Disleksija** je otežana mogućnost čitanja. Većina je afazičara aleksična, ali aleksija se u nekim slučajevima može pojaviti i bez afazije, nakon specifičnog oštećenja mozga, kao izolirani poremećaj. Postoje različite klasifikacije aleksija. Tradicionalno, aleksije se dijele u tri kategorije: čista aleksija s agrafijom, čista aleksija bez agrafije, i aleksije udružene s afazijama (afazične aleksije) (Sinanović, 2011).

Aleksija može biti posljedica traume, moždanog udara i drugih oštećenja središnjeg živčanog sustava. Specifični programi komunikacije s takvim bolesnicima temelje se na rezultatima logopedskih procjena, sistemski su, postupni i razvojno primjereni. Temeljan je jezično-govorni tretman, a u njega se ugrađuju vježbe za poticanje nerazvijenih vještina i sposobnosti (vidnih, slušnih, grafomotoričkih, pažnje, pamćenja, itd.) (Pačić-Turk i Kostović-Srzentić, 2014).

## **Agrafija / disgrafija**

**Agrafija/disgrafija** je nemogućnost jasnog oblikovanja riječi, nemogućnost imenovanja riječi, nemogućnost ponavljanja fraza, ili pak perzistentno ponavljanje fraza, odnosno stvaranje novih (nepostojecih riječi), tj. neologizama<sup>3</sup>.

**Agrafija** se definira kao oštećenje ranije naučene vještine pisanja, nastalo nakon oštećenja mozga. Pisanje uključuje nekoliko elemenata: jezično procesiranje, sricanje, vizualnu percepciju, vizualno-prostornu orientaciju za grafičke simbole, motorno planiranje i motornu kontrolu pisanja (Sinanović, 2011). Oštećenje bilo kojega od ovih procesa može oštetiti pisanje. Agrafija se može pojaviti kao izolirani poremećaj ili udružena s afazijom, aleksijom, agnozijom i apraksijom. Može također biti i posljedica zahvaćanja „perifernog“ akta pisanja. Slično aleksiji, agrafija se mora razlikovati od nepismenosti kada vještina pisanja nije ni razvijena. **Akalkulija** je klinički sindrom stečenog deficit-a matematičke kalkulacije ili na mentalnom planu ili s „papirom i olovkom“ (Sinanović, 2011). Ta se jezična oštećenja mogu različito klasificirati, ali u biti postoje tri glavna tipa akalkulija: akalkulija udružena s jezičnim poremećajima (uključujući parafaziju, agrafiju brojeva, aleksiju brojeva); sekundarna akalkulija (vizuo-prostorna disfunkcija s nepravilnim položajem brojeva ili stupaca); primarna anaritmetrija s „čistim“ poremećajem računanja (Sinanović, 2011).

## **Važnost ranog početka rehabilitacije**

**Komunikacijske vještine** s osobom koja ima *disfaziju/afaziju*<sup>4</sup> su:

- Osobi s afazijom govoriti kao da je odrasla, a ne kao djetetu.
- Tijekom komunikacije smanjiti ili ukloniti pozadinsku buku (TV, radio, drugi ljudi, itd.).
- Uvjerite se da imate pažnju osobe prije početka komunikacije.

<sup>3</sup> <http://www.logopediliste.rs/neuroloska-oboljenja-i-sa-njima-povezane-teskoce-u-kogniciji-i-komunikaciji/>

<sup>4</sup> [http://www.logopedia.ba/?page\\_id=54](http://www.logopedia.ba/?page_id=54)

- Hvaliti sve pokušaje govorenja; učiniti govor ugodnim iskustvom i izazvati stimulirajuću konverzaciju; ohrabriti i upotrebljavati sve oblike komunikacije (govor, pisanje, crtanje, da/ne odgovore, geste, kontakt očima, facijalne ekspresije itd.).
- Dati im vremena da govore i dopustiti im razumnu količinu vremena da odgovore.
- Prihvatići sve komunikacijske pokušaje (govor, gesta, pisanje, crtanje) radije nego zahtijevati govor; izbjegavati teške kritike, ispravke; izbjegavati inzistiranje na tome da se svaka riječ izgovori savršeno.
- Neka vaša komunikacija bude jednostavna, pojednostavite rečeničnu strukturu, govorite normalnom visinom, naglašavati ključne riječi.
- Uz govor koristite gestu i vizualna sredstva, kad god je to moguće.
- Ohrabrite ljude s afazijom da budu neovisni koliko god je to moguće, izbjegavajte govoriti umjesto njih, osim kada je to u potpunosti potrebno.
- Osobe s afazijom treba uključivati u kućne aktivnosti, omogućiti im sudjelovanje u obiteljskim odlukama.

Kod bolesnika s poremećajem govora kao posljedicom oštećenja nabrojenih centara govora ključno je započeti sa što ranijom rehabilitacijom govora. Kao i u drugim oblicima rehabilitacije, što je ranije započet logopedski tretman, dakle rehabilitacija govora, to će i uspjeh liječenja biti bolji. *Plasticnost mozga*, poglavito kad se radi o djeci i mlađim osobama, omogućava povratak govorne funkcije do određene mjere, ovisno o stupnju oštećenja govnih centara, ali i o brzini započete rehabilitacije. Rehabilitaciju provode posebno educirani terapeuti, odnosno logopedi, koji specifičnim metodama korigiraju poremećaje do kojih je došlo. U okviru rehabilitacije provode se, uz pomoć audiovizualnih pomagala, posebne govorne vježbe, vježbe neverbalne komunikacije, vježbe pisanja i čitanja, vježbe intonacije, artikulacije, kao i mnoge druge metode kojima se postiže olakšavanje komunikacije<sup>5</sup>.

Sve *afazije* većinom su stečene, a mogu se očitovati nakon ozljede mozga nastale zbog moždanog udara, prometne nesreće i drugih oštećenja središnjeg živčanog sustava. Bolesnik dospijeva u bolnicu, gdje neurolozi, među ostalim, uočavaju i afaziju (Vuletić, 1996). U nekim bolnicama rehabilitacija govora počinje već u bolesničkom krevetu, ali i u toplicama, kamo se oboljeli od afazije često šalju zbog tjelesnih smetnji, koje mogu nastati nakon oštećenja mozga.

Kad se bolesnik jedanput vrati kući, nužna mu je brza pomoć logopeda koji će nastaviti terapiju već započetu u bolnici ili toplicama ili će je tek započeti (Vuletić, 1996). Bilo bi dobro početi terapiju što prije, jer čekanje negativno djeluje na rezultat i trajanje terapije. Rehabilitacija tog tipa bolesnika gotovo je nezamisliva bez suradnje obitelji, koja mora biti stalna, uporna i bez prekida, što nije lako postići, jer rehabilitacija traje godinama. Oboljeli od afazije u nekim slučajevima ne mogu sami dolaziti logopedu pa im treba pratinja, što je već jedan oblik suradnje (Škarić i Čimbur, 1998). Izostanaka ne smije biti, osim s dobrim razlogom. Članovi obitelji s bolesnikom moraju ponavljati ono što se radilo kod logopeda te mu pomagati u svladavanju pismenih i usmenih zadataka. Ne smije se tražiti previše, ali ni premalo (Vuletić, 1996). U početku rad treba vremenski ograničavati na 10 do 15 minuta, jer se bolesnici brzo zamaraju, ali treba raditi vježbe i po nekoliko puta na dan.

Članovi obitelji moraju biti spremni na to da i bolesnici koji dobro napreduje imaju dana kada se čini kao da rehabilitacije nije ni bilo te im tada treba pomoći da spriječe samosažaljenje (Vuletić, 1996). Uoče li se ikakvi znaci depresije, treba se posavjetovati s liječnikom. Obično se promjene u

<sup>5</sup> <http://negovor.hr/negovor/definicija.htm>

raspoloženju događaju pri promjeni vremena. Treba paziti da se bolesnika ne isključi iz obiteljskog života, da se prema njemu ne ponašamo kao prema voljenoj stvari (Vuletić, 1996). Naime, iako možda ne razumije govor i ne može govoriti, bolesnikov je psihički i intelektualni život intenzivan i odbacivanje može negativno djelovati na njegovu motiviranost za vježbu. Čim je to moguće, bolesnika treba vratiti u njegovu prijašnju socijalnu sredinu, u kojoj uloga obitelji ima neprocjenjivu važnost (Vuletić, 1996).

## KOMUNIKACIJA S BOLESNICIMA NAKON MOŽDANOG UDARA

Jezični poremećaji nakon moždanog udara su česti, a uključuju afaziju, aleksiju, agrafiju i akalkuliju. *Afazija* je raširena posljedica lezije lijeve hemisfere i jedna od najraširenijih posljedica moždanog udara, s učestalošću od jedne trećine u akutnoj fazi moždanog udara, a neka izvješća govore i o većoj učestalosti. Mnogi poremećaji govora imaju tendenciju spontanog oporavka. Oporavak afazije uzrokovane ishemijskim udarom događa se brže, najintenzivnije u prva dva tjedna (Sinanović, 2011). U slučaju hemoragijskog udara spontani je oporavak afazije sporiji i najuočljiviji je od četvrtog do osmog tjedna od udara. Tijek oporavka umnogome ovisi o vrsti afazije. Međutim, bez obzira na činjenicu da se afazije spontano oporavlju, neophodno je započeti njihovo lijeчењe što je ranije moguće (Sinanović, 2011).

Poremećaji pisanja i čitanja u bolesnika s moždanim udarom (*aleksije, agrafije i akalkulije*) puno su češće nego se to utvrdi u rutinskom neurološkom pregledu. To su zapravo afazični poremećaji i nerijetko su ove funkcije više oštećene nego govorni jezik.

*Komunikacijske vještine* s osobama *nakon moždanog udara* (Lučanin i Despot Lučanin, 2010):

- Provjeriti bolesnikovo razumijevanje, dati mu uputu neka ponovi što ste mu rekli, ili neka sažme razgovor.
- Izbjegavati dugotrajne razgovore (bolji su češći, kraći razgovori pomoći bolesniku).
- Kad bolesnik ima teškoća u pisanom ili usmenom izražavanju, nadomjestiti ih drugim oblicima komunikacije.
- Uvijek govoriti bolesniku, čak i kad ne može govoriti, ili kad nije pri punoj svijesti. Tako ga možemo umiriti i pokazati mu da nije napušten. Ponekad bolesnik može odgovoriti neverbalno, npr. stiskom ruke ili treptanjem.
- Pohvaliti bolesnikove komunikacijske napore te kreativnim igram potaknuti učenje novih oblika komunikacije. Pružiti bolesniku poticaje za njegove psihičke sposobnosti (pamćenje, rješavanje problema i slično).
- Pomoći bolesniku da se usmjeri na očuvane komunikacijske sposobnosti. Treba računati s dužim vremenom zbog sporije kognitivne obrade informacija.
- Ohrabriti bolesnika da vježba ono što je naučio u govornoj terapiji.
- Komunikacija dodirom djeluje umirujuće: obično se dodiruju šake, ramena, leđa i ruke, jer dodir pojačava verbalnu poruku.

## KOMUNIKACIJA S DEMENTNIM OSOBAMA

**Demencija** je sindrom koji se može javiti zbog brojnih različitih bolesti i poremećaja mozga, kojima je zajedničko slabljenje ili gubitak funkcije mozga, a koji je najčešće progresivan i često težak. Postoji više od 100 različitih tipova demencije, od čega Alzheimerova bolest predstavlja najčešći uzrok demencije (Mimica, 2008).

**Alzheimerova bolest (AB)** je kronična, progresivna degenerativna bolest središnjega živčanog sustava koja ozbiljno zadire u sve segmente bolesnikova funkcioniranja. Oboljeli od demencije poglavito imaju poteškoća s *kratkotrajnom memorijom*, konstantno zaboravljaju ono što su upravo kazali ili učinili, a usporedo s tim još dugo vremena relativno dobro pamte događaje koji su se dogodili prije više godina ili desetljeća (Mimica, 2008). Osobe oboljele od demencije vremenom gube osjećaj za prostornu i vremensku orientaciju, javljaju se sve veći i veći problemi u pronalaženju adekvatnih riječi, postaje im sve teže i teže usvajati nove sadržaje, što znači učiti i/ili raditi nešto novo izvan usvojenih stereotipa (Mimica, 2008). Kako demencija napreduje, komunikacija postaje sve teža. Osobe s demencijom imaju poteškoća i u osobnom izražavanju, ali i u razumijevanju onoga što im se govori. Problemi u komunikaciji frustriraju kako oboljele tako i njegovatelje. Koristeći neke (jednostavne) nefarmakološke intervencije, moguće je komunikaciju s osobom oboljelom od demencije znatno poboljšati i dugo održavati usprkos progresiji demencije (Mimica, 2008).

Kako je komunikacija jedna od osnovnih i najvažnijih odlika ljudskog roda i ono što nas razlikuje od svih ostalih živih bića, tako i problemi u komunikaciji uzrokuju veliki broj poteškoća, ali i osjećaj gubitka „ljudskosti“<sup>6</sup>. Sve osobe s bilo kojim oblikom demencije imaju, u većoj ili manjoj mjeri, i probleme u komunikaciji, a oni ih „mogu voditi do stanja frustriranosti, zbumjenosti, a ponekad čak i gnjeva. Potrebe i želje osoba s demencijom mogu biti neprepoznate, njihovo ponašanje okolina može pogrešno interpretirati i s vremenom se mogu osjećati sve više izoliranim. Nemogućnost pravilne komunikacije može uzrokovati sram, posebno ako je pozornost usmjerena na pogreške. Uistinu, nije neobično da se ljudi s demencijom počinju koristiti manje kompleksnim stilom govora (kraćim rečenicama i/ili smanjenim rječnikom), da započinju sve manje razgovora, postanu povučeni, pa čak i prestanu govoriti uopće.“

### Pristup osobama s kognitivnim poteškoćama i demencijom

Pristup je potrebno prilagoditi stupnju oštećenja, koji se može kretati od gotovo neprimjetnih poteškoća koje ne ometaju svakodnevni život i komunikaciju pa sve do potpune nesposobnosti za samostalan život i afazije. Ovisno o stupnju oštećenja, prilagođava se i pristup oboljelim osobama. Potrebno je znati razlikovati simptome Alzheimerove bolesti, ili simptome drugih demencija, od povremenih poteškoća izazvanih padom kognitivnih funkcija, koje se smatraju fiziološkim opadanjem povezanim sa starenjem.

**Osnovni principi komunikacije** imaju i specifičnosti, koje se, prema koordinatorskoj udruzi oboljelih od Alzheimerove bolesti i drugih oblika demencije za područje Europe, mogu svesti na sljedeće točke:

- *Ne fokusirati se na pogreške.* Pokušati shvatiti što je osoba zapravo pokušala reći i kako se osjeća.

<sup>6</sup> <http://www.alz.org/global/?gclid=Cj0KEQiA4LCyBRCY0N7Oy-mSgNIBEiQAYg39tvCAW1r53EGFc-Yx9MtEs3j-E3Z2iDxA-a0knScK7DkaAqKA8P8HAQ>

- *Ponoviti rečeno.* Kako imaju probleme s prisjećanjem, može se pokušati ponoviti što je zadnje rečeno kao podsjetnik na temu razgovora i pomoći u prisjećanju onoga što su htjeli reći.
- *Promijeniti svoj stil govora.* Ako nam se čini da nas osoba ne razumije, pokušati objasniti drugim riječima, ali ne ponavljati ponovno istu rečenicu. Jer to ne samo da neće pomoći razumijevanju nego bi moglo izazvati dodatne poteškoće i frustraciju.
- *Jedna kriva riječ.* Često u rečenici upotrijebe samo jednu riječ u krivom smislu, a ključ onoga što žele reći najčešće se i nalazi baš u toj riječi (npr. upotrijebe riječ sat umjesto vrijeme i sl.).
- *Ne nuditi pomoć prerano.* Ponekad samo trebaju više vremena za pronalaženje prave riječi, pa im je potrebno to vrijeme osigurati, ne prekidati ih, ne nuditi im pravu riječ umjesto njih, nego ih pustiti da pronađu riječ koju traže. Prerano pružanje pomoći u konačnici im ne pomaže, nego dovodi do toga da se prestanu truditi.

***Komunikacijske vještine*** s osobama oboljelima od *demencije*<sup>7</sup>:

- Govoriti jednostavnim i kratkim rečenicama, koje se mogu doslovce ponoviti po potrebi. U jednoj poruci treba uvijek biti samo jedno stanje stvari. (Ne valja davati više zahtjeva odjednom: „Obuci se i nemoj zaboraviti svoju torbu. Mi idemo sada u kupovinu i onda k liječniku.“)
- Ostaviti dovoljno vremena za odgovor. Često traje puno duže, dok se jedno pitanje razumije, a potom formulira odgovarajući odgovor.
- Koristiti više mimiku i gestikulaciju kao potporu.
- Pripaziti i na neverbalne signale (držanje tijela, izraz lica, ton) oboljelih od demencije. Nije bit da bude shvaćen samo sadržaj poruke; ne radi se samo o tome što sugovornik govori. Mnogo je važnije odgonetnuti emocionalnu komponentu poruke kao prilog izrečenome.
- U komuniciranju s ljudima s demencijom iznimno je važno njihove osjećaje empatijom registrirati, uvažiti i potkrijepiti.
- U osjećajnu komunikaciju spada i predvidno izbjegavanje situacija koje iskustveno mogu dovesti do konflikata, a diplomatski ih se od njih može pokušati odvratiti tako da se oprezno promijeni tema razgovora.
- Ljudi s demencijom izgube sposobnost uviđanja uvjerljivih argumenata. Logična obrazloženja vrlo često i ne mogu shvatiti. Razgovori u svadi dovode do stresa i ljutnje na obje strane. Potrebno je ostati miran, ne započinjati diskusiju, ne korigirati i ne apelirati na uviđavnost.
- Izbjegavati konfrontacije.
- Jačati im osjećaj vlastite vrijednosti pohvalama i priznanjima.

---

<sup>7</sup> <http://www.diakoniewerk.at/assets/DKW-Allgemein/Downloads/Demenzinfo-BKS/09-Upute-za-komunikaciju-s-ljudima-s-demencijom.pdf>

## KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE KOD TRAUMATSKIH OŠTEĆENJA MOZGA

**Traumatsko oštećenje mozga** (Traumatic Brain Injury, TBI) nije degenerativne ili kongenitalne naravi, već je uzrokovano vanjskom fizičkom silom, koja dovodi do smanjenog stanja svijesti, a simptomi se pokazuju na planu kognicije i tjelesnog funkcioniranja. Ti nedostaci mogu biti privremeni ili trajni, a mogu uzrokovati djelomičan ili totalni funkcionalni poremećaj ili psihosocijalnu neprilagođenost. Kod tih bolesnika javljaju se kognitivno-komunikacijske teškoće pamćenja, pažnje, komunikacije, brzine obrade i percepcije (Habus, 2013).

Problem komunikacije osoba s traumatskim oštećenjem mozga ovisi o mnogo čimbenika, a uključuje ličnost pojedinca, njegove sposobnosti prije ozljede te težinu oštećenja mozga. Komunikacija s osobama s traumatskim oštećenjem mozga opisuje se kao zbrkana, puna izmišljanja, osoba ne slijedi tok misli, pretjerano koristi riječi i ima dosta digresija, pokazuje teškoće razumijevanja, pogotovo dugih i složenih izraza (Habus, 2013). Govorni poremećaj takvih osoba nastaje kao posljedica oštećenja mišićne kontrole govora, a uključuje artikulacijske teškoće, nepravilno govorno disanje, te promjene u ritmu i tempu govora. Dizartrija je jedan od konstantnih poremećaja koji se pojavljuje u 8% bolesnika s traumatskim oštećenjem mozga (Habus, 2013).

Jedan od karakterističnih simptoma u ranoj fazi oporavka jest **teškoća imenovanja**, pa se specifične teškoće imenovanja mjere standardnim testovima za dijagnosticiranje afazija. Što ranijim komunikacijskim modalitetom mora se započeti rehabilitacijski tretman, odmah nakon uspostavljanja stabilnosti tjelesnih funkcija. Pri odabiru modaliteta treba se voditi kriterijima, npr. primjenom kojih modaliteta može se očekivati najveći stupanj oporavka, kao i za koje je modalitete potrebna dugotrajnija i kontinuirana rehabilitacija (Habus, 2013).

U procjeni komunikacijskih teškoća osoba s traumatskim oštećenjem mozga u Hrvatskoj nedostaju testovi za procjenu jezičnih i govornih teškoća, a nedovoljno je usklađena i odgovarajuća terminologija. Isto tako, velik je problem klasifikacija i rangiranje vrsta i stupnjeva komunikacijskih poremećaja, s obzirom na činjenicu da u nas i u svijetu raste broj osoba s traumatskim oštećenjima mozga (Habus, 2013).

Kako **ne treba komunicirati** s osobama koje imaju *oštećenja središnjeg živčanog sustava* (Lučanin i Despot Lučanin, 2010):

- Ispravljati izgovoreno nekome tko muca ili otežano govori nakon kardio-vaskularnog inzulta (CVI).
- Reći im što da rade ili misle, npr. "Ako ništa ne kažete, prepostavit ćemo da nemate bolove."
- Izbjegavati ili zanemarivati razgovor, primjerice: "Pustite ga na miru, on i tako ne razumije što govorimo, samo ćete ga uznemiriti".
- Govoriti glasnije, ali nepotrebno. Naime, postoji običaj da sugovornici osobe s TBI pojačaju ton glasa, umjesto da koriste drugačije riječi (spontano, ali pogrešno mislimo da će nas osoba bolje razumjeti ako govorimo glasnije).
- Koristiti drugu osobu kao posrednika u komunikaciji, pred samim bolesnikom, npr. "Što je rekao? Možeš li ga razumjeti?"
- Govoriti nestrpljivo i ljuto, npr.: "Čujte, imam jako puno posla. Ako Vas još nešto zanima, pitajte nekog drugog."

- Ignorirati osobu (u tom slučaju, osjećat će se nevažnom i bezvrijednom).
- Unaprijed zaključivati o onome što vam bolesnik pokušava reći. Radije promijenite način komunikacije i postavite dodatna pitanja radi pojašnjenja (po mogućnosti zatvorena, tj. da/ne pitanja).

## ZAKLJUČAK

Bolesnici s oštećenjem središnjeg živčanog sustava imaju poteškoća s govorom, slušanjem ili svjesnosti neverbalne komunikacije. Te poteškoće mogu uključivati probleme s govorom i pisanjem, razumijevanje onoga što su pročitali ili onoga što je netko rekao, naročito ako se radi o komunikaciji u skupini (Pačić-Turk i Kostović-Srzentić, 2014). Takvi nedostaci mogu biti privremeni ili trajni, a mogu uzrokovati djelomični ili totalni funkcionalni poremećaj ili psihosocijalnu neprilagođenost. Komunikacija s osobama s oštećenjem središnjeg živčanog sustava najčešće je jako onemogućena (Pačić-Turk i Kostović-Srzentić, 2014). Već od rane faze bolesti potrebno je raditi na poboljšanju komunikacije. Koristeći se određenim tehnikama, može se poboljšati komunikacija s oboljelim osobama i zadržati je na toj razini dulje vrijeme.

## 10. KOMUNIKACIJA SA STARIJIM OSOBAMA

**Kristina Muhoberac, bacc. med. techn.**

Životni vijek se posljednjih nekoliko desetljeća znatno produžio, zbog čega su postale neophodne prilagodbe u cijelom zdravstvenom sustavu, a samim time i u komunikacijskim vještinama kao dijelu modernog zdravstvenog sustava.

U društvu su prisutni brojni stereotipi o osobama starije životne dobi. Unatoč brojnim znanstvenim istraživanjima koja pobijaju uvriježena mišljenja o tome da su starost i bolest sinonimi, ali i brojnim drugim zabludama o starosti i starijim osobama, takvi stereotipi postoje i u velikog broja zdravstvenih djelatnika.

Ljudi koji u ovom trenutku u društvu predstavljaju skupinu starijih osoba, pa tako i starijih bolesnika, odrastali su u potpuno drugačijem socijalno-ekonomskom i političkom okružju od onog u kojem je odrastala današnja skupina mlađih i mlađih odraslih osoba.

Mnogi od njih živjeli su u teškim ekonomskim uvjetima s potpuno drugim vrijednostima, idealima i običajima (Yorkston, Bourgeois i Baylor, 2010). Mnogi su imali veoma kratko školovanje i edukaciju ili uopće nisu bili formalno školovani. Sve navedeno, ali i sve promjene kroz koje prolaze, mogu uvelike negativno utjecati na komunikaciju sa svim mlađim generacijama, pa samim time i na komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima (Yorkston i sur., 2010).

Na komunikaciju sa starijim osobama neizbjegno utječe sve *fizičke i psihološke promjene* kroz koje često prolaze pripadnici treće životne dobi, a najčešće od njih su: gubitak i slabljenje sluha, gubitak i slabljenje vida, poteškoće u artikulaciji zvukova, poteškoće s pamćenjem, posebice one vezane uz kratkoročno pamćenje (Yorkston i sur., 2010).

Sljedeći bitan utjecaj na komunikaciju ima promjena njihove socijalne uloge. Umirovljenje i slabljenje imovinskog statusa mogu negativno utjecati na samopoštovanje i način na koji počinju doživljavati same sebe. Često same sebe vide starima, neproduktivnima, nepotrebnima i zamjenjivima, pa mnogi od njih, u većoj ili manjoj mjeri, gube volju za komunikacijom (Yorkston i sur., 2010).

Ipak, budući da je učinkovita komunikacija uvjek dvosmjerna, zdravstveni djelatnici trebaju biti svjesni svih ovih, ali i mnogih drugih komunikacijskih prepreka. Njih je potrebno moći na vrijeme prepoznati, pokušati ih prevenirati, ali i znati na njih primjereni reagirati.

Premda poteškoće u komunikaciji postoje u svim dobnim skupinama, zdravstveni djelatnici trebaju biti dobro educirani jer su komunikacijske poteškoće kumulativne. Rastu s dobi i od velikog su značaja u pružanju zdravstvene skrbi. (Yorkston i sur., 2010).

Tijekom prošlog stoljeća mnogo se toga dramatično promijenilo. U ranim 1900-tim, očekivani životni vijek bio je oko 50 godina, danas je to za oko 30 godina duže. Predviđa se da će populacija odraslih osoba starijih od 65 godina preći brojku od 71 milijun do 2030. godine (Lee, 2015).

Duži životni vijek sa sobom nosi i mnoge probleme, i za društvo i za pojedinca. Tako je sasvim logično očekivati da će mnogi od tih osamdesetogodišnjaka godinama živjeti s jednom ili nekoliko kroničnih bolesti.

Sam proces starenja za mnoge može biti vrlo neugodno iskustvo, do te mjere da su skloni ignorirati simptome koje imaju kako ne bi sami sebi ili drugima morali priznati da stare. Naravno, postoje i mnogi drugi načini starenja, pa će tako neki od njih biti posve aktivni, ali i dobro educirani i zainteresirani za svoje zdravlje. Upravo zbog toga ne postoji „šablon“ po kojemu će se postupati i komunicirati, već pristup mora biti potpuno individualan.

Postoje ipak neke značajke koje su mnogima od njih zajedničke i na koje treba skrenuti pozornost. Neke od ovih ***zajedničkih osobina među starijima od 65 godina*** već su dobro istražene i opisane, primjerice da se 42% osoba izjašnjava o problemima sa slušom, 26% ima probleme s pisanjem, a 7% probleme pri korištenju telefona (Yorkston i sur., 2010).

Mnogim starijim osobama zajednički je i kritični čimbenik u komunikaciji sa zdravstvenim osobljem, a to je njihova slaba zdravstvena pismenost (Wiliams, Davis, Parker i Weiss, 2002).

Uzroci *slabe zdravstvene pismenosti* među starijom populacijom mnogobrojni su. Uvjeti u kojima su odrastali, slaba educiranost i formalno školovanje, ali i slabljenje kognitivnih funkcija, dovode do mnogih problema u komunikaciji, nerazumijevanja dobivenih uputa i informacija, nerazumijevanja medicinskih pojmoveva, nekorištenje i nerazumijevanje dostupnih *online* informacija (Wiliams i sur., 2002).

Također, *terminologija* kojom se koriste zdravstveni djelatnici u komunikaciji s bolesnicima dodatna je barijera za bolesnike sa slabom zdravstvenom pismenošću. Pokazalo se da se zdravstveno osoblje često koristi medicinskim terminima, što u kombinaciji s ograničenim zdravstvenim rječnikom bolesnika rezultira neadekvatnom i zbumujućom komunikacijom (Wiliams i sur., 2002).

## OPĆE UPUTE KOJE OLAKŠAVAJU KOMUNIKACIJU SA SVIM STARIJIM OSOBAMA

Prema smjernicama za liječnike obiteljske medicine, postoje određeni načini kako zdravstveno osoblje može organizacijom svakodnevnog rada ***olakšati komunikaciju*** sa svojim starijim bolesnicima (Robinson, White i Houchins, 2006):

**1. Naručiti starije bolesnike za početak radnoga vremena.** Oni često krajem dana postanu umorni i teže funkcioniraju. Osim toga, zdravstveno osoblje je pred kraj radnog vremena užurbano, u većoj gužvi i ima manje vremena za posvetiti im se nego što je to u početku dana (Robinson i sur., 2006). Ako i jesmo u žurbi i nedostatku vremena, oni to ne bi trebali osjetiti. Potrebno je pokušati izbjegći požurivanje starijih bolesnika, jer oni ionako često imaju osjećaj da nas zamaraju svojim poteškoćama te da su njihove poteškoće nama nevažne, pa će nam ih u takvoj situaciji često i prešutjeti (Wiliams i sur., 2002).

**2. Dočekati ih.** Ovo je vrlo važan korak koji omogućuje da se osjećaju ugodno i uvaženo. Potrebno im se predstaviti imenom i zanimanjem (medicinska sestra, liječnik, itd.).

**3. Smjestiti ih u tihu i ugodno okruženje.** Potrebno je pokušati izbjegći glasne i užurbane hodnike i čekaonice. Ako je moguće, pokušati ih smjestiti na stolice s naslonjačima za ruke, kako bi lakše samostalno ustali. Ako je potrebno ispunjavanje formulara i dokumenata, potrebno im je ponuditi pomoć.

**4. Prostor mora imati dovoljno svjetla.** Čekaonice, prostori za pregledе i pretrage moraju biti svijetli, a svjetlo mora biti jednako u svim dijelovima prostorije, bez sjena. Dobro osvjetljenje pomoći će im u čitanju informativnih materijala, gledanju izražaja lica i čitanju s usana. Svi materijali, kao i imena osoblja, moraju biti napisani jasnim i dovoljno velikim slovima, lakim za čitanje (Robinson i sur., 2006).

**5. Biti spremni fizički ispratiti bolesnika.** Fizička pratnja bolesnika između pojedinih prostora za pregledе i pretrage, ali i na odlasku bolesnika, ponekad je neophodna, posebno ako su prostori udaljeni ili između njih postoje stube i druge prepreke. (Robinson i sur., 2006).

**6. Provjeriti ih s vremenom na vrijeme.** Ako u čekaonicama ili prostorijama za pregledе i pretrage stariji bolesnici moraju boraviti dulje vrijeme, potrebno ih je provjeriti s vremenom na vrijeme, kako bi bili svjesni da nismo na njih zaboravili. Ako je iz nekih razloga produženo vrijeme čekanja, potrebno ih je o tome obavijestiti, objasniti im zbog čega čekaju i koliko će otprilike čekanje potrajati (Robinson i sur., 2006).

**7. Nastojati da ostanu opušteni i fokusirani.** Opuštenost i fokusiranost ključni su čimbenici za dobivanje relevantnih i pravih informacija od bolesnika. Lagani dodir njihova ramena ili ruke pomoći će im da se opuste i povećati količinu njihova povjerenja. Također, potrebno ih je oslovljavati s gospodine ili gospodo i prezimenom, da bi se osjećali prihvaćeni i važni. Vrlo je bitno ne oslovljavati ih imenom i izbjegavati korištenje neprimjerjenih izraza kao što su: „draga, mila, bako, djede“ i slično. Ako želimo postići uzajamno poštovanje, onda je potrebno pokazati im da ih poštujemo, dok korištenje takvih izraza šalje upravo suprotnu poruku (Robinson i sur., 2006).

**8. Reći doviđenja.** Potrebno je postići da stariji bolesnici otidu s mišlju da su nam oni i njihovo zdravlje bitni i važni. Najbolji način da se to postigne jest da se bolesnik otprije do pulta ili vrata uz pozdrav „doviđenja“ (Robinson i sur., 2006).

Osim tih općih uputa za ponašanje sa starijim bolesnicima, postoje još neke bitne smjernice koje se tiču samoga **komuniciranja između zdravstvenih djelatnika i bolesnika starije životne dobi**:

**1. Izbjeći nepotrebno prekidanje.** Zanimljivi su rezultati studije o tome koliko često zdravstveni djelatnici prekidaju bolesnike prilikom prvog posjeta i bolesnikova opisivanja poteškoća. Naime, samo u 26% posjeta bolesnicima je dopušteno da završe svoje izlaganje bez prekidanja. Oni koji su prekinuli svoje bolesnike u izlaganju, učinili su to u prosjeku već nakon 18 sekundi (Dyche i Swiderski, 2005). Kad se jednom prekine starije bolesnike, postoji velika mogućnost da će jednostavno zaboraviti što su uopće htjeli reći. Oni mogu imati poteškoće s odgovaranjem na više brzo postavljenih pitanja. Govoreći sporije, dajemo im vremena da procesiraju ono što je rečeno ili upitano. Ako osoba ima poteškoće s odgovaranjem na pitanja otvorenog tipa, treba pokušati koristiti što više pitanja na koja se može odgovoriti s DA ili NE (Dyche i Swiderski, 2005).

**2. Koristiti vještine aktivnog slušanja.** Biti okrenut bolesniku licem, održavati kontakt očima i podržavati njegov ili njezin govor kratkom odgovorima kao što su „da“, „razumijem“, itd. Aktivnim slušanjem pokazujemo da ih uistinu slušamo i da nam je stalo do toga što je izgovoreno (Dyche i Swiderski, 2005).

**3. Pokazati empatiju.** Pokazivanje empatije dokazano povećava zadovoljstvo i povjerenje bolesnika te poboljšava njihov odgovor i suradnju.

**4. Izbjegavati žargon.** U svim dobnim skupinama potrebno je i važno razgovor s bolesnicima prilagoditi razini njihova razumijevanja. Ne može se sa svim bolesnicima razgovarati na jednak način, poneki možda i razumiju dio medicinske terminologije, ali velikoj većini je ona nejasna i zbumujuća. Stoga u razgovoru treba korištenje medicinskog žargona i stručnih termina svesti na minimum i informacije iznositi na jednostavan i razumljiv način (Dyche i Swiderski, 2005). Nipošto se ne smije pretpostaviti da bolesnik već zna osnovne informacije o svojoj bolesti, nego razgovor treba započeti od početka, utvrditi koliko je bolesnik već informiran i educiran, te nastaviti razgovor od te točke. Potrebno je pokušavati izbjegavati skraćenice kao što su CT, EKG i slično, jer iako se možda čini da su već svi upućeni u ove uobičajene i „svakodnevne“ termine, u praksi to često ipak nije slučaj. Zato je starijim bolesnicima potrebno objasniti što točno koji izraz znači i to na način na koji oni to mogu sebi jasno predočiti (Dyche i Swiderski, 2005).

**5. Napisati bitne informacije i tražiti da potvrde razumijevanje.** Ono što je uistinu bitno da osoba zapamti, pa i da se o tome dodatno educira, potrebno je više puta u razgovoru naglasiti, ali je korisno i zapisati bitne termine i dijagnoze. Za pisanje svih bitnih informacija, ali i letaka i sličnih sadržaja, za starije osobe preporučeno je koristiti se jasnim i jednostavnim fontovima (vrstama slova), a preporučena veličina fonta je 14 ili veća (Dyche i Swiderski, 2005).

## OLAKŠAVANJE KOMUNIKACIJE OVISNO O SPECIFIČNOSTIMA STARIE OSOBE

Komunikacija sa starijim osobama specifična je zbog mnogih senzornih i kognitivnih oštećenja, koja su češća u starijoj životnoj dobi pa im se, ako oštećenja postoje, treba prilagoditi. Iako komunikacijske poteškoće pogadaju ljude svih dobnih skupina, *učestalost i kompleksnost* tih stanja starenjem se povećava, a može se opisati kao *stacionarna, reverzibilna ili degenerativna* (Yorkston i Bourgeois, 2010).

Važno je naglasiti da nemaju sve starije osobe neko od oštećenja te je vrlo bitno izbjegći stereotipno ponašanje prema onima koji ih nemaju, primjerice, glasno govoriti sa svim starijim osobama. Zbog toga su iznimno važni dobra procjena stanja pojedinca i *individualni pristup* (Yorkston i Bourgeois, 2010).

Postoje brojni testovi za procjenu komunikacijskih sposobnosti, ali u svakodnevnom radu sa starijim osobama oni se ne koriste rutinski. U svakodnevnom radu dosta je držati ranije navedenih općih uputa za komunikaciju i uistinu slušati ono što nam govore, uistinu gledati njihove pokrete i govor tijela, proučiti eventualnu raniju medicinsku dokumentaciju i komorbiditete (Yorkston i Bourgeois, 2010).

Postoje neke specifičnosti u komunikacijskim sposobnostima koje često prate starenje i na koje treba obratiti pozornost. Tipičnim se starenjem komunikacijske sposobnosti suptilno mijenjaju, bar djelomično, zbog promjena u fizičkom zdravlju, depresije i kognitivnog opadanja (Yorkston i Bourgeois, 2010).

Starenje je odgovorno za fiziološke promjene u slušnim, glasovnim i govornim procesima. Godine osobe mogu biti ocijenjene s priličnom sigurnošću po *govornim karakteristikama* koje uključuju tremor glasa, visinu tonova, brzinu govora, glasnoću i tečnost govora (Yorkston i Bourgeois, 2010). Neke vještine ostaju nepromijenjene, dok druge imaju tendenciju opadanja. Primjerice, rječnik, gramatička prosudba i sposobnost ponavljanja, relativno su stabilne tijekom starenja, dok

razumijevanje složenih izraza i sposobnost imenovanja mogu opadati (Yorkston i Bourgeois, 2010). Osim toga, povećava se i broj kroničnih bolesti, za svako desetljeće života nakon 40. godine bolesnici će vjerojatno imati po jednu novu kroničnu bolest. Prema tome, osoba u dobi od 80 godina vrlo će vjerojatno imati *barem četiri kronične bolesti* (Thompson Hingle i Robinson, 2009).

### **Komunikacijske poteškoće tipične za stariju životnu dob**

Ovisno o razvijenoj poteškoći potrebno je prilagoditi komunikaciju.

#### ***Slušni deficit***

Studije pokazuju da otprilike jedna trećina osoba iznad 65 godina ima gubitak sluha koji bitno utječe na komunikaciju. Za one u dobi preko 80 godina života, ti se postotci još i povećavaju, pa tako čak dvije trećine osoba starijih od 80 godina ima oblik gubitka sluha (Thompson Hingle i Robinson, 2009).

Komunikacija s tim osobama olakšava se na isti način kao s osobama s teškoćama sluha.

#### ***Vidni deficit***

Vidni deficit povezan sa starenjem uključuje smanjenje zjenice i žutilo leće, što dovodi do poteškoća u razlikovanju kratkih svjetlosnih valova, kao što su boja lavande, plavkaste i zelene. Smanjuje se i elasticitet cilijarnih mišića, što rezultira smanjenjem akomodacije, kad tiskani materijal mijenja svoju udaljenost. Dodatno, mnogi stariji ljudi imaju bolesti oka koje smanjuju oštrinu vida (npr. katarakta, makularna degeneracija, glaukom, očne komplikacije dijabetesa) (Thompson Hingle i Robinson, 2009).

Više od 15% odraslih iznad 70 godina opisuju svoj vid kao oslabljen, a dodatnih 22% opisuje svoj vid kao dovoljan. 30% osoba u dobi preko 80 godina opisuje svoj vid kao nedovoljan (Thompson Hingle i Robinson, 2009).

Olakšanje komunikacije sa slabovidnim starijim osobama postiže se na slične načine kao sa svim slabovidnim osobama. Ako bolesnik ima problema s čitanjem osigurati snimljeni audio i video materijal, dobro je koristiti velike slike i dijagrame (Thompson Hingle i Robinson, 2009).

#### ***Govorni deficit***

*Govorni deficit* povezan s fiziološkim promjenama u starenju se u najvećoj mjeri odnosi na ranije opisane promjene u visini, boji, i jasnoći glasa, te donekle s kognitivnim slabljenjem i poteškoćama u imenovanju objekata i traženju prikladnih riječi. Ipak, ovi deficiti izraženi u jačoj mjeri, najčešće su znak i posljedica neke od kroničnih ili akutnih bolesti (Thompson Hingle i Robinson, 2009).

Ovisno o bolesti koje su simptom ili posljedica tog deficit-a, razlikovat će se i komunikacijski pristup oboljeloj osobi. Međutim, mogu se primijeniti opće smjernice za komunikaciju s osobama s poteškoćama u govoru.

### **Gubitak kognitivnih sposobnosti**

Dok se kod nekih ljudi sa starenjem kognitivna funkcija umanjuje tek neznatno ili nimalo, postoje i oni čiji je gubitak tolik da se boje kako će oboljeti od nekog oblika demencije, kao što je npr. Alzheimerova bolest. Takve poteškoće mogu uzrokovati i brojna druga stanja, kao što su fizičke i psihičke bolesti, ali i neki lijekovi. Brojne su teškoće prolazne, ali postoje i one koje imaju progresivan tijek, kao što je specifično stanje povezano sa starenjem nazvano eng. *mild cognitive impairment* (MCI) (*umjereno kognitivno smanjenje*). Te osobe imaju konstantne probleme s pamćenjem, ali nemaju druge simptome Alzheimerove bolesti. Tako neki od njih godinama ostaju na istoj razini poteškoća, bez dodatnih pogoršanja, dok se kod određenog broja s vremenom ipak razvije tipična slika Alzheimerove demencije.

## **EDUKACIJA STARIJIH OSOBA**

Da bismo starijim osobama omogućili povratak samopoštovanja i pomogli u povratku ili popravku kvalitete života, edukacija je neophodna (Barath, 1995). Zbog svojih specifičnosti, zahtjevnosti i trajanja, vrlo često se edukacija starijih osoba potpuno zanemaruje ili se automatski pribjegava edukaciji treće osobe. Određenom broju osoba uistinu je potrebna edukacija i suradnja treće osobe, najčešće člana obitelji, ali se prema samoj starijoj osobi ne treba izbjegavajuće pristupati i na taj način potpuno zanemariti i prekršiti osnovna ljudska prava pripadnika treće životne dobi (Barath, 1995).

Starije osobe većinom imaju potrebu razumjeti svoje zdravstveno stanje, ali i pokazuju volju i želju da se nauče nositi s njime. Postoje i oni koji žele i traže uključenost treće osobe, što u velikom broju bolesti i situacija uistinu pomaže staroj osobi nositi se sa svojim stanjem. U tom slučaju to im je potrebno, ali i poželjno, omogućiti (Barath, 1995).

Međutim, postoje i mnogobrojne situacije kad je uključenost treće osobe neophodna i opravdana, i to ne samo medicinski nego i pravno. Takva uključenost ne odnosi se samo na edukaciju nego i na donošenje odluka (Barath, 1995).

Dakle, opisane su situacije regulirane ne samo etički i moralno nego i zakonski. Drugim riječima, moralno, etičko i zakonsko pravo potpune uključenosti u svoje liječenje ima i starija osoba, ako je to fizički i psihički u mogućnosti (Barath, 1995). U situaciji kad je starija osoba psihofizički zdrava, mora se poštovati volja starije osobe da informacije o njezinu zdravstvenom stanju budu tajne i uskraćene ostalim članovima obitelji. Nažalost, to pravo starije osobe često se ignorira, čime se krši osnovno ljudsko pravo takve osobe, samo zato što se radi o osobi treće životne dobi (Barath, 1995).

Sama edukacija starijih osoba ne smije se shvaćati kao gubitak vremena i luksuz, jer izravno utječe i poboljšava njihov odnos prema bolesti i liječenju, povećava suradnju. To dovodi do boljeg stanja osobe, manjeg broja poteškoća i komplikacija, a u konačnici do uštede vremena.

***Osnovne upute za edukaciju starijih osoba*** su sljedeće:

- ***Edukacija od strane liječnika.*** Većina bolesnika, a ponajviše oni starije životne dobi, najveću važnost pridaju informacijama dobivenim od liječnika. Stoga se preporuča da inicijalnu edukaciju i uvod u plan liječenja započne liječnik. Uloga ostalih članova tima ne treba se podcijeniti, jer je i ona vrlo važna, a odnosi se na nastavak i proširenje edukacije.
- ***Izbjeći nepotrebno postavljanje suvišnih ili ponavljajućih pitanja.*** Potrebno je proučiti postojeću medicinsku dokumentaciju, kako se stariju osobu ne bi zamorilo postavljanjem pitanja na koja već imamo odgovore. Isto tako, potrebno je izbjegavati da osoba svakom članu tima posebno odgovara na ista pitanja, tako da se podaci i informacije koje je uzela medicinska sestra dostave liječniku, kako ih ovaj ne bi ponavljao. Ali i obrnuto, podaci koji su dobiveni na inicijalnoj edukaciji ili ostale dane informacije trebaju biti dostavljene članu tima koji će nastaviti edukaciju.

## ZAKLJUČAK

Produženje životnog vijeka donijelo je potrebe za brojnim prilagodbama modernog društva. Kako se životni vijek produžuje, populacija osoba starije životne dobi se svakodnevno povećava, kao i broj poteškoća s kojim se ova populacija suočava.

Bolesti od kojih se ranije umiralo, danas više nisu uzrok umiranja, ali za mnoge od njih ne postoji niti trajno izlječenje, pa se zajedno s brojem osoba starije životne dobi povećava i broj oboljelih od kroničnih bolesti. Mnogi stariji ljudi boluju od dvije i više kroničnih bolesti istodobno, pa su zbog toga sve češće u kontaktu sa svim profilima zdravstvenog osoblja, potrebe su im veće i kompleksnije. Analogno, zahtijevaju dodatne edukacije iz mnogih područja medicine, pa tako i edukacije iz komunikacijskih vještina. Može se očekivati da će se s vremenom cjelokupni pristup zdravstvenog osoblja prema osobama starije životne u potpunosti promijeniti, pa će edukacija te dobne skupine postati rutinski dio moderne medicinske prakse. Brojne su studije pokazale važnost i prednosti dobre komunikacije između bolesnika i zdravstvenih djelatnika, koja se može naučiti i usavršavati. Kako komunikacija sa starijim osobama ima svoje specifičnosti, u edukaciji je potrebno skrenuti pozornost na dvije vrlo važne točke. Prvo, treba imati na umu stereotipe o starenju i starima, od kojih nisu „imuni“ ni opća populacija ni zdravstveni djelatnici. Netočno je mišljenje da su starost i bolest sinonimi, da starost sa sobom neizbjegno nosi bolest. Zbog tog stereotipa zdravstveni djelatnici često umanjuju ili ignoriraju probleme starijih osoba. Drugo, stariji su bolesnici međusobno različiti i jedinstveni, na jednak način kao što su to i bolesnici mlađih dobnih skupina. Tek kad osvijestimo međusobnu različitost i jedinstvenost starijih osoba, može se uputiti na specifičnosti komunikacije sa starijima.

## 11. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S NEIZLJEČIVIM I UMIRUĆIM BOLESNICIMA

Marija Milić, bacc. med. techn.

Od drevnih vremena društva su pokušavala pružiti potporu i udobnost svojim umirućim članovima. Čovjek je smrtno biće, a smrt i bolest su neizbjegni dio ljudskog iskustva (Škrbina, Šimunović, Šantek i Njegovan-Zvonarević, 2011). Pojedincu je najveća skrb potrebna na početku i na kraju života, pa je razumljivo da mu treba pružiti adekvatnu skrb u posljednjem razdoblju života prije smrti. Čovjek ostaje čovjek do zadnjeg trenutka svog života, sa svojim pravom da se s njim postupa kako dolikuje čovjeku (Škrbina i sur., 2011).

Napredak medicine i tehnologije omogućio je da liječenje terminalno oboljelih traje relativno dugo. Dobra strana spomenute činjenice je produžavanje života, ublažavanje boli i drugih tegoba, izazvanih slabljenjem vegetativnih funkcija (Rakošec, Juranić, Mikšić Š., Jakab i Miškić B., 2014). Loša je strana da je bolesnik istrgnut iz udobnosti doma i poznate mu okoline i okružen ljudima, koji komuniciraju s bolesnikom svode samo na neophodno. Zato je važno unaprijediti odnos zdravstvenih djelatnika prema umirućim bolesnicima (Rakošec i sur., 2014). Način na koji neka osoba umire je individualan, kao što je i život. Otvorena komunikacija temelj je palijativne skrbi (Rakošec i sur., 2014).

Njega teških i umirućih bolesnika najteži je zadatak medicinskih sestara, koje doživljavaju i proživljavaju smrt svakodnevno, pa bivaju prisiljene razmišljati i suočiti se sa činjenicom vlastite smrti.

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je komunikaciju kao jednu od pet vještina neophodnih za sretan i zdrav život (Rakošec i sur., 2014). Jedino u izravnom kontaktu s bolesnikom možemo postići suradljivost i zadobiti povjerenje (Brkljačić, 2013), pa je komunikacija s bolesnikom jezgra medicine orijentirane prema čovjeku, a ne prema bolesti.

### PRISTUP TEŠKO OBOLJELOM BOLESNIKU

Komunikacija u palijativnoj medicini izrazito je težak i zahtjevan proces, a bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne skrbi. Nedostatak komunikacijskih vještina često je razlog zbog kojeg izbjegavamo razgovor s teško oboljelim bolesnikom i njegovom obitelji (Đorđević i sur., 2013).

Međutim, komunikacija s teško oboljelim, npr. onkološkim bolesnikom, ne razlikuje se od komunikacije s bilo kojim bolesnikom. Bolesnik bolest doživljava kao problem koji mu narušava svakodnevnu aktivnost (Đorđević i sur., 2013). Onkološka bolest težak je teret bolesniku i njegovoj obitelji u trenutku postavljanja dijagnoze, ali i tijekom liječenja. Jednako teške mogu biti i kronične nemaligne bolesti koje narušavaju svakodnevnu aktivnost, radnu sposobnost i onemogućuju životnu radost pojedinca (Đorđević i sur., 2013). Kronične bolesti od bolesnika i obitelji obično zahtijevaju socijalnu, emocionalnu i prilagodbu ponašanja.

Kao što je već ranije spomenuto, reakcija pojedinca na bolest ovisi o njegovim osobinama ličnosti, načinu suočavanja sa stresom, vjerovanju u ozdravljenje, socijalnoj podršci i mnogim drugim čimbenicima (Havelka i Despot Lučanin, 2010).

Elisabeth Kubler-Ross, švicarska psihijatrica, autorica knjige „O smrti i umiranju“, razvrstava **emocionalne reakcije osobe koja se suočila sa smrću** kroz pet stadija (Benko, 2008):

1. *Odbijanje i izolacija* je poricanje, koje dozvoljava postojanje nade. Bolesnik u toj fazi ne vjeruje da ima neizlječivu bolest i ne želi priznati da se to njemu događa.
2. *Ljutnja/gnjev* je faza u kojoj sebi bolesnik postavlja pitanje „Zašto ja?“. Ne može naći pravi odgovor, ali medicinska sestra mu može pomoći, ako mu ponudi podršku u svladavanju gnjeva (Benko, 2008).
3. *Cjenjanje* je suočavanje s bolešću, tijekom koje bolesnik pregovara, nastoji odgoditi neizbjegjan kraj, kako bi doživio i proživio još ugodnih trenutaka.
4. *Potistenost/depresija* je faza primjetnog opadanja fizičkih sposobnosti, kad su tuga i patnja najjače izražene, pa je u toj fazi emocionalna podrška najvažnija.
5. *Prihvaćanje* je vrijeme relativnog mira, koje se događa kod bolesnika koji su uspjeli dovoljno dugo poživjeti i koji su prihvatali neizbjegno. U toj je fazi važna prisutnost bliskih osoba (Benko, 2008).

**Članovi obitelji** terminalno oboljele osobe ne smiju imati osjećaj da su oni i njihovi najbliži napušteni. Holistički pristup podrazumijeva pristup bolesniku kao osobi u cjelini, koja ima tijelo i dušu, a ne samo bolesni organ, vodeći računa o svim njegovim potrebama (Šiljegović, 2014).

Njega umirućeg bolesnika postaje sve značajniji problem zdravstvene njegе (Šiljegović, 2014), pa nastaje potreba unaprjeđenja odnosa zdravstvenog osoblja prema bolesnicima koji umiru. S tim u vezi često nailazimo na mnoge dileme, od kojih je najčešća ona treba li bolesniku reći dijagnozu, to jest treba li bolesnika upoznati s tim da se nalazi u fazi umiranja (Havelka, 2002).

Međutim, mnogi smatraju da ta dilema nije najvažnija i da se njezino značenje prenaglašava, budući da postoje mnoga druga pitanja u vezi s odnosom prema umirućim bolesnicima. Tako Hinton (1968) navodi neka pitanja koja smatra važnjima, kao npr.: koje su glavne emocionalne poteškoće bolesnika koji umire; je li strah od smrti zapravo strah od boli, neugode i nepoznatog; možemo li umirućim bolesnicima ublažiti težinu njihova stanja. Nadalje, javljaju se pitanja: što omogućava nekim bolesnicima da bez većih emocionalnih poteškoća prihvate stanje umiranja, dok drugi to stanje doživljavaju uz teške emocionalne poremećaje; na koji način treba razgovarati s bolesnikom koji umire; o čemu treba s njim razgovarati i tko s njim treba razgovarati; koliko su bolesnici svjesni činjenice da umiru, čak i kad im se to ne kaže (Havelka, 2002).

Glasser i Strauss (1968, prema Havelka, 2002) smatraju da je angažiranje zdravstvenog osoblja oko umirućih bolesnika nedovoljno i da je potrebno uspostaviti neprekinuti stalan kontakt s bolesnikom. Vjeruju da treba uspostaviti povjerenje između bolesnika i zdravstvenih radnika, kako bi se proces umiranja učinio što manje bolnim i što podnošljivijim. Također smatraju da neangažiranost zdravstvenog osoblja oko umirućih bolesnika ovisi o karakteristikama bolesnikove ličnosti, dobi, socijalnom statusu i fizičkoj privlačnosti, o pojavnostima vezanima uz bolest, kao i o stavovima zdravstvenog osoblja prema smrti (Havelka, 2002).

## KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S TEŠKO OBOLJELIM BOLESNICIMA

Najznačajniji oblik komunikacije zdravstvenih djelatnika s bolesnikom jest *pružanje informacija o bolesti i liječenju*, s ciljem smanjivanja osjećaja bespomoćnosti i nesigurnosti zbog nedostatnog znanja o bolesti. Informiranje bolesnika može pomoći u boljem suočavanju s bolešću (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Ne manje važan oblik komunikacije jest *pružanje emocionalne podrške*. Davanjem bolesniku mogućnosti da izrazi osjećaje povećavamo njegov osjećaj osobne vrijednosti, smanjujemo tjeskobu, bespomoćnost, osjećaj izoliranosti i otuđenosti (Havelka i Despot Lučanin, 2010).

Zdravstveni djelatnici moraju biti svjesni da postoje određeni *preduvjeti za uspostavljanje uspješne komunikacije* (Šiljegović, 2014):

- odavanje poštovanja i iskrenosti
- razvijanje povjerenja iskrenošću i dosljednošću ponašanja
- procjena potrebe sugovornika u danoj situaciji
- procjena sposobnosti uspješnog suočavanja s promjenama
- prilagodba jezičnog izražavanja razini razumijevanja sugovornika
- pomaganje u rješavanju poteškoća
- pravljenje rasporeda i planiranje strategije
- vjerovanje u bolesnika i obitelj, posebice kad im nedostaje samopouzdanja.

### Razlozi nedovoljne komunikacije s teškim bolesnicima

Zdravstvenim djelatnicima koji skrbe o kroničnim, teško bolesnim ili umirućim bolesnicima teško je svakodnevno susretati se sa smrću, te zbog toga izbjegavaju emocionalnu vezanost za bolesnika (Benko, 2008).

Različiti su uzroci loše komunikacije između osoblja i umirućih bolesnika. Fletcher (1972, prema Benko, 2008) navodi *pet najčešće postavljenih pitanja u kontekstu komunikacije s umirućim bolesnicima*, nastojeći odgovorima objasniti uzroke loše komunikacije. Pitanja su sljedeća (Benko, 2008):

#### 1. Zašto se ne razgovara s umirućim bolesnicima?

Osoblje je usmjereni „akcijski“, što ne ostavlja dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom. Najvažniji razlog nerazgovaranja nedostatak je adekvatnog obrazovanja, pa mnogi ni ne znaju razgovarati s umirućim bolesnikom.

#### 2. Kada treba razgovarati s umirućim bolesnicima?

Uvijek kada bolesnik želi razgovarati, ali je prethodno potrebno uspostaviti odnos povjerenja. Ako bolesnik ne želi razgovarati, ne treba ga prisiljavati, već treba pričekati da pokaže interes za razgovor.

#### 3. Tko treba razgovarati s umirućim bolesnicima?

Razgovarati bi trebali svi djelatnici sa svog aspekta, pritom je liječnik više odgovoran za objašnjenja s medicinskog aspekta, a medicinske sestre za pružanje suosjećanja i podrške.

#### *4. Što treba reći umirućem bolesniku?*

To je najsloženije pitanje, jer se bolesnici razlikuju po osobinama ličnosti, obrazovanju, ranijim iskustvima i drugim čimbenicima. Ne može se dati opći savjet, ali treba poštovati potrebe bolesnika.

#### *5. Što se može učiniti da se unaprijedi komunikacija s umirućim bolesnikom?*

Treba dodatno obrazovati djelatnike, bilo seminarima ili uvođenjem komunikacijskih vježbi, metodom igranja uloga (Benko, 2008).

### **Posebnosti komunikacije s teškim bolesnicima**

**Osnovne potrebe teških bolesnika** mogu se klasificirati na sljedeći način (Havelka, 2002):

- *Potreba za ublažavanjem боли* uspješno se ostvaruje primjenom suvremenih dostignuća kirurgije, farmakologije, psihologije i tehnikama uklanjanja боли.
- *Potreba za očuvanjem samopoštovanja* najviše se očituje u potrebi bolesnika da zadrže kontrolu nad svojim funkcijama što duže. Najugroženija je kod uznapredovale bolesti, kad bolesnici izgube kontrolu nad fiziološkim funkcijama.
- *Potreba za pažnjom i pripadanjem* izražava se ponašanjem bolesnika koji zahtijeva da stalno netko bude uz njega, a osobito željom za fizičkim kontaktom. Pri tome veliku važnost imaju oblici fizičkog kontakta, kao što su držanje za ruku, tapšanje, dodirivanje i sl.
- *Potreba za komunikacijom i suosjećanjem* osobito je intenzivna ako je osoblje emocionalno hladno i ne pokazuje da ih bolesnikova bolest pogarda.

Radi zadovoljenja spomenutih potreba, potrebno je naći vremena i čuti što bolesnik želi reći, jer je već i samo slušanje emocionalno olakšanje za bolesnika (Havelka, 2002).

*Komunikaciju s teškim bolesnicima* možemo poboljšati ako:

- bez obzira na naše strahove, bolesniku pokažemo pozitivne emocije
- objasnimo bolesniku da nismo ljuti i da naš strah nema veze s njegovom bolešću
- objasnimo bolesniku djelovanje terapije, trajanje i rezultate koje očekujemo
- pokažemo male znakove pažnje (slušanje, masaža bolnog mjesta, upitivanje bolesnika o tome kako se osjeća)
- na najjednostavniji način pokušamo zadovoljiti bolesnikove potrebe (Havelka, 2002).

Važna je uravnotežena prezentacija činjenica, s dovoljno vremena i objašnjenja kojima pomažemo bolesniku da razumije i prilagodi se činjenicama koje je čuo. Najčešće je dovoljno samo pronaći malo vremena i saslušati bolesnika što želi reći, jer i to predstavlja emocionalno olakšanje (Đorđević i sur., 2013). Obavijesti koje daju zdravstveni djelatnici imaju za cilj smanjiti napetost i nestvarna očekivanja (npr. koje opisuju posljedice i popratne pojave kemoterapije i zračenja, ishod dijalize).

## KOMUNIKACIJA S OBITELJI TEŠKO OBOLJELOG BOLESNIKA

Bolesnici imaju obitelj ili prijatelje koji imaju funkciju obitelji jer se brinu za bolesnika i preuzimaju obvezu i skrb oko bolesnika, koju u pravilu preuzima obitelj (Đorđević i sur., 2013). S obitelji se razgovara uz dozvolu bolesnika, a pojedini bolesnici žele da kod prvog razgovora bude prisutan netko iz obitelji. To je važno zbog psihološke potpore bolesniku i neophodne njege koja mu je potrebna kod kuće (Đorđević i sur., 2013).

U komunikaciji s obitelji *teško oboljelog bolesnika* potrebno je (Havelka i Despot Lučanin, 2010):

- utvrditi tko su izvori *socijalne podrške* bolesniku unutar obitelji
- procijeniti *vjerovanja obitelji* koja mogu utjecati na odnos bolesnika prema bolesti i liječenju
- utvrditi *postupanje s povjerljivim podacima* unutar i izvan obitelji.

Dobra komunikacija s bolesnicima i njihovim obiteljima iznimno je važna pred kraj života jer ona utječe na razmišljanje i ponašanje samog bolesnika, ali i njegove obitelji. Tada liječnik može primijetiti brigu bolesne osobe koja ne želi previše opteretiti svoju obitelj stanjem u kojem se nalazi (Đorđević, 2011). To upućuje zdravstvene djelatnike da se nikada ne smiju uplašiti njihova stanja, bez obzira na to koliko ih bolesnici opteretili svojim životno važnim problemima. Naime, iako je tuđu bol teško razumjeti, uvijek se moraju truditi razumjeti bolesnike što je više moguće (Đorđević, 2011). Bolesnim osobama pred kraj života zdravstveni djelatnici trebaju pružiti veliko strpljenje i razumijevanje. U takvim se situacijama osobe, osim zdravstvene skrbi, od medicinskog osoblja očekuje i podršku (Đorđević, 2011).

Kad je riječ o teško ili neizljječivo bolesnim osobama, liječnici se posebno moraju pobrinuti za uspostavljanje dobre komunikacije s obitelji oboljele osobe (Štifanić, 2013).

## ZAKLJUČAK

Briga za bolesnika u terminalnoj fazi bolesti, osim olakšavanja боли i odgovarajuće njege, obuhvaća i psihološku pomoć. Članovi multidisciplinarnog tima trebaju imati razvijene komunikacijske vještine, posebno empatiju i aktivno slušanje, jer svaki član tima mora biti u stanju razgovarati s bolesnikom kad on to zaželi. Povjerenje u stručni tim ovisit će o tome jesu li svi članovi tima osjetljivi i otvoreni u svojoj komunikaciji s bolesnikom i obitelji. Medicinske su sestre članovi tima koji najviše vremena provode s bolesnikom, te su odgovorne za stalnu procjenu potreba i planiranje zdravstvene njege. Zdravstveni djelatnici moraju u potpunosti poštovati prava bolesnika, biti profesionalni (u skladu s profesionalnim obavezama i standardima) i u tom kontekstu raditi u interesu bolesnika.

## 12. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE S OBITELJIMA BOLESNIKA

Kate Milutinović, bacc. med. techn.

Komunikacija se odnosi na interakciju između bolesnika i zdravstvenih radnika, ali i na interakciju između bolesnika i njihovih obitelji, kao i interakcije između različitih zdravstvenih radnika i službi koje su uključene u skrb (Đorđević i sur., 2013). Komunikacija je neizostavna u odnosu između zdravstvenog osoblja i bolesnika ili bolesnice te njegove/njezine obitelji (Đorđević, 2011), pa je kvalitetna komunikacija između oboljele osobe i njezine obitelji s medicinskim osobljem imperativ. Naime, stručne osobe koje dobro komuniciraju sa svojim bolesnicima točno i sveobuhvatno određuju problem, bolje prikupljaju cijelovite, važne i točne podatke o bolesnikovu problemu, bolje zamjećuju njegovu emocionalnu neugodu, imaju bolesnike koji prihvataju i slijede dobivene savjete, te lakše i jednostavnije uspostavljaju odnose s obitelji oboljelog (Despot Lučanin i sur., 2006).

Odnos bolesnika prema bolesti u velikoj mjeri ovisi o njegovim prijašnjim iskustvima, o bolestima nekoga iz obitelji te o uobičajenim vjerovanjima o nekoj bolesti (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Osim toga, odnosi u svakoj obitelji složeni su i dinamični, pa se obitelj treba prilagoditi zahtjevima nove situacije, dok obiteljski odnosi mogu postati napetiji. Na primjer, neki ljudi, uključujući i zdravstvene djelatnike, imaju negativne stavove prema pušačima koji se liječe od srčanih ili dišnih bolesti (Havelka, Despot Lučanin, 2010). Slično tako, rodbina bolesnika zaraženog HIV-om može bolest smatrati kaznom za njegovu homoseksualnost. Istodobno, osoba koja boluje od hemofilije, a HIV-om se zarazila pri transfuziji, dobit će suosjećanje rodbine.

Obitelj treba pomoći bolesniku da se prilagodi jer je njihov utjecaj na njega velik (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Članovi obitelji mogu preispitivati svoje ponašanje pitajući se je li njihovo ponašanje odgovarajuće, jesu li previše napeti ili opušteni. Često su prestrašeni, nespretni i nesigurni, ali skrivaju svoje psihičko stanje (Đorđević i sur., 2013). Međutim, bitno je da članovi obitelji dijele slična ili ista očekivanja i poglede na situaciju kao bolesnik i liječnik. Naime, bolest i na članove obitelji ostavlja veliki stres što dovodi do niza različitih emocija koje utječu na njihov život i normalno funkcioniranje (Đorđević, 2011). Važno je da liječnik poznaće način na koji funkcioniraju odnosi u obitelji te kako se bolest pojedinog člana odražava na cijelu obitelj. Komunikacija s obitelji trebala bi obuhvatiti redovito održavanje obiteljskih sastanaka na kojima će se raspravljati o tome što je najbolje za bolesnika (Đorđević, 2011).

Obitelj je najčešće *primarni skrbnik* o bolesniku. Ona ima svoju dinamiku, dijeli bolest svog člana i prolazi vrlo teška razdoblja njegove bolesti. **Glavni skrbnik bolesnika** je u 70% slučajeva njegov bračni partner, djeca u oko 20% slučajeva, a u oko 10% prijatelj ili daljnji rođak. Obitelj je ono što bolesnik naziva imenom obitelji (to može biti susjed, homoseksualni partner, najbolji prijatelj, ako tako smatra bolesnik i ako mu te osobe pomažu).

**Obitelji s posebnim potrebama** su one gdje malo dijete gubi roditelja, gdje samohrani roditelj umire i ostavlja djecu kao siročad, gdje imamo obitelj starih roditelja s tjelesnim hendikepom ili mentalno bolesnim djetetom, obitelji izolirane migracijom i slično (Đorđević i sur., 2013).

## SASTANCI S OBITELJI BOLESNIKA

Važno je da se na obiteljskom sastanku svi predstave i kažu u kakvoj su vezi s bolesnikom. Središnja tema i fokus sastanak jest pitanje: „što je najbolje za bolesnika“? Najčešće se sastanci odvijaju u dva dijela: prvi dio vodi kliničar, a drugi netko tko se bavi psihosocijalnom skrbi (problematika: suočavanje, emocionalne reakcije, utjecaj bolesti na obitelji te obitelji na bolesnika) (Đorđević i sur., 2013). Za razliku od prakse kod nas, u razvijenim zemljama svijeta vodi se medicinska dokumentacija s obiteljskog sastanka. U svakom slučaju, obiteljski je sastanak jako važan u cijelokupnoj skrbi o bolesniku i nezaobilazna je točka u liječenju. Promovira se partnerstvo obitelji s tim (Đorđević i sur., 2013).

### **Educiranost liječnika za komunikaciju s bolesnikom i njegovom obitelji**

Tijekom školovanja (studija, pripravničkog staža, specijalizacije) ne postoji formalna edukacija koja bi zdravstvene djelatnike uputila ili naučila kako komunicirati s bolesnikom, niti ih upoznala s kojim će se problemima tijekom komunikacije s bolesnicima susresti. Ponekad ne naučimo kako bolesnika utješiti, kako mu emocionalno pomoći, kako prići njegovoj obitelji i dati joj tako važne podatke (Đorđević i sur., 2013). Prema istraživanjima Cancer Research u Velikoj Britaniji, liječnici koji ne uspijevaju uspostaviti dobru komunikaciju s onkološkim bolesnikom i njegovom obitelji nanose im i fizičku i emocionalnu štetu (tjeskobu, strah, nepovjerenje), ali i sebi, liječnicima i medicinskom osoblju (stres, gubitak zadovoljstva u poslu) (Đorđević i sur., 2013). Liječnici na vrlo različite načine razgovaraju s bolesnicima o njihovoj dijagnozi i liječenju. Često ne kažu sve i zadrže za sebe ono što po njihovom mišljenju pretpostavljaju da bi moglo izazvati stres u bolesnika i rodbine (Đorđević i sur., 2013). Komunikacija je važan, ali zanemaren, čimbenik koji utječe na kvalitetu liječenja. Lošoj komunikaciji pridonosi neadekvatna izvježbanost liječnika za razgovor, koji je često osjetljive i emocionalne prirode, kao i okolina u kojoj se razgovor odvija (Đorđević i sur., 2013).

### **Kada voditi sastanak s obitelji?**

***Obiteljski susreti*** događaju se i organiziraju najčešće u nekoliko situacija:

- Nakon dijagnoze, kad je sve usmjereno liječenju i skrbi.
- Tijekom prijema u bolnicu, uz rasprave o ciljevima liječenja i terapijskim opcijama.
- Tijekom palijativne skrbi, gdje je podrška obitelji u planiranju daljnje skrbi bitna.
- Kad postoji konflikt oko pitanja skrbi, posebno u slučaju kada bolesnik nema kapacitet za odlučivanje, kada je nesiguran oko ciljeva liječenja.

Obiteljski su sastanci česti u onkologiji, pedijatrijskoj onkologiji, palijativi, genetskim savjetovalištima (Đorđević i sur., 2013).

### **O čemu treba voditi računa pri razgovoru s obitelji?**

U *razgovoru s obitelji* voditi računa o sljedećim ***čimbenicima*** (Havelka i Despot Lučanin, 2010):

- znati da je i obitelj zabrinuta, uplašena i tjeskobna
- složene informacije obitelji treba davati u manjem opsegu
- treba ponoviti informaciju i dopustiti obitelji dovoljno vremena za pitanja
- neprestano obitelj izvještavati o promjenama i napredovanju situacije
- ako je stanje bolesnika loše, uputiti obitelj da dolazi u posjete češće, ali nakratko
- uključiti obitelj u planiranje zdravstvene njegе i predviđanje mogućih poteškoća
- raspravlјati otvoreno i iskreno o problemima s članovima obitelji
- razmotriti zajedno sve alternativne mogućnosti
- pružiti obitelji obavijesti o postojećim oblicima pomoći u zajednici
- upozoriti obitelj na utjecaj bolesti na emocionalnu i obiteljsku situaciju
- upozoriti članove obitelji da ih šutnja može razdvojiti u vrijeme kad bi trebali vjerovati jedni drugima.

### **Kako voditi sastanak s obitelji?**

*Ciljevi vođenja osnovnog planski pripremljenog obiteljskog sastanka jesu:*

- edukacija o bolesti i njezinu liječenju
- procjena potreba skrbnika
- razumijevanje želja o skrbi na kraju života i želja o mjestu umiranja
- analiza tko donosi odluke u obitelji i koje su direktive za buduće liječenje
- rasprava o tome što nakon otpusta
- procjena načina suočavanja obitelji, kao i procjena članova koji su pod većim rizikom za psihičku dekompenzaciju, posebno u slučaju kad bi ih trebalo uputiti stručnjaku (Đorđević i sur., 2013).

Bolest, strah od smrti, osjećaj da je smrt realno moguća ili je već blizu potiče analizu odnosa s obitelji općenito, kao i onih koji se tiču oboljele osobe (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Svaki član obitelji drugačije se suočava sa bolešću drugog člana, ovisno o svojoj ulozi u obitelji. Neki će članovi pružati praktičnu, a neki emocionalnu podršku, dok će neki izbjegavati suočavanje s bolešću, povlačenjem i distanciranjem (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Kao što je ranije spomenuto, bolest obično ujedinjuje i približava obitelj, ali u nekim slučajevima produbljuje nesporazume i teškoće koje postoje od ranije. Bitno je da se stresna situacija što prije prevlada i da se komunikacija održava kako bi se postigla nova ravnoteža koja uvažava novonastalu situaciju (Havelka i Despot Lučanin, 2010).

### **Postupanje s povjerljivim podacima unutar obitelji**

Kad je obitelj tjeskobna, tražit će informacije o dijagnozi i prognozi bolesnika (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Ponekad zbog toga mogu nastati problemi. Obitelj bolesnika nastojat će dobiti informacije po svaku cijenu. Pa ako ih ne dobije od liječnika, tražit će ih od drugih članova medicinskog tima, koji nisu nadležni da ih daju, kao npr. medicinske sestre ili fizioterapeuta (Havelka

i Despot Lučanin, 2010). Obitelj će tražiti informacije i od drugih koji sudjeluju u liječenju kako bi „došli do istine“, ili kako bi dobili malo nade. Pritom se javlja dvojba liječnika hoće li članovima obitelji dati lažna razuvjeravanja da bi se nakratko umirili ili im ponoviti ono što im je već rečeno, a što ih nije zadovoljilo (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Obitelj može pokušati kontrolirati davanje informacija drugima, pa i samom bolesniku, kako bi ga zaštitila, ali baš prikrivanje može neku tešku situaciju učiniti još složenijom. Pitanje je čiji se interesi time štite (Havelka i Despot Lučanin, 2010).

Zdravstveni djelatnici dužni su štititi privatnost bolesnika i povjerljivost podataka. Međutim, ponekad je nužno obznaniti neke podatke kako bi se zaštite druge osobe koje dolaze u dodir s bolesnikom (npr. zarazne bolesti) (Havelka i Despot Lučanin, 2010).

Problemi mogu nastati zbog prikrivanja bolesti unutar obitelji, primjerice kad bolesnik ne želi da obitelj zna za njegovu bolest, i obrnuto. Međutim, postoji razlika između *povjerljivih* i *prikrivenih* podataka (Havelka, Despot Lučanin, 2010).

**Povjerljivi podaci** su poznati malom broju ljudi, a **prikriveni** se ne dijele ni s kim. Problem nastaje kad obitelj ili bolesnik posumnja da se od njih skrivaju neki podaci.

U takvima se slučajevima (*zatajenja nekih podataka*) preporuča postupiti na sljedeći način (Havelka i Despot Lučanin, 2010):

- razgovarati s bolesnikom prije nego s obitelji i pitati ga za dopuštenje razgovora o njegovu stanju
- pitati bolesnika kome iz obitelji možemo dati informacije o njegovu stanju
- zabilježiti razgovor s obitelji da bi suradnici imali uvid u (prethodni) sadržaj razgovora
- obitelj uputiti na razgovor s bolesnikom o činjenicama koje je on zatajio.

Ako se bolesniku *objasne problemi* koji mogu nastati prikrivanjem podataka (Havelka i Despot Lučanin, 2010), može doći do sljedećih *poželjnih posljedica*:

- nestat će napetosti u odnosu bolesnika prema obitelji
- bolesnik će preuzeti odgovornost za rješavanje problema
- komunikacija bolesnika s obitelji i zdravstvenim djelatnicima bit će otvorenila i lakša
- suočavanje s tajnama može pomoći bolesniku da prevlada strahove.

Međutim, potrebno je strpljenje i vještina za rješavanje takvih situacija. Povjerenje i kompetencija članova obitelji ne smije se umanjiti, već ih treba savjetovati. Ne treba odmah očekivati prihvatanje svih objašnjenja, jer je potrebno nešto vremena i ponavljanja dok ljudi shvate što im je rečeno (Havelka i Despot Lučanin, 2010).

## UTJECAJ OBITELJI NA BOLESNIKOV ODNOS PREMA BOLESTI I LIJEČENJU

### Socijalna podrška

Kad se razbolimo, okrećemo se drugima tražeći podršku i obično u većoj mjeri ovisimo o užoj obitelji i prijateljima. Osim praktične pomoći, **socijalna podrška** uključuje emocionalnu podršku i utjehu u vrijeme kad se naše nade i samopouzdanje gase (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Socijalna

podrška ublažava djelovanje stresa, u psihološkom i fiziološkom smislu, pa je zato važna i za psihičko i za tjelesno zdravlje. Stoga je važno da zdravstveni djelatnici pomognu bolesniku i da održe odnose s njemu dragim osobama, te da dobije socijalnu podršku od drugih osoba (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Dobro je potaknuti bolesnika da priča o svojoj obitelji o osobama s kojima je posebno blizak i na čiju pomoć može računati. Naime, glavni izvor socijalne podrške ne moraju nužno biti osobe od kojih se to očekuje, npr. supružnik, roditelj, odraslo dijete (Havelka i Despot Lučanin, 2010).

Mnogi se bolesnici zbog svojih **vjerovanja o zdravlju** ne pridržavaju uputa o liječenju, na što se može posumnjati kad nema promjene u stanju bolesnika (Havelka i Despot Lučanin, 2010). O tome se može razgovarati s obitelji i rođinom. Na primjer, bolesnik može vjerovati da je neko liječenje opasno ("Moj rođak je umro od tih tableta") (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Da bi se izbjegla ovakva vjerovanja i ponašanja, potrebno je objasniti i provjeriti razumiju li bolesnik i njegovi najbliži u čemu se sastoji liječenje, koji su ciljevi liječenja, i potaknuti bolesnika da pita što mu nije jasno. Konačno, dobro je pitati razumiju li činjenice o bolesti i članovi njegove obitelji, te ima li nešto što ih brine (Havelka i Despot Lučanin, 2010).

## REAKCIJE OBITELJI NA BOLEST KAO KOMUNIKACIJSKA PREPREKA

*Način na koji obitelj reagira na bolest* može stvoriti problem u komunikaciji i liječenju:

- Ako obitelj negira bolest, neće poticati osobu da se liječi (npr. u slučaju ovisnika ili mlade djevojke koja ne jede i gubi na težini).
- Mogu vjerovati da se svi problemi mogu izlječiti pa inzistiraju na nastavku liječenja (npr. roditelji koji ne vjeruju da se njihovo dijete neće probuditi iz kome).
- Sami rješavaju problem pa pogrešno savjetuju bolesnika (npr. osobi koja ima jake bolove u želucu daju da popije čašicu rakije) (Havelka i Despot Lučanin, 2010).
- Za rješavanje svake od tih situacija potrebna je vještina i strpljivost.

Zdravstveni djelatnici ne smiju umanjiti povjerenje i kompetenciju članova obitelji, a istovremeno im moraju dati savjete koji su njima neobični (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Ne treba očekivati od ljudi (članova obitelji) da prihvate sva objašnjenja, jer je za to potrebno dulje vrijeme, a često i dosta ponavljanja dok ljudi ne shvate što im je rečeno (Havelka i Despot Lučanin, 2010).

Upute koje pomažu u **postupanju zdravstvenih djelatnika prema obitelji bolesnika**:

- Priznajte članovima obitelji da pružaju korisnu podršku bolesniku.
- Razgovarajte s njima i dajte im vremena da izraze brige i postave pitanja.
- Ako je moguće, smjestite ih u neki prostor gdje mogu biti sami.
- Odredite ključnu osobu (liječnika ili medicinsku sestru) s kojom mogu kontaktirati. Recite im da će biti obaviješteni ako se bolesnikovo stanje pogorša.
- Ako je stanje bolesnika loše, uputite obitelj da dolazi u posjet često, ali nakratko.
- Ne pregledavajte bolesnika (osim ako je dijete) pred rođinom.
- Ne provodite nikakve zahvate pred rođinom (npr. vađenje krvi), već ih zamolite da prethodno izđu iz sobe.

- Ne raspravljajte o problemima s obitelji za vrijeme vizite.
- Potrebno je zahtjevno priopćivanje obitelji da je njihov bolesni član umro (Havelka i Despot Lučanin, 2010).

## **SMJERNICE U KOMUNIKACIJI S OBOLJELIM I NJEGOVOM RODBINOM**

Kronične su bolesti dugotrajne i zahtijevaju od bolesnika i obitelji trajnu prilagodbu. Najznačajniji oblik komunikacije zdravstvenih djelatnika s bolesnicima jest pružanje informacija o bolesti i liječenju te pružanje emocionalne podrške (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Cilj tih oblika komunikacije jest postizanje bolesnikove odgovornosti i bolje slijedeće uputa dobivenih od zdravstvenih djelatnika. Komunikacija zdravstvenih djelatnika s oboljelim i članovima njegove obitelji često je nedostatna, jer zdravstveni djelatnici nemaju puno vremena za razgovor (Havelka i Despot Lučanin, 2010). Stoga je to veliko emocionalno opterećenje za zdravstvene djelatnike. Naime, oni s temeljnim obrazovanjem stečenim kompetencijama nemaju dovoljno znanja ni vještina za takve oblike komunikacije, a prisiljeni su izbjegavati sukob uloga afektivne neutralnosti i suošćećajnosti.

Nedoumice oko načina komunikacije s rodbinom i bolesnikom mogu se riješiti jasnim uputama zdravstvenim djelatnicima o tome kada i tko treba razgovarati s njima, i što im točno treba reći u točno definiranim situacijama. Pritom treba znati da je obitelj teško bolesne osobe važan izvor njezine socijalne podrške (Havelka i Despot Lučanin, 2010).

## **POSEBAN SLUČAJ – KOMUNIKACIJA S OBITELJI ONKOLOŠKOG BOLESNIKA**

U radu s onkološkim i drugim bolesnicima s teškim ili neizlječivim bolestima često smo u situaciji *trijadnog odnosa* (liječnik, bolesnik, član obitelji), što još više pojačava izazove i složenost razmjene informacija i komunikaciju. Istraživanja upućuju na važan utjecaj člana obitelji na odnos liječnik - bolesnik, a koji unosi dodatnu dinamiku u kliničku interakciju svojom ličnosti, načinima suočavanja, željom za postavljanjem pitanja liječniku, prijašnjim iskustvima s onkolozima ili liječnicima općenito (Đorđević i sur., 2013). Kliničaru treba potpora obitelji za najbolju skrb svom bolesniku.

**Partneri** bolesnika često su prisutni na ambulantnim pregledima. Važno je znati dijele li oni slična ili ista očekivanja i poglede na situaciju kao bolesnik i liječnik (Đorđević i sur., 2013). Oni su i sami u velikom stresu zbog bolesti osobe koju vole te velikih zahtjeva koje skrb iziskuje. Liječnici najčešće smatraju da će partner imati pozitivan učinak na ishod liječenja bolesnika (Đorđević i sur., 2013). Naime, partner može na pregledu biti podržavajući, a ne kontrolirajuće ljut, tih, uplašen ili zbumjen. Poruke u tom trijadnom odnosu nose i sadržaj (dijagnoza, prognoza) i informacije o odnosima, a mogu biti kongruentne, komplementarne ili konfliktne. Zato je iznimno važna dobra komunikacija s partnerom, uključivanje partnera u komunikaciju, razvijanje empatije, poznavanje odnosa partnera i bolesnika, ali i općenito cijeli proces komunikacije (Đorđević i sur., 2013).

Za vrijeme dok se bore sa svojim dubokim emocijama, oni koji su najbliži svakodnevnim doživljajima bolesnika, moraju pružiti svoju pomoć već na početku pojave bolesti (Lugton i Kindlen, 1999). Ako je bolesnik punoljetna osoba, na kraju razgovora o njegovoj bolesti pitamo ga možemo li razgovarati o bolesti i s drugim članovima obitelji. Uz dozvolu bolesnika, razgovaramo s najbližim članovima obiteljima (Lugton i Kindlen, 1999). Tijekom razgovora s takvim bolesnicima ne smije se dopustiti da zdravstveno osoblje prekida telefonski poziv ili prisutnost nekih drugih osoba kojih se razgovor ne tiče (Lugton i Kindlen, 1999).

Kad se na konziliju donese odluka, tj. prijedlog o načinu liječenja, on se opet ponovi ispred članova obitelji i bolesnika. Od bolesnika se traži posebna privola (suglasnost) za provođenje terapije (Lugton i Kindlen, 1999). O svim terapijskim metodama bolesnik odlučuje sam ili uz pomoć svoje obitelji, pa se donosi konačna odluka za budući tijek. Naime, životni vijek oboljelih od malignih bolesti sve se više prodljuje uz različite faze pogoršanja i poboljšanja, ponovljenih liječenja i medicinskih intervencija (Lugton i Kindlen, 1999). Zbog tog zdravstveno osoblje treba pripremiti obitelj bolesnika da takvo stanje može dugo trajati i pri tome ne treba davati prognoze o prezivljavanju. Svaki čovjek je jedinka za sebe i nitko ne može sa sigurnošću reći koliko će njegov život trajati (Lugton i Kindlen, 1999). To su osnovne smjernice kojih se treba držati tijekom komunikacije s obiteljima takvih bolesnika. Obitelj treba pripremiti o događajima koji slijede dajući uvjek prostora za nadu i održavati takvu vrstu komunikacije (Lugton i Kindlen, 1999), ali obavezno u ugodnoj obiteljskoj atmosferi, kako za bolesnika tako i za obitelj (Đorđević i sur., 2013).

## ZAKLJUČAK

Komunikacija zdravstvenih djelatnika s bolesnikom i s njegovom obitelji sastavni je dio procesa liječenja. Uvijek je važno odrediti ključnu osobu (liječnika ili medicinsku sestru) s kojom obitelj može kontaktirati i informirati se o svim nastalim promjenama. Prije bilo kakvih davanja informacija rodbini, s bolesnikom se moramo dogovoriti kome od obitelji možemo davati informacije. Potrebno je doznati s kim je bolesnik posebno blizak i na čiju pomoć može računati. Ponekad rodbinu bolesnika ne čini ni bračni drug ni djeca ni roditelji već susjed, prijatelj ili partner, pa to moramo poštivati. Važno je da zdravstveni djelatnici pomognu bolesniku da održi odnose s njemu važnim osobama, jer time jača socijalnu podršku koja je bitna u procesu liječenja. Vjerovanja obitelji mogu utjecati na bolesnikov odnos prema bolesti i liječenju. Kada se rodbini pruže potrebne informacije o stanju bolesnika te poštuje postupanje s povjerljivim podacima, komunikacija između bolesnika, obitelji i zdravstvenih djelatnika bit će otvorenila i lakša.

### **13. PRIOPĆAVANJE LOŠE VIJESTI TE KOMUNIKACIJA S OŽALOŠĆENIM OSOBAMA**

Ana Radetić, bacc. med. techn.

**Loša vijest** je bilo koja informacija koja nepovoljno ili ozbiljno pogađa bolesnika. Loše vijesti drastično i negativno mijenjaju bolesnikov pogled na budućnost. Objavljuvanje loše vijesti teško je i bolesniku, ali i osoblju. Priopćavanje loših vijesti kompleksan je komunikacijski zadatak, koji uključuje verbalnu i neverbalnu komunikaciju onih koji priopćavaju vijest, prepoznavanje i odgovaranje na bolesnikove emocije, uključivanje bolesnika i rodbine u doноšење odluka i pronalaženje načina za oblikovanje nade i pružanje podrške (Đorđević i sur., 2013).

Reakcije na lošu vijest daju predodžbu o tome kako su informacije o bolesti primljene, kao i smjernice kako dalje komunicirati. Način priopćavanja loše vijesti stvara osnovu za brojne aspekte skrbi o bolesniku, uključujući odluke o liječenju, informirani pristanak, uključivanje obitelji u skrb, smještaj. Priopćavanje loših vijesti je proces, a ne jednokratni događaj (Đorđević i sur., 2013). Važan je obziran, empatičan način priopćavanja, s obraćanjem pozornosti na govor tijela priopćavatelja. Osoba koja iznosi vijest mora prepoznati i odgovoriti na emocije onoga tko je prima (Đorđević, 2011). To se odnosi i na situacije kad bolesnici ili njihove obitelji moraju donijeti odluke, ali i kada u njima treba probuditi nadu i pružiti im podršku. U svakodnevnoj praksi priopćavanja loših vijesti, razlika između vještog i nevještog zdravstvenog djelatnika najviše je izražena u sposobnostima i tehnikama kojima se koriste u suočavanju s bolesnikovim emocionalnim reakcijama (Đorđević i sur., 2013).

Osim općih komunikacijskih vještina, važnih u svakodnevnom odnosu s bolesnicima, zdravstveni djelatnici trebali bi imati specifične sposobnosti komuniciranja u situacijama kad se bolesnoj osobi ili njezinoj obitelji treba priopćiti neka loša vijest. Naime, riječ je o iznimno teškim situacijama u kojem nije dovoljno samo poznavanje materije, već treba imati razvijenu empatiju, razumijevanje, osjećaj povjerenja, strpljivost i sl. (Lehki i sur., 2011).

Loša komunikacija izaziva kod bolesnika neizvjesnost, strah i zabrinutost (Lehki i sur., 2011), a bolest prate osjećaji i stanja koja često imaju teške i negativne posljedice za bolesnika i njegovu obitelj. Drugim riječima, način na koji se priopćava loša vijest iznimno je važan jer loš odabir priopćavanja može traumatizirati bolesnika ili njegovu obitelj (Đorđević, 2011). Bolesnici i njihove obitelji često prolaze teška emocionalna stanja prilikom suočavanja s lošim vijestima, te svako nerazumijevanje i doživljeno hladan odnos zdravstvenog osoblja situaciju čini za njih bezizlaznom i još težom.

Pri priopćavanju loših vijesti intelektualnu prepreku čini liječničko korištenje medicinske terminologije, pa iznošenje dijagnoze i drugih podataka bolesnika stavlja u inferioran položaj i stvara mu nepoznanice, koje dodatno otežavaju njegovo ionako teško stanje. I u tom je slučaju čest problem komunikacije između medicinskog osoblja i bolesnika ili njegove obitelji (Lehki i sur., 2011).

#### **KAKO OBAVIJESTITI BOLESNIKA O LOŠIM VIJESTIMA**

Priopćavanje loših vijesti zahtijeva slušanje, promatranje i empatiju u jednakoj mjeri kao i biranje pravih riječi. Način priopćavanja loših vijesti moralni je i komunikacijski izazov. Loše vijesti

treba priopćiti korak po korak (Šiljegović, 2014). Prostor u kojem se razgovara treba biti ugodan, miran i bez mogućnosti uznemiravanja. Tijekom razgovora važno je fokusirati na sugovornika, uz pojačanu primjenu neverbalnih metoda komunikacije (gledanje bolesnika u oči, korištenje dodira). Naime, nekomunikativan bolesnik može šutjeti, ne želeći razgovarati o svojim strahovima i tuzi (tablica 4) (Šiljegović, 2014).

Tablica 4. Preporuke za priopćavanje loših vijesti (Đorđević i sur., 2013)

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Osigurati odgovarajuće mjesto i vrijeme</li> <li>– Dati nužne osnovne informacije</li> <li>– Biti izravan, izbjegavati kolokvijalne izraze i eufemizme</li> <li>– U razgovoru dopustiti šutnju i emocionalno izražavanje</li> <li>– Ustanoviti i procijeniti reakciju bolesnika</li> <li>– Odgovoriti na trenutačnu tjeskobu i nelagodu</li> </ul> |
|---|

Treba ponoviti da bolesnik ima pravo *ne znati* (dijagnozu i/ili prognozu), ako je to njegova želja, premda su rijetki bolesnici koji ne žele čuti dijagnozu, ili ne žele znati pojedinosti liječenja. Kelly i Friesen (1950, prema Havelka, 2002) ustanovili su da više od 90% slučajno odabranih osoba izjavljuje kako bi željelo znati dijagnozu, čak i ako se radi o terminalnoj bolesti. Gilberten i Wangenstein (1961, prema Havelka, 2002) postavili su isto pitanje bolesnicima koji su se oporavljali od kirurških zahvata na želucu i debelom crijevu zbog maligne bolesti. Oko 82% od ukupno 300 bolesnika izjavilo je da želi znati potpunu istinu o svojoj bolesti i mogućem ishodu. Aitken-Swan i Easson (1959, prema Havelka, 2002) samoinicijativno su priopćili dijagnozu bolesti svojim bolesnicima i u kasnijem razgovoru utvrdili da je samo 7% od 231 bolesnika bilo nezadovoljno zbog otvorenog priopćavanja dijagnoze.

## PROCES PRIOPĆAVANJA LOŠE VIJESTI

Potrebno je ispitati razumijevanje ili sumnje onoga kome se priopćava vijest. Bitno je da je medicinsko osoblje svjesno vrlo velikog raspona individualnih strahova i brige koju bolesnici ili njihove obitelji mogu imati, vezano uz bolest, kao i loše vijesti (Đorđević, 2011).

U kontaktu s liječnikom prva loša vijest koju bolesnik ili njegova obitelj mogu čuti najčešće je *dijagnoza* bolesti. Liječnici takve situacije često doživljavaju vrlo stresnim, kako na psihičkoj, tako i na fizičkoj razini. Prema istraživanjima, količina doživljenog stresa ne smanjuje se s liječnikovim iskustvom (Lehki i sur., 2011). Stres se objašnjava time da će ih bolesnik ili njegova obitelj okriviti za svoje stanje, da će tražiti od njih informacije koje im neće moći pružiti, ili će bolesnik reagirati ljutito, tužno, agresivno itd.<sup>8</sup>

Utjecaj na osobu može se procijeniti jedino u kontekstu njezinih osobnih **životnih okolnosti**. Pojedinci pokazuju emocije i odgovore koji su karakteristični za njih, a ne za stanje u kojem se nalaze.

<sup>8</sup> <http://www.istratzime.com/zdravstvena-psihologija/zasto-je-vazna-dobra-komunikacija-zdravstvenog-osoblja-i-pacijenata/>

Često istovremeno dolazi do izražavanja različitih emocija (Lehki i sur., 2011). Razlika između vještog i nevještog profesionalca najviše je izražena u sposobnostima i tehnikama koje koriste u suočavanju s emocionalnim reakcijama bolesnika i njihovih obitelji.

## ZAKLJUČAK

Priopćavanje loših vijesti u medicini je svakodnevica. No, tim se pitanjem nedovoljno bavi u javnosti i u stručnim analizama načina komuniciranja s bolesnicima, kao i s njihovim obiteljima u kriznim situacijama povezanim s bolesti. Takve okolnosti dovode do nimalo optimistične situacije u kojoj se teške situacije stavlјaju negdje „pod tepih“ te su bolesnici i njihove obitelji, ali i sami liječnici, prepušteni sami sebi (Bratonja Martinović, 2011).

Nedovoljna edukacija zdravstvenih djelatnika o vještinama komuniciranja u kriznim situacijama dovodi do loše komunikacije. Istraživanje provedeno u Japanu pokazuje da je loša komunikacija i negativna percepcija komunikacije s aspekta bolesnika i njihovih obitelji razlog za povećanje broja sudske tužbe, odnosno da je u oko 25% sudske tužbe protiv zdravstvene ustanove glavni razlog bila loša komunikacija (Štifanić, 2013). Stoga je iznimno važno i nužno upravo taj aspekt komunikacije zdravstvenih djelatnika značajno poboljšati.

## 14. PRIOPĆAVANJE RODITELJIMA DA JE DIJETE ROĐENO S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Marijana Šuperak, bacc. med. techn.

Istraživanja pokazuju da *nezadovoljstvo roditelja priopćavanjem loše dijagnoze o njihovoj tek rođenoj bebi* proizlazi iz *tri skupine čimbenika*, a to su: način na koji se priopćuje dijagnoza, problemi s informacijama i organizacijski problemi (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Općenito, postoje tri situacije u kojima se roditeljima priopćuje da imaju dijete s oštećenjem ili teškoćama. Kao prvo, s napretkom medicinske tehnologije, abnormalnosti se sve češće otkrivaju još i prije rođenja djeteta (prenatalno), primjerice prenatalnom ultrazvučnom pretragom (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Druga situacija je prenošenje loše vijesti roditeljima tek nakon bebina rođenja (perinatalno). Smetnje roditeljima mogu i ne moraju biti očite. Ako su očite, roditeljima bi se moralo pružiti jednostavno objašnjenje onoga što nije u redu. Ako oštećenje nije očito, tada bi liječnik s najviše iskustva trebao priopćiti roditeljima (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Treći je slučaj kad oštećenja postaju očita tek nakon nekoliko dana, tjedana ili mjeseci (postnatalno). Roditelje je tada važno uputiti stručnjacima, koji će pratiti dijete i informirati roditelje o svakoj promjeni (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Poznata je i opće prihvaćena činjenica da razvoj svakog djeteta ovisi o sveukupnosti međusobnih odnosa u *obitelji*, o uvjetima u kojima neka obitelj živi, obilježjima njezinih članova, kao i o odnosima između uže obitelji i šire društvene zajednice. Djeci s posebnim potrebama, kao i ostaloj djeci, obitelj predstavlja temelj njihovog cjelokupnog razvoja, kako tjelesnog i psihičkog, tako socijalnog i duhovnog razvoja (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Međutim, činjenica da dijete ima posebne potrebe dovodi sve članove obitelji u specifičan položaj, a roditeljska očekivanja o idealnom djetetu narušena su. Obitelji djece s posebnim potrebama suočene su s dodatnim razvojnim problemima djece, te često trebaju podršku u rješavanju obiteljskih problema, kao i problema koji se javljaju kod djece i mladih tijekom različitih razvojnih faza (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). U savjetodavnom radu s roditeljima polazi se od pretpostavke kako će se boljim poznavanjem sebe, suočavanjem s vlastitim sposobnostima, stavovima, ograničenjima i interesima, načinom komuniciranja, boljim upoznavanjem svog odnosa s djetetom, uz poučavanje o učinkovitim pristupima djetetu, mijenjati i kvaliteta odnosa u obitelji (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Neke od najčešćih *prepreka na koje nailaze roditelji djece s posebnim potrebama* jesu: nedostatak mogućnosti za otvorenim, iskrenim, ljudskim razgovorom o problemima, nedostatak podrške i razumijevanja kako nisu sami. Isto tako, javljaju se i poteškoće u suočavanju s činjenicom da imaju dijete s posebnim potrebama i nerazumijevanje, predrasude i nerealna očekivanja od djece s posebnim potrebama u okviru obrazovnog procesa, nesenzibiliziranost lokalne zajednice i ustanova za probleme djece s posebnim potrebama i njihovih roditelja. Ništa manje bitni nisu problemi povezani s nedostatkom stručnjaka specijaliziranih za edukacijsko-rehabilitacijski i terapeutski rad s djecom s posebnim potrebama, njihovim roditeljima te njihovom braćom i sestrama (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Savjetovanje roditelja i djece s posebnim potrebama može imati različite funkcije. Prva je funkcija promjene na način da dovodi do mijenjanja perspektive i usmjeravanja prema novim i dubljim razinama razumijevanja situacije koju doživljavaju kao problem. Druga je funkcija prevencije koja podrazumijeva bolje nošenje sa životnim promjenama i situacijama koje zahtijevaju dodatnu adaptaciju, kao što su npr. polazak djeteta u vrtić, školu, odvajanje od obitelji (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Treća funkcija savjetovanja odnosi se na poboljšanje do kojeg dolazi tijekom

savjetovanja. **Savjetovanjem** se pokušava roditelje i djecu s posebnim potrebama usmjeriti k novim i dubljim razinama razumijevanja problema, uzimajući u obzir njihove snage i razvijajući nove strategije u nošenju s teškim situacijama. Usmjeren je na jačanje osobnih potencijala, samopoštovanja, samopouzdanja i samozastupanja (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

## REAKCIJE I OSJEĆAJI RODITELJA

Kad se roditeljima priopći da će se roditi dijete s posebnim potrebama, to se uvelike može razlikovati od situacije koju su oni zamišljali. Roditeljima treba priopćiti da su reakcije i osjećaji koje oni trenutno imaju sasvim normalne u takvoj situaciji. Također, dobro im je dati do znanja da ima još roditelja djece s posebnim potrebama (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Razlikuju se neposredne reakcije i dugoročni osjećaji roditelja. **Dugoročni, trajni osjećaji** koje roditelji mogu imati jesu krivnja, ljutnja, stid, žalost, čežnja, osjećaj gubitka, tuga i mnogi drugi (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). **Neposredne reakcije** privremene su, a neke od njih su i obrambeni mehanizam. Većina roditelja prvo doživljava **šok**, nakon toga obamrlost (roditeljima se čini da više ništa ne osjećaju) (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Slijedi **faza poricanja**, u kojoj roditelji misle da su liječnici pogriješili. Mogu biti i ljuti, ali kada sve to prode, pokušavaju postaviti kontrolu nad svojim životom. I, konačno, u **stadiju orijentacije** uspostavljaju nove navike. Već pri prvom susretu treba ublažiti osjećaj krivnje koji roditelji vrlo često imaju (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Za roditelje čije je dijete rođeno s nekim tjelesnim ili mentalnim oštećenjem nema veće boli od spoznaje da se to dogodilo upravo njemu i njegovu djetetu. Roditelji su suočeni s činjenicom da je njihovo dijete „drugačije“, da nešto „nije u redu“ (Kraljević, 2007). Rođenje djeteta sa smetnjama u razvoju u obitelji je nedvojbeno traumatski događaj. Bespomoćnost roditelja očituje se na psihološkom i socijalnom planu. Javlja se anksioznost, agresivnost, krivnja, depresivne reakcije („zašto baš ja“, „kako se to dogodilo nama“), tugovanje, popraćeno osjećajem usamljenosti, stid i ljutnja, okrivljavanje sebe i drugih za nastalu situaciju (Kraljević, 2007). Svi ti osjećaji vrlo često su praćeni fizičkom i psihičkom iscrpljenošću roditelja. Za prevladavanje takve situacije u nekim je slučajevima potrebna dodatna stručna podrška i pomoć (Kraljević, 2007). Roditelji koji su u ovoj fazi bili uključeni u grupni savjetodavni rad navode da im je u toj situaciji od posebne važnosti bilo iskustvo drugih roditelja sa sličnim problemom te upoznavanje načina kako su se drugi roditelji nosili s tim problemom i kako su ga prevladavali. Konkretno, važno im je znati kako su drugi postupali s djetetom u određenim situacijama, te koji je formalno-pravni okvir za ostvarivanje osnovnih prava u takvim slučajevima (Kraljević, 2007). Unutar bolnice treba razviti plan pomoći roditeljima. Prije svega, treba educirati stručnjaka zaduženog za pružanje pomoći, kao i izraditi pisane naputke za postupak priopćavanja. Treba podučiti sve zdravstvene djelatnike o pružanju podrške i pomoći roditeljima, kao i održavati sastanke cijelog tima radi nadziranja cjelokupne situacije (Kraljević, 2007).

**Čekanje** je identificirano kao najstresniji događaj za roditelje čije dijete je hospitalizirano ili čeka postavljanje dijagnoze. Obično se u takvim situacijama članovi obitelji osjećaju zanemarenima i zaboravljenima (Kraljević, 2007). Očekivanje rezultata, ishoda operacije, poboljšanja, sve te situacije uvijek uključuju neizvjesnost i nepredvidljivost. To može djelovati na situaciju suočavanja sa stresom čekanja. Manifestacije čekanja uključuju: strah, anksioznost, nemogućnost koncentracije, gubitak potrebe za hranom i pićem, ljutnju (Kraljević, 2007). Čeka se obično na obavljanje administrativnog dijela povezanog s intervencijom (utvrđivanje termina, pomicanje termina, itd.), na rezultate različitih dijagnostičkih postupaka (što je odstupajuće, kakva je prognoza i kakav je preporučeni daljnji tretman). Čeka se tijekom tretmana ili medicinskog zahvata - na ishod, na daljnju prognozu, na

oporavak. Ispitivanja su pokazala da roditelji tijekom čekanja imaju potrebu primati redovite informacije o stanju djeteta, imati povjerenje u stručnjake, biti uvjereni da dijete prima najbolju moguću pomoć i njegu, da su oni i dijete podržani u okviru socijalne mreže i bliskih osoba (Kraljević, 2007). Također, pokazano je da u toj fazi pomaže udoban i komforan prostor u kojem se čeka, kao i poticanje roditelja da pronađu podržavajuću osobu s kojom mogu podijeliti stres čekanja. Rizici razvoja djece s rano utvrđenim posebnim potrebama imaju svoje izvorište u obilježjima djetetova zdravstvenog problema, kao i u načinima na koje roditelji reagiraju na dijete s posebnim potrebama i što poduzimaju (Kraljević, 2007). Stoga, roditeljima valja pomoći kako bi osvijestili vlastite snage, a posebno vlastitu ulogu u odabiru i kreiranju pojedinih programa za svoje dijete, kao i u zastupanju djetetovih prava (Kraljević, 2007).

## **DOBRA KOMUNIKACIJA PREDUVJET JE PROFESIONALIZMU**

Važno je naglasiti da je *savjetovanje* proces te može trajati sve dok je ono potrebno. Katkad sam protok vremena može utjecati na ishode savjetovanja (Kraljević, 2007).

Savjetovanje omogućava roditeljima djeteta s posebnim potrebama da bolje razumiju svoje probleme i brige. Tijekom savjetovanja postaju svjesniji svojih osjećaja i somatskih reakcija vezanih za problem, svojih misli i ponašanja vezanih uz problem, te interpersonalnih odnosa koji utječu ili proizlaze iz postojećeg problema (Fajta, 2004). Razumijevanje različitih dimenzija problema pomaže roditeljima da jasnije percipiraju realnost i osjete veću kontrolu nad svojim reakcijama na nastali problem. Stoga uspješno savjetovanje dovodi do toga da roditelji imaju nove odgovore na stare probleme (Fajta, 2004). Primjerice, tijekom savjetovanja roditelji uče kako razviti djelotvorne odnose s drugima. Budući da promjena često nastaje i održava se pomoću mreže socijalne podrške, važno je da roditelji razvijaju bolju suradnju sa školom i relevantnim institucijama zastupajući djelotvornije potrebe svoga djeteta (Kraljević, 2007). Osnaživanje roditelja na području samopoštovanja i roditeljske kompetentnosti te poučavanje i usvajanje određenih vještina dovodi do zadovoljavajućih ishoda savjetovanja, koji doprinose boljoj kvaliteti života obitelji djece s posebnim potrebama (Kraljević, 2007).

## **ZAKLJUČAK**

Za roditelje čije je dijete rođeno s nekim tjelesnim ili mentalnim oštećenjem nema veće boli od spoznaje da se to dogodilo upravo njima i njihovu djetetu. Suočeni su s činjenicom da je ono „drugačije“, da nešto „nije u redu“ i za prevladavanje takve situacije u nekim slučajevima potrebna je dodatna stručna podrška i pomoć. Posebno je važno razmotriti ulogu obitelji, prepreke u komuniciranju koje se javljaju u takvim situacijama, poznavati reakcije roditelja i odgovarajuće načine komuniciranja koji su važni za postizanje zdravstveno djelotvornih učinaka.

## 15. KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE U ZDRAVSTVENOM TIMU

bacc. med. techn. **Irena Matulović**

Oduvijek u zdravstvu postoji potreba za timskim radom, koji je prisutan u prevenciji i u dijagnostici, liječenju i praćenju bolesnika. Komuniciranje u sestrinstvu povećava opće zadovoljstvo i produktivnost u zdravstvenoj organizaciji tj. pojačana komunikacija između pretpostavljenih, suradnika u timu i bolesnika osnažuje unutrašnju radnu koheziju i unapređuje zdravstvenu njegu. **Nedostatak komunikacije u timu** zapravo je jedan od najvažnijih uzroka veće ili manje apatije članova tima prema bolesniku, kao i timskom radu općenito. Jednolične informacije koje nisu povezane sa stvarnim problemima i akcijama te nemaju alternative često su uzrok nezainteresiranosti za visokokvalitetnu zdravstvenu njegu u svojoj radnoj okolini (Stanković, 2004, prema Mojsović i sur., 2004). Kvalitetna komunikacija, uključujući i izvještavanje tima o aktivnostima pojedinaca, od presudne je važnosti za članove zdravstvenog tima. Naime, učenje temeljem iskustva nije automatsko, jer mnogi pojedinci iste pogreške stalno ponavljaju. Kada analizirate i razmišljate o svojem iskustvu, bolje je redovno rekapitulirati dostignuća tima i razmotriti njegovu učinkovitost, kako u pojedinačnim interesnim skupinama, tako i u okviru cjelokupnog tima (Stanković, 2004, prema Mojsović i sur., 2004).

### TIMSKI RAD U ZDRAVSTVU

Suvremena je medicina nezamisliva bez zajedničkoga, timskog pristupa. Liječnici bi trebali blisko surađivati sa svim profesijama uključenima u liječenje i rehabilitaciju bolesnika (medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, okupacijski terapeuti, likovni terapeuti i drugi stručnjaci) (Prlić i sur., 2008). Komunikacija je najvažnija spona u timskom radu i trebala bi biti jednak kvalitetna na svim razinama, usmjerena horizontalno i vertikalno.

U zdravstvenom su timu različiti profili stručnjaka. Radi boljeg razumijevanja tima, potrebno je naglasiti da svaki stručnjak unosi u tim svoj pristup i jezik svoje struke, svoj stav prema vlastitoj struci, kao i svoj stav prema ostalim strukama. Različite profesije koje čine tim zajedno biraju temu, analiziraju i definiraju probleme, nabrajaju rješenja, analiziraju rješenja, procjenjuju i biraju rješenja, istodobno se baveći i samim sobom, svaki na svom području rada (Prlić i sur., 2008). To dovodi do multidisciplinarnog (interdisciplinarnoga) pristupa u kvalitetnom pružanju usluga i sigurnosti da će razina terapije biti kakva je planirana, odnosno kakva bi trebala postići najbolji rezultat za bolesnika (Prlić i sur., 2008).

**Timski rad** ima pravila i norme, organizaciju i ciljeve, uvjete koji su indicija da je timski rad nužan, ali i ograničenja. Ponašanje pojedinaca u skupinama nešto je više od ukupnog zbroja pojedinaca koji djeluju na vlastiti način. Kad su pojedinci u skupinama, ponašaju se drukčije nego kada su sami (Vander Zanden, 1988). Svatko unosi svoju ličnost u interakciju s bolesnikom i ostalim sudionicima tima u procesu rada. **Obilježja uspješnog tima** su sljedeća:

- grupa se ponaša kao cjelina, vlada timski duh i veliko zalaganje
- doprinos svakog člana se zbraja

- odluke se donose konsenzusom
- većina se članova jako pridržava odluka
- grupa samu sebe neprekidno vrednuje
- grupa ima jasne ciljeve
- o sukobu u grupi se otvoreno raspravlja
- predlažu se alternativna mišljenja o rješenjima
- vodstvo obično preuzima najstručnija osoba
- o osjećajima se otvoreno raspravlja.

Medicinska sestra komunicira s djelatnicima unutar svoje ustanove: liječnicima, drugim medicinskim sestrama, ali i suradnicima iz drugih ustanova, djelatnicima u zdravstvu (psiholozima, socijalnim radnicima ili djelatnicima policije). U takvim interakcijama mogu se javiti problemi hijerarhije, neorganiziranosti, nedovoljno jasno određenih zaduženja, a posljedice su nejasna i nepotpuna komunikacija, sukobi i nezadovoljstvo suradnika i bolesnika (Mojsović i sur., 2004).

**Zdravstveni tim** je manja skupina ljudi koji djeluju međusobnim upotpunjavanjem vještina i iskustava njegovih stručnih članova. Tim, osim cilja, mora imati i jasnu svrhu postojanja, a članovi tima u ostvarenju cilja međusobno tjesno surađuju i u svojim se zadacima nadopunjuju (Despot Lučanin i sur., 2006). Radna grupa Svjetske zdravstvene organizacije definirala je timski rad kao rad više stručnjaka na postizanju zajedničkog cilja. Taj rad ne smije biti fragmentiran i nepovezan već dobro koordiniran voditeljem tima (Vander Zanden, 1988). Položaj zdravstvenog djelatnika, npr. medicinske sestre/tehničara na mjestu rukovoditelja (npr. glavne sestre klinike/bolnice ili pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo), nosi sa sobom određena prava, privilegije i odgovornosti. To su npr. organiziranje i upravljanje sestrinskog skrbi za bolesnike, raspoređivanje posla među zaposlenicima, raspodjela i kontrola trošenja sredstava, suradnja i komunikacija unutar radne organizacije, utvrđivanje i osiguravanje svih potrebnih sredstava za pružanje primjerene zdravstvene skrbi na odjelu, klinici ili u ustanovi (Vander Zanden, 1988).

Obično se od medicinske sestre ili drugog zdravstvenog djelatnika na mjestu rukovoditelja očekuje da nadzire sve aktivnosti na odjelu ili klinici, dodjeljuje poslove vezane uz sestrinsku skrb za bolesnike, pravi raspored radnog vremena osoblja i planira edukaciju bolesnika i djelatnika. Uspješnost zdravstvenog djelatnika - voditelja u ostvarenju navedenih aktivnosti ovisi o njegovim voditeljskim sposobnostima (Despot Lučanin, Havelka i sur., 2006).

Ostaje otvoreno pitanje mora li voditelj tima biti ona osoba u timu koja ima najviše kvalifikacije, ili pak ona koju članovi tima izaberu, ili ona koja najbolje poznaje probleme. U zdravstvu se tradicionalno smatra normalnim da tim vodi liječnik, bez obzira na to kakve su mu stvarne sposobnosti, što je s gledišta djelotvornosti tima neopravdano (Despot Lučanin i sur., 2006). U stručnim timovima, voditelj tima ne postaje se samo zato što su ga članovi tima izabrali, premda takav izbor može biti koristan kao znak podrške i povjerenja. Voditelj tima mora prije svega jasno znati i željeti postići ciljeve tima te imati opće znanje o problemima kojima se tim bavi (Despot Lučanin i sur., 2006). Također, važno je da **voditelj tima** posjeduje kvalitete kao što su:

- umijeće organizacije i upravljanja
- sposobnost komuniciranja i rada s ljudima
- sposobnost uvažavanja tuđeg mišljenja

- sposobnost logičkog rasuđivanja i zaključivanja.

Zadatak voditelja tima jest stalno upozoravati na ciljeve i zadatke tima, koordinirati akcije članova tima te, na osnovi njihovih prikupljenih i uvaženih mišljenja, formulirati rješenje te donijeti konačnu odluku u slučaju spora među članovima tima (Despot Lučanin i sur., 2006).

Važna karakteristika timskog rada način je donošenja odluka. U zdravstvu dominira timski rad **hijerarhijskog tipa** u kojem odluke donosi voda tima, a ostali mu samo pomažu. Drugi tip je takozvani **procesni timski rad** gdje se odluka donosi zajednički (demokratski). Međutim, takav način rada često nije dovoljno djelotvoran za obavljanje kritičnih i vremenski određenih zadataka. Tipičan je primjer za hijerarhijski tip timskog rada kirurški tim za vrijeme operacije, a za procesni tip timski rad liječnika obiteljske medicine i patronažne sestre, ili pak rad interdisciplinarnog tima s mentalno retardiranim djecom (Mojsović i sur., 2004).

**Vođenje ljudi** (zdravstvenog tima) moglo bi se odrediti kao sposobnost poticanja i inspiriranja drugih ljudi za aktivno sudjelovanje u procesima pomoću kojih se postižu ciljevi organizacije (Mojsović i sur., 2004).

Koje su **osobine uspješnih voditelja**, tj. ljudi koji uspješno vode druge? Najčešće su to odlučni ljudi koji imaju snažnu ličnost, pokazuju hrabrost, imaju jasne vizije, daju jednostavne poruke, mogu se dobro usredotočiti, ostvaruju dobru komunikaciju, manifestiraju karizmu, mobiliziraju sljedbenike, nalaze se na pravom mjestu u pravo vrijeme i „pobjednici“ su. Vođenje ne znači vladanje. Zadatak je voditelja postići da drugi ljudi kvalitetno obave posao. Npr. glavna medicinska sestra klinike koja može uočiti osobni sukob između dva djelatnika i postići da se dogovore oko rasporeda dežurstava ima dobre voditeljske vještine (Despot Lučanin, Havelka i sur., 2006).

## KOMUNIKACIJA MEĐU ČLANOVIMA ZDRAVSTVENOG TIMA

Tim je mala zajednica koja oporna zbivanja iz obiteljskih odnosa, no na tim utječu sve događaji u instituciji u kojoj funkcioniра tim. U instituciji svi zaposlenici provode 6 do 8 aktivnih sati, ali se zbivanja i doživljaji ne gase izlaskom iz radne organizacije.

Glavni načini komunikacije u zdravstvenom timu jesu suradnja i koordinacija. **Suradnja** je jedan od načina komunikacije među različitim članovima interdisciplinarnoga zdravstvenog tima (Despot Lučanin i sur., 2006). Suradnja je odnos u kojem dvoje ili više ljudi rade zajedno na rješavanju zajedničkog problema te dijele odgovornost za proces rješavanja i njegove ishode. Za razvoj odnosa suradnje bitno je da pripadnik određene struke razumije i cijeni ulogu drugih stručnjaka (Despot Lučanin i sur., 2006). Suradnja podrazumijeva dobru komunikaciju među članovima tima, unutar kojega različiti stručnjaci vide jedni druge kao pripadnike drugih gledišta, ali od kojih svatko pridonosi zajedničkom utjecaju na skrb o klijentu.

**Koordinacija** pak podrazumijeva da dvije ili više osoba pruže neki oblik skrbi bolesniku, neovisno jedna o drugoj, ali pod uvjetom da se potom međusobno izvijeste o učinjenom (Despot Lučanin i sur., 2006).

Poruke u zdravstvenom timu mogu se razmjenjivati na vodoravnoj razini (**horizontalna komunikacija**), dakle unutar organizacije, između osoba u istom rangu. Drugi je način prenošenje poruke od autoriteta prema nižim strukturama, što je okomita (**vertikalna**) razina komunikacije (Despot Lučanin i sur., 2006).

**Vertikalna** komunikacija je komunikacija između podređenih i nadređenih (Despot Lučanin i sur., 2006). U komunikaciji s nadređenom osobom djelatnik mora imati na umu da nadređeni snose odgovornost za odluke koje se tiču šireg kruga ljudi, svih zaposlenika ili ustanove u cjelini. Iz njihove perspektive problem pojedinog djelatnika može izgledati drugačije nego tom djelatniku (primjerice, ako ravnatelj odobri slobodne dane jednom djelatniku, bit će izložen pritisku od drugih djelatnika koji žele to isto) (Despot Lučanin i sur., 2006). U **komunikaciji s nadređenima** preporučeno je pridržavati se osnovnih načela kao što su:

- izrecite otvoreno svoje potrebe, ideje i želje
- objasnite opravdanost svojih zahtjeva
- budite spremni saslušati odgovor na vaše zaključke.

Komunikacija između podređenih i nadređenih nameće neka već poznata pravila, tj. obično se zna tko bi koga trebao slušati, tko je za što odgovoran. U **horizontalnoj** komunikaciji, koja se odvija među osobama istoga ranga ili jednakoga stupnja stručnosti i odgovornosti na poslu, nema tako određenih i uobičajenih pravila, pa ponekad nema jasnih pozicija među sugovornicima (Moro, Frančišković i sur., 2011). Među članovima stručnog tima također je moguć neki oblik hijerarhije. Moguće je da sama priroda problema koji se zajednički razmatra nameće razlike u odgovornosti, poslovima, kompetentnosti i slično. Uvijek je potrebno uzeti u obzir da se ciljevi i pristupi pojedinih članova tima mogu razlikovati (Moro, Frančišković i sur., 2011). To omogućuje iznalaženje zajedničkih elemenata, kompromisa te pregovaranje o načinu rješavanja pojedinog slučaja. No, najčešće timska komunikacija ne podrazumijeva hijerarhiju, već jednakovrijednost u iznošenju stavova i donošenju odluka (Moro, Frančišković i sur., 2011).

**Pravila uspješne komunikacije** u zdravstvenom timu (Stojisavljević, 2014) jesu: korištenje usmjerenje uvodne izjave, uvažavanje ličnosti druge osobe, kao i otvorenost prema različitim rješenjima.

**Osnovni pokazatelj** uspješne komunikacije jest činjenica da je član tima razumio primljenu poruku i posao signal pošiljatelju o pozitivnom razumijevanju poruke.

Najznačajniji *pokazatelji dobre komunikacije* jesu (Stojisavljević, 2014):

- jasno, koncizno, konkretno, potpuno i točno izražavanje
- vlastito izražavanje prilagođeno sugovornicima, društvenoj situaciji i sadržaju komunikacije
- sposobnost prepoznavanja neverbalnih znakova komunikacije
- postojanje kulture u komuniciranju
- sposobnost uspostavljanja i održavanja dijaloga.

**Načela učinkovite komunikacije** među suradnicima i članovima tima (Despot Lučanin i sur., 2006) jesu:

- *Vodite računa o kontekstu svake poruke ili zahtjeva koje odašiljete suradnicima!* Ako nešto predlažete ili naređujete, morate točno znati što želite da se napravi, tko to treba uraditi, u kojem vremenskom roku i koje korake treba prethodno odraditi. Neodređene izjave, npr.: “Trebalo bi poslati dopis...“ često rezultiraju neobavljenim poslom i sukobima. Razmislite koje bi sve informacije trebao dobiti vaš suradnik da bi izvršio vašu uputu!

- *Provjerite jesu li suradnici dovoljno pažljivo saslušali vašu poruku!* Ne smatrajte kako niste dužni ponavljati svoje zahtjeve. Ponekad je zahtjev potrebno obrazložiti, pojasniti i ponoviti da bi bio prihvaćen.
- *Upute koje dajete trebaju biti jasne i sažete!*
- *Ne upotrebljavajte uvredljiv ni previše molečiv stil govora i ton glasa!*
- *Tražite povratnu informaciju!* Provjerite je li sugovornik u potpunosti razumio vaš zahtjev i što se od njega očekuje. Zamolite ga da vam ponovi ono što smatrate osobito bitnim.
- *Pružite povratnu informaciju!* Ako je netko i razumio što želite da se učini, to još ne znači da će to i izvesti kako treba. Pratite kako se izvršavaju vaše upute i osigurajte suradniku povratnu informaciju o tome. Pohvalite suradnike za dobru suradnju.
- *Komunicirajte izravno!* Komunikacija licem u lice preporučljivija je od pisane ili telefonske, jer se na taj način brže dobiva povratna informacija i smanjuje mogućnost nesporazuma ili suradnikovo izbjegavanje obveza. Ako dijelite zdravstvenu skrb o djetetu s djelatnicima dječjeg vrtića, otidite se prethodno dogоворити u dječji vrtić. Ako trebate s policijom riješiti slučaj zlostavljanja u obitelji, dogоворите zajednički sastanak s njima.
- *Budite odgovorni prema suradnicima i članovima tima!* Izgled, bon-ton, način razgovora svakog člana tima prenosi poruku o sposobnosti i profesionalnosti cijelog tima ili ustanove. Odgovornost među suradnicima ogleda se i u suzdržavanju od proturječja ili omalovažavanja odluke ili izjave nekoga od suradnika pred bolesnikom. Ako se bolesnik potuži da je dobio drugačiju uputu od nekog vašeg suradnika (npr. liječnika), ne morate ni bezuvjetno braniti niti optuživati kolegu, već zadržite neutralan stav i detaljnije obrazložite svoju uputu.
- *Budite suradni!* Suradnja je nemoguća ako napadate suradnike, etiketirate ih ili ih ignorirate. Takvim ponašanjem upropastit ćete odnose sa suradnicima i izglede za promjenu njihova pristupa ili ponašanja.
- *Kritizirajte taktično!* Cilj kritike je ispraviti stvari, a ne diskreditirati čovjeka. Može se kritizirati samo obavljeni posao ili određeno ponašanje, ali ne i osoba.

## Odnos pojedinca i tima

Svatko donosi u tim svoj model komuniciranja, količinu agresije koju može izdržati, ali isto tako i svoja očekivanja od tima i od institucije. Ponekad očekivanja mogu biti idealistična pa se očekuje da će u timu biti sve idealno, da će se svi voljeti te da nitko nikoga neće ugrožavati. Takav je odnos vrlo kratkog daha, ne traje dugo i dolazi do projekcija prema članovima tima. Projekcije mogu ugroziti horizontalne i vertikalne odnose (Moro, Frančišković i sur., 2011).

Svatko donosi u tim svoj unutarnji svijet konflikata i odnosa. Svaki tim integrira različite unutarnje svjetove **pojedinaca** koji u njemu rade. Čitav zdravstveni tim ipak je više nego zbroj njegovih dijelova, a to je rezultat integracije pojedinaca u tim. Pojedinac donosi vlastite obrambene mehanizme, koji u timu postaju kolektivna obrana organizirana unutar grupne kulture (Moro, Frančišković i sur., 2011). Ako se želi bar djelomično razumjeti zbivanja unutar tima, mora se uzeti u obzir *unutarnji svijet* svakog pojedinca, odvajajući ga od *vanjskoga svijeta* tima. Za razumijevanje odnosa unutrašnjeg i vanjskog svijeta korisno je primijeniti dva psihanalitička koncepta: nesvjesno i prijenos. Nesvjesna je pozicija objekta u odrasloj dobi odraz povijesnoga razvoja svakoga pojedinca (Moro, Frančišković i sur., 2011). Način na koji se u grupi (npr. na sastancima) reagira jedan na

drugoga upravo je odraz nesvesnih pozicija unutarnjih objekata. Netko je simpatičan i ne zna se zašto, a drugoga ne podnose i sve što on kaže najčešće nije prihvaćeno (Moro, Frančišković i sur., 2011). Međutim, psihodinamsko razumijevanje emocionalnih reakcija članova tima služi nam samo za razumijevanje situacije u timu. Ne treba se upuštati u interpretaciju odnosa u timu, jer timski rad nije terapijska, već radna situacija (Priest, 2014). Tim je aktivna zajednica i ima svoje svakodnevne zadatke koje treba ispuniti. Komunikacija u timu ne temelji se samo na verbalnim relacijama, već i na neverbalnim, pa zbog toga nesvesni odnosi između pojedinaca postaju još više vidljivi (Priest, 2014). Vrlo je važno prepoznati da su ti odnosi odraz unutarnjega svijeta objekata, da su nesvesni.

Svaki član zdravstvenog tima ima svoje mjesto i ulogu u timu (Priest, 2014). Ako ***timske uloge nisu jasno diferencirane***, proces komunikacije može se odvijati u dva smjera:

- stvara se neprijateljska situacija o kojoj se ne govori, ali suprotnosti i nepovjerenje između članova tima bivaju očigledne te se prenose i na bolesnika
- verbalizira se doživljaj nezadovoljstva unutar tima pa se, unatoč činjenici da u timu postoje konflikti, negativni osjećaji ne prenose na bolesnika (Priest, 2014).

Ta druga mogućnost vrlo je važna u razvoju komunikacije unutar radne cjeline. Ako prevlada kritiziranje kao model svakodnevnog ponašanja, loša se komunikacija time „ozakonjuje“ u stvarnim odnosima unutar tima (Priest, 2014).

### **Stručna prava članova zdravstvenog tima**

Sve stručne osobe u timu imaju svoja prava i odgovornosti u međusobnim odnosima s kolegama i drugim stručnim osobama (Despot Lučanin i sur., 2006).

*Stručna prava članova tima su sljedeća:*

- da se svi prema vama odnose s poštovanjem
- imate pravo na razumno opterećenje poslom
- imate pravo na podjednaku plaću
- smijete sami odrediti razumne prioritete u poslu
- imate pravo tražiti ono što želite, ako to ne ometa prava drugih
- imate pravo odbiti nerazumne zahtjeve bez isprika ili osjećaja krivnje
- imate pravo praviti pogreške, ali i biti odgovorni za njih
- imate pravo biti ljudsko biće.

Dogovaranje u zdravstvenom timu jedan je od glavnih ciljeva zdravstvenog tima, tj. treba težiti postizanju dogovora među različitim stručnjacima o najboljim mogućim rješenjima nekog problema na kojem zajednički rade (Despot Lučanin i sur., 2006).

Da bi se *postigao dogovor* u timu, potrebno je da svaki član tima prati sljedeće smjernice (Despot Lučanin i sur., 2006):

- pažljivo slušajte i budite otvoreni za različita mišljenja
- ne mijenjajte svoje mišljenje samo zato da biste izbjegli sukob
- ne budite agresivni, branite svoj stav argumentima.

Pokazatelj da je *dogovor postignut* jest situacija kad je vaše stajalište saslušano i razmatrano među članovima tima, kad ste razmislili o tuđim stajalištima te ste sigurni da možete prihvati i podržati odluku donesenu na razini cijelog tima (Despot Lučanin i sur., 2006).

Članovi tima koji imaju *razvijene vještine uspješnog dogovaranja* komuniciraju tako da (Despot-Lučanin i sur. 2006):

- dijele informacije i ideje (npr. „Moje je mišljenje da...“)
- postavljaju pitanja (npr. „Što Vi mislite o tome...“)
- prihvaćaju novu ideju (npr. „To mi nije palo na pamet, ali vrlo je zanimljivo...“)
- koriste se vještinama aktivnog slušanja (npr. parafraziranje: „Ako sam Vas dobro razumio, želite reći da...“)
- testiraju pretpostavke („Što ako...“)
- podržavaju doprinos drugih u raspravi („To je izvrsno rješenje...“)
- preusmjeravaju diskusiju („Pomalo smo skrenuli s teme, vratimo se problemu...“)
- sažimaju zaključke („Dakle, možemo zaključiti da...“)
- uravnotežuju nesuglasice („Dobro, svatko ima donekle pravo...“).

### **Izvori sukoba u zdravstvenom timu**

**Sukob** je situacija koja označava stanje u kojoj postoje suprotne zbivanja, emocije, težnje, kao i neusuglašenost u načinu rješavanja tih situacija. Zato je razumljivo da takvo stanje disharmonije može biti i destruktivno, ako se percipira suočavanjem ličnosti i vrijednosti pojedinaca (Perković, 2008).

Najčešći su *izvori sukoba* (Perković, 2008):

- zahtjev da učinite nešto što može biti doživljeno kao neodgovorno ili nesigurno
- ismijavanje ili omalovažavanje vaših osjećaja ili mišljenja
- zahtjev da uložite više vremena ili napora nego što stvarno možete
- zahtjev da date više obavijesti o osobi nego što vi smatraste potrebnim (etičnim)
- zadržavanje samosvijesti kad ste suočeni s neprijateljstvom ili iskorištavanjem.

Većina ljudi ne voli sukobe na poslu te ih pokušava na razne načine izbjjeći (Perković, 2008). Ljudi se često ustručavaju javno izreći svoja mišljenja, argumente i ideje, ako odstupaju od ostalih, iz straha da će izazvati sukob. Zato radije šute i prihvaćaju mišljenja drugih ili voditelja, što rezultira neisticanjem korisnih ideja (Perković, 2008). Iako sukobi u poslovnom svijetu, pa tako i u zdravstvenom timu, nisu sami po sebi ni dobri niti loši, njihove posljedice mogu biti dobre ili loše. Stoga je važno učiti i stjecati vještine upravljanja sukobima (Perković, 2008).

Rijetki su timovi gdje vlada potpuni sklad. U timu gdje je naizgled tako, vjerojatno je u pitanju izbjegavanje, potiskivanje ili negiranje problema. Takav način komuniciranja u sukobu negativno utječe na kreativnost tima (Perković, 2008). Stoga je nužno poticati slobodnu otvorenu komunikaciju među članovima tima, uvažavati različita mišljenja i stavove, poticati članove na samokritiku i kreativnost. Na taj način tim dobiva na funkcionalnosti, a za to je potrebna stanovita količina sukoba

mišljenja. Tim u kojem „nema sukoba“ postaje statičan, apatičan i neprilagodljiv na promjene, a potiskivani problemi postaju sve intenzivniji i teže rješivi (Perković, 2008).

Dakle, sukob uvijek nosi određene posljedice. S **pozitivne** strane, sukob poboljšava kvalitetu donesenih odluka, potiče kreativnost i povećava interes i radoznalost u timu, postaje sredstvo za smanjenje napetosti, te u konačnici omogućava bolju prilagodbu promjenama (Perković, 2008). **Negativne** su **posljedice** sukoba nezadovoljstvo, slabljenje međusobnih veza, smanjenje radne uspješnosti te loša komunikacija među članovima tima ili grupe. Kad sukob rezultira borbom među članovima, koja postaje važnija od obavljanja posla, nastaje opasnost od radne neuspješnosti i raspada grupe ili tima (Perković, 2008).

## Konflikt i konstruktivno razrješavanje sukoba u zdravstvenom timu

Konflikti su normalna pojava u međuljudskim odnosima. Njihovo izbjegavanje, potiskivanje i neuočavanje šteti svakom timu, otvarajući put neodgovarajućim naglim reakcijama, neobjašnjivim osobnim apatijama, neverbalnim i zaobilaznim povratnim informacijama, kuloarskim tračevima i ozračju tjeskobe, unutarnje napetosti, defenzivne pasivnosti i na kraju prekida svake komunikacije (Moro, Frančišković i sur., 2011). Rješenje je u tzv. **kongruentnoj komunikaciji**, u kojoj svi dijelovi poruke idu u istom smjeru i pri kojoj reagiranje odgovara onome što se doista zbiva. Problemi se svladavaju cjelovito, iskreno, odgovorno, mjerodavno, stvarno. Kvaliteta odnosa među članovima zdravstvenog tima upravo je razmjerna kvaliteti odnosa između članova tima i bolesnika (Moro, Frančišković i sur., 2011).

Najzrelij je oblik komunikacije kad neslaganje na sadržajnoj razini ne šteti i ne mijenja odnose prema onima koji se ne slažu. Tada neslaganje o nekom pitanju neće povlačiti neke ranije nerazriješene sukobe, već će omogućiti realnu raspravu i eventualno usklađivanje (Prlić i sur., 2008). Ipak, češći je slučaj miješanja tzv. sadržajnoga i odnosnoga aspekta komunikacije, pa postoji pokušaj rješavanja osobnoga međuljudskog konflikta na sadržajnoj razini komunikacije, ili obrnuto. U tom slučaju neslaganje na sadržajnoj razini pretvara se u neslaganje na osobnom, umjesto na idejnem planu, a tenzije se stvaraju na međusobnoj razini (Prlić i sur., 2008). Ni u jednom od ta dva slučaja rasprava ne može biti realna i objektivna, pa se pretvara u osobni obračun. To stvara sukobljenu i nezdravu situaciju u zdravstvenom timu, što onemogućuje stvarno i stvaralačko rješavanje problema (Prlić i sur., 2008). U timu zdravstvenih radnika situacija je složenija nego u nekom drugom radnom timu, jer se ne radi o nekom teorijskom problemu, nego o konkretnom i ugroženom bolesniku. Na taj se način bolesnik pretvara u „poligon“ na kojem se nadmeću zdravstveni radnici. Bolesnik, njegov problem i terapija postaju sekundarni u odnosu prema osobnom obračunavanju članova tima (Prlić i sur., 2008).

Dobro je *podijeliti osjećaje* izazvane sukobom s ostalim suradnicima zato što to pomaže smanjenju napetosti (Despot Lučanin, Havelka i sur., 2006). Dijeljenjem svojih sumnji, nesigurnosti i strahova s drugima uvidamo da su to iskustva zajednička svim ljudima, naročito ako su novi u poslu koji rade. Razvijanje pouzdanog sustava potpore među suradnicima, s ciljem uzajamnog dijeljenja informacija, zamisli i strategija, pruža zajedničku snagu osobnim naporima i smanjuje mogućnost pogrešnog međusobnog razumijevanja. Savjeti i zamisli drugih suradnika u koje imamo povjerenje povećavaju vjerojatnost uspješne komunikacije i razrješavanja sukoba na poslu (Despot Lučanin i sur., 2006).

## Učinci uspješnog timskog rada

Praćenjem rada zdravstvenih timova i ispitivanjem zadovoljstva bolesnika primljenim uslugama utvrđeno je koji su **pozitivni učinci uspješnog timskog rada** (Walkerfield i Christianson, 2005, prema Despot Lučanin i sur., 2006):

- Zdravstveni timovi koji dobro rade pružaju bolje zdravstvene usluge i potiču veće zadovoljstvo bolesnika.
- Dosljedna komunikacija u zdravstvenom timu potiče bolesnika na bolju suradnju.
- Usklađeni timski pristup skrbi ima najbolje učinke na zdravlje bolesnika.
- Svakodnevni rad u zdravom i učinkovitom zdravstvenom timu potiče zadovoljstvo zaposlenika.
- Učinkovita komunikacija u timu potiče bolje upravljanje vremenom.

Vještine timskog rada mogu se uvijek dodatno unaprijediti i usavršiti. Stoga je važno da se zdravstveni djelatnici uključuju u razne oblike trajnog obrazovanja i treninge vještina iz tog područja (Despot Lučanin i sur., 2006).

## ZAKLJUČAK

Komunikacija u zdravstvenom timu ostvaruje se na dva temeljna načina – suradnjom i koordinacijom zajedničkog rada. Jedan od glavnih ciljeva zdravstvenog tima jest među različitim stručnjacima postići dogovor o najboljim mogućim rješenjima nekog problema na kojem se zajednički radi. Odgovarajuću razinu motivacije održava osjećaj da čovjek koji radi ima kontrolu nad svojim akcijama. Dobar, zreli timski rad podrazumijeva da svaki član tima osjeti uvažavajuće emocije, bez obzira na njegovu temeljnu edukaciju, mjesto na hijerarhijskoj ljestvici ili osobno iskustvo. Ljudi često nisu svjesni osobnih smetnji u komunikaciji u timskim odnosima. Kako bi se smetnje u komunikaciji smanjile, važno je ostalim osobama u stručnom timu pružiti osjećaj poštovanja, vrijednosti i ravnopravnosti. Komunikacijske vještine rada u zdravstvenom timu zahtijevaju posjedovanje vještine upravljanja sukobima. Iako su sukobi nužan sastavni dio timskog rada, oni ne smiju ometati timski rad. Svaki se sukob mora razriješiti i postići razumijevanje i uvažavanje različitih mišljenja. Za uspješnije razrješavanje sukoba u timu voditelj mora stalno usavršavati svoje komunikacijske vještine, ponajprije aktivno slušanje, davanje povratnih informacija i asertivnost. Uspješan timski rad ima izravne pozitivne učinke: bolju kvalitetu rada, veće zadovoljstvo bolesnika i klijenata, kao i veće zadovoljstvo zdravstvenih djelatnika. Nužno je stvarati uvjete za slobodnu i otvorenu komunikaciju, prihvati različitosti i usmjeravati tim k zajedničkom cilju. Veći stupanj predanosti i zadovoljstva poslom donosi i psihološku dobrobit svakoj osobi koja radi u zdravstvenom sustavu, a time posljedično i dobrobit za bolesnika.

## 16. KOMUNIKACIJA U UPRAVLJANJU

Mario Šljuka, bacc. med. techn.

S obzirom na kompleksnost, zahtjevnost i širinu problematike, sustav komunikacija u upravljanju u zdravstvu iznimno je važan. Skupinama ljudi koji zajedno rade i vrlo često pri obavljanju svoga posla ovise jedni o drugima važno je ozračje grupe, kao i odnosi među članovima grupe (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Ozračje u kojemu djelatnici znaju da mogu slobodno govoriti o onome što ih brine, iznositi kritike i predlagati može se održati samo ako u radnoj grupi u zdravstvu prevladavaju zdravi i topli odnosi. Važno je postojanje sustava pružanja podrške s razmjerno malo međuljudskih sukoba.

Postizanje i održavanje takva sustava trebalo bi biti dijelom dugoročnog plana i cilj komunikacije u upravljanju grupom u zdravstvu. Razumijevanje prirode grupe i grupnih procesa, interakcije razvoja grupe i njezina utjecaja na obavljanje poslova te zadovoljstvo članova i utjecaj vode grupe na njihov rad osnove su komunikacijskih vještina osobe koja upravlja grupom.

### GRUPA U RADNOJ ORGANIZACIJI

**Grupa** je skup pojedinaca koji imaju različite norme, koji među sobom imaju različite uloge i koji kroz uzajamne odnose nastoje postići zajedničke ciljeve (Ajduković, 1997).

Grupe u radnoj organizaciji temelje se na dva osnovna tipa: **neformalne grupe i formalne grupe** (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). **Neformalne** grupe nastaju spontano kao posljedica druženja ljudi u nekoj organizaciji. **Formalne** su grupe radne skupine koje stvara radna organizacija s privremenim ili trajnim ciljevima za izvršenje radnih zadataka (bolnički odjeli). Za poznavanje obilježja radne grupe u radnoj organizaciji postoje određeni elementi koje je potrebno poznavati. To su: grupni proces, stadiji razvoja grupe, grupne norme, grupne uloge, veličina i sastav grupe, grupne posljedice, grupna kohezija i produktivnost te učinkovitost grupe (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Grupni proces** sačinjavaju tri bitna elementa. To su *aktivnosti, interakcije i stavovi*. **Aktivnosti** su vidljiva ponašanja ljudi. **Interakcije** su pojavnosti pri razmjeni riječi ili stvari između dviju ili više osoba unutar grupe. **Stavovi** su percepcije, osjećaji i vrijednosti vezane za pojedinca, a mogu biti pozitivni i negativni (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Stadiji razvoja grupe** predstavljaju karakteristične razvojne faze grupe. Početak stadija razvoja grupe jest nastajanje s *okupljanjem*. Sljedeći je stadij *razlučivanje uloge vode* iz čega proizlaze određujuće norme koje definiraju ciljeve i pravila ponašanja. Sljedeći je stadij *djelovanja* kad se dogovara o ciljevima i radnim aktivnostima grupe. Posljednji je stadij *razilaska* ili *preoblikovanja* grupe. Takva dinamika razvojnih stadija postoji u svim i formalnim i neformalnim grupama (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Grupne norme** neformalna su pravila i principi ponašanja u grupi. Nameću ih i dijele sami članovi radne grupe. Osnovno obilježje tog elementa postavljanje je pravila o tome koliko član grupe treba raditi. Odbijanje suradnje i ignoriranje kršitelja normi je sljedeća razina djelovanja kojom će grupa pokušati nametnuti svoje norme i ponašanja u grupi (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Grupne uloge** sačinjavaju dva bitna elementa. Prvi je *uloga*, a drugi je *status*. **Uloga** je skup očekivanih ponašanja koja se zajedno uklapaju u jedinstvenu cjelinu. Uloga je usko povezana s položajem pojedinca unutar grupe. **Status** predstavlja društveni položaj pojedinca u grupi u odnosu na druge članove grupe, a postiže se čimbenicima koje grupa ima i vrednuje. Članovi grupe koji imaju veći status u pravilu imaju veći utjecaj na odlučivanje u grupi nego oni s nižim statusom. Čimbenici koje grupa vrednuje različiti su, a vrednote statusa uglavnom nose obilježja kao što su uspješnost, sposobnost, osobne značajke. Najvažnija uloga u grupi uloga je vođe. U formalnim grupama vođu postavlja organizacija, dok se u neformalnim grupama vođa iz grupe definira sam. Čimbenici koji su bitni u procesu stvaranja **uloge vođe** dobre su komunikacijske vještine, sposobnost za postizanje ciljeva, samopouzdanje, želja za priznanjem i društvenost (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Veličina i sastav grupe** ovise o broju članova. Dokazano je da su najuspješnije grupe od *pet do sedam članova*. Veća grupa ima manju uspješnost od manje grupe, jer je utvrđeno da u većim grupama članovi doprinose manje od svojih mogućnosti. U većim se grupama u pravilu evidentira veća količina nezadovoljstva i povećan izostanak s posla, čime se izravno smanjuje učinkovitost. Povećana je i mogućnost izbjijanja sukoba, jer su sposobnosti članova grupe različitije (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Grupne posljedice** vrlo se često iskazuju u povećanoj *motivaciji*, a naročito u slučaju prisutnosti drugih članova grupe. U negativnom smislu, uočava se i pojavnost *konformizma* i *nemilosrdnih situacija* u odnosu grupe prema članovima, kao i veća količina *sukoba* (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Grupna kohezija i produktivnost** nemaju posve jednoznačan odnos. **Kohezija** je stupanj privlačnosti grupe za članove (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). U grupama gdje je doživljena jaka kohezivnost, postoje čvrste norme o količini rada članova grupe. Jača kohezija postoji i u grupama gdje se članovi *tretiraju jednako*, što može imati za posljedicu boljeg izvršavanja zajedničkih zadaća (uz veću međusobnu konstruktivnu interakciju). **Sličnost** u naobrazbi, spolu, dobi, položaju te kulturnoj i društvenoj pripadnosti rezultira u prosjeku formiranjem sličnih stavova, koji jačaju grupnu koheziju i utječu na povećanu **produktivnost** (podjednaku za sve članove grupe). Međutim, ne smije se zaboraviti da postoje situacije kad su članovi grupe kohezivni u nepoželjnim obilježjima, npr. destruktivnim odlukama ili smanjenoj radnoj motivaciji, i u takvim slučajevima grupna kohezija nije poželjna.

Isto tako, grupe mogu smanjiti ili povećati svoju produktivnost ovisno o stavu prema vođi organizacije. Čest je primjer smanjene produktivnosti u slučaju otpora vođi grupe ili organizacije. **Produktivnost** u zdravstvenoj ustanovi mjeri se količinom obavljenog posla i zadovoljstvom klijenata primljenom skrbi (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

**Učinkovitost grupe** najvažnija je za organizaciju i vođu grupe. Svakom su menadžeru ljudi i njihova djelotvornost, kao i djelotvornost grupe, najvažniji. Djelotvornost grupe iskazuje se trima pokazateljima.

Prvi je pokazatelj **produktivnost**, koja pokazuje stupanj učinkovitosti u obavljanju posla i postizanju ciljeva. U zdravstvu se produktivnost procjenjuje na temelju objektivnih i subjektivnih mjera. **Objektivne** su mjere **produktivnosti** u zdravstvu dužina bolničkog liječenja, rizici hospitalizacije te mortalitetna statistika. **Subjektivne** su mjere **produktivnosti** u zdravstvu zadovoljstvo bolesnika i procjena kvalitete zdravstvene skrbi. Drugi je pokazatelj **postojanost** grupe (Ajduković, 1997), koja predstavlja sposobnost grupe da povećava učinkovitost funkciranja i jača povezanost članova grupe. Postojanost se mjeri i određuje trima elementima. To su grupna kohezija,

organizacijska klima i kultura. Treći je pokazatelj ***zadovoljstvo*** članova grupe, a iskazuje se stupnjem u kojem grupa zadovoljava potrebe svakog svojega člana. U vrlo se malom broju slučajeva zadovoljavaju sva tri pokazatelja u jednakoj mjeri.

Zbog potrebe za povećanom produktivnosti, grupa biva vrlo često izložena pritiscima (Ajduković, 1997). U takvoj je situaciji nerijetko zapostavljena postojanost i zadovoljstvo članova grupe. Povećanjem zadovoljstva članova grupe, doći će do povećane motiviranosti za aktivnim sudjelovanjem te će se smanjiti nepoželjne posljedice rada poput bolovanja, stresa ili izgaranja zbog stresa (Ajduković, 1997).

Da bi grupa bila ***učinkovita*** moraju biti zadovoljene sljedeće ***pretpostavke***:

- Članovi moraju imati povjerenja jedan u drugoga.
- Grupa treba biti privlačna članovima.
- Norme i ciljevi moraju biti u skladu s ciljevima organizacije.
- Raznolikost grupe, veličina i struktura grupe trebaju odgovarati zadatku izvršenja.
- Treba postojati motivacija između članova grupe da otvoreno komuniciraju i surađuju.
- Za postignute ciljeve grupa dobiva nagradu.
- Izbjegavanje rada na račun drugih članova grupe svedena na najmanju moguću razinu.

## KOMUNIKACIJA U UPRAVLJANJU GRUPOM

Komunikacija u organizaciji sastoji se od dvaju elemenata, koji čine sustav mreže formalnih i neformalnih komunikacija. ***Mreža formalne komunikacije*** je sustavan, unaprijed planiran službeni proces prijenosa informacija u govornom ili pisanim obliku (Patersson, Greny, Mcmillan, Switzler, 2011). Formalna komunikacija ima dva kanala: vertikalni i horizontalni/dijagonalni kanal.

***Vertikalna komunikacija (od vrha prema bazi)*** smjer je kojim putuju nalozi, upute, informacije i objašnjenja vezana za radne zadatke, kao i povratne informacije članova grupe ili podređenih članova grupe o njihovu radu. Bolničke ustanove primjenjuju taj model upravljanja i obavijesti prenose smjerom: ravnatelj → voditelj odjela → djelatnici odjela.

Jedan od najvažnijih zadataka vođe grupe jest motiviranje članova grupe, a ***motiviranost*** je uvjetovana uspješnošću komunikacije (Patersson, Greny, Mcmillan, Switzler, 2011), koja ne ovisi samo o pošiljatelju već o samoj poruci i spremnosti primatelja na komunikaciju. Česti problem vertikalne komunikacije je hijerarhijsko (položajno) uskraćivanje informacija članovima grupe od vrha prema dolje. Informacije se filtriraju, namjerno zanemaruju ili smatraju nevažnim za podređene članove grupe (Pattersson, Greny, Mcmillan, Switzler, 2011). Međutim, bilo kakvo uskraćivanje informacija vođe grupe prema članovima grupe kontraproduktivno je i ne nosi dobar ishod za uspješnost i produktivnost.

***Vertikalna komunikacija (od baze prema vrhu)*** smjer je u kojem putuju odgovori na komunikaciju iz vrha organizacije ili od vođe grupe (pritužbe, problemi i mišljenja članova grupe). Ta vrsta komunikacije daje pravi uvid u stvarno stanje, u rad grupe te njihove stavove i probleme. Iz prakse je poznato da je komunikacija od vrha prema članovima grupe redovitija nego suprotno. Naime, komunikacija od vrha prema bazi uvjetovana je položajem moći, dok je komunikacija od baze prema vrhu u određenoj mjeri izmijenjena i nije cjelovita (pogotovo ako su informacije nepovoljne).

Komunikacija prema vrhu može se ohrabrivati i uspješno realizirati neformalnim oblicima komunikacije. Za vertikalnu komunikaciju od baze prema vrhu karakteristična su dva stila upravljanja. Jedan je *pravilo otvorenih vrata*, a drugi je *redovita izravna komunikacija* voditelja s članovima grupe (*management by walking around - MBWA*). Oba stila vođenja i upravljanja imaju karakteristike poticanja članova grupe na neformalnu komunikaciju.

**Horizontalna** je **komunikacija** vrsta komunikacije koja se odvija između osoba istog statusa unutar jednog sustava (odjela ili među različitim odjelima), a **dijagonalna** među osobama različitog statusa. **Horizontalna** komunikacija odvija se na sastancima, neposrednim razgovorima, internim dopisivanjem. Postoje još dva oblika vezana za ovu vrstu komunikacije. To su *sinkrona* i *asinkrona* komunikacija. U *sinkronoj* komunikaciji pošiljatelj poruke siguran je da je poruka predana. To je uglavnom prihvaćen oblik komunikacije, a karakterizira ga poruka licem u lice ili izravan telefonski poziv. *Asinkrone* poruke, poput npr. elektroničke pošte, za razliku od sinkronih metoda, nisu često prihvaćene (Fučkar, 1992).

Članovi su grupe **izvor informacija iz grupe** (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). To je informacijsko-komunikacijski kanal koji je usmjeren i vertikalno i horizontalno. Informacije iz grupe kreću se prema vođi grupe vertikalno, odnosno uzlazno, i silazno od vođe grupe prema članovima grupe. Članovi grupe međusobno imaju horizontalnu komunikaciju i dijagonalnu komunikaciju. Voda je grupe u ulozi "vratara" (Lučanin i Despot Lučanin, 2010), koji odlučuje koji komunikacijski kanali će biti otvoreni kada i koliko.

## VOĐA GRUPE, PREGOVARANJE, POVRATNA INFORMACIJA

Najvažnija uloga u grupi jest uloga vođe, njegove sposobnosti u komunikaciji, upravljanju grupom, komunikacijske vještine i stil vođenja. Važne **osobine vođe** u upravljanju grupom su društvenost, sposobnost postizanja ciljeva, dobre komunikacijske vještine, samopouzdanje i želja za priznanjem. U komunikaciji s grupom, vođa grupe bi trebao omogućiti članovima grupe da se uključe i aktivno sudjeluju u radu i donošenju odluka, da iznose svoje prijedloge, primjedbe i pohvale. Članovi grupe bi zauzvrat postali obvezni sudjelovati u dijelu odlučivanja, dakle treba postojati dvosmjerna komunikacija vođe i članova grupe, čime bi se postigla viša motiviranost za rad i rad u grupi te povećana učinkovitost u radu.

### Vodenje grupe

Upravljanje, rukovođenje ili menadžment obuhvaća niz vještina u upravljanju ljudima u radnoj organizaciji. Svrha upravljanja jest poticanje aktivnog sudjelovanja članova grupe u procesima uz čiju se pomoć dosežu zadani ciljevi (Ajduković, 1997). Položaj zdravstvenog djelatnika na mjestu rukovoditelja odnosno menadžera uključuje niz odgovornih aktivnosti. Uspješnost zdravstvenog djelatnika-menadžera u ostvarenju aktivnosti (organiziranje i upravljanje skrbi za bolesnike, raspored posla među djelatnicima, raspodjela i nadzor nad trošenjima sredstava, suradnja i komunikacija unutar zdravstvene organizacije, utvrđivanje i osiguravanje svih neophodnih sredstava za pružanje zdravstvene skrbi na odjelu, klinici, ustanovi) ovisi i o njegovim sposobnostima vođenja grupe (Ajduković, 1997).

Stil i način vođenja zdravstvene organizacije ili grupe predstavlja oblik ponašanja, odnosno alat kojim vođa grupe djeluje na međuljudske odnose. *Stilovi su vođenja autokratski, demokratski i permisivni* (Ajduković, 1997).

**Autokratski ili autoritativen stil** način je vođenja u kojem je vođa izričito usmjeren na izvršenje zadataka. U tom stilu nema usmjerenoosti prema međuljudskim odnosima, a vođa grupe vrlo često koristi položaj moći, koji je uglavnom povezan s hijerarhijskom ljestvicom organizacije (Ajduković, 1997). Taj način vođenja primјeren je situacijama kad nema vremena za dogovor. Kad je vođa grupe najbolje informiran, vođa uglavnom sam donosi odluke, izdaje upute i očekuje njihova izvršenja (premda članovi grupe mogu davati svoje prijedloge). Ako je grupa biti stalno vođena tim stilom, dolazi s vremenom do manjka zainteresiranosti za postizanje ciljeva, što će rezultirati dugoročnim izostankom suradnje među članovima grupe (Ajduković, 1997).

**Demokratski stil** je način vođenja zdravstvene grupe ili organizacije u kojem je vođa usmjeren na međuljudske odnose i timski rad. Najvažniji element tog stila vođenja je dvosmjerna i otvorena komunikacija. Zadovoljstvo članova grupe je visoko, zbog suradnje i uključivanja članova grupe u odlučivanje (Ajduković, 1997). Premda ima položaj moći po hijerarhijskoj ljestvici organizacije, vođa grupe ne koristi svoje ovlasti kao u autoritativenom stilu. Taj je stil primјeren način vođenja grupe, jer članovi grupe imaju mogućnost dati značajan doprinos u odlučivanju, a loša je strana tog stila što proces donošenja odluke traje duže (Ajduković, 1997).

**Permisivni stil (laissez-faire)** način je vođenja zdravstvene grupe ili organizacije pri kojem vođa osigurava strukturu i kontrolu u manjem opsegu. Članovi grupe sami u interakciji postavljaju ciljeve, donose odluke i preuzimaju odgovornost za donecene odluke, kao i ostvarene ciljeve. Permisivni stil vođenja grupe omogućuje najveću slobodu pojedincu u odlučivanju u grupi, ali su i produktivnost i zadovoljstvo najmanji (Ajduković, 1997).

Sva tri stila načina vođenja zdravstvene grupe ili organizacije predstavljaju izazov za vođu grupe. Kvalitete vođe grupe i vještine upravljanja individualni su izbor svakog voditelja da u određenim trenucima odlučno nastoji primjeniti pojedini stil vođenja, imajući u vidu sva obilježja grupe kojom upravlja (Ajduković, 1997). Visoko obrazovane medicinske sestre i tehničari koje/i su voditelji u upravljanju svakodnevnim odgovornim aktivnostima u sustavu zdravstvene zaštite trebaju imati odlike menadžera koji poznaju i koriste sve stlove rukovođenja (Ajduković, 1997).

## Uloge i vještine vođe grupe

Uloga vođe grupe može biti formalna i neformalna. Primjer **formalne** uloge vođe grupe je npr. medicinska sestra/tehničar koji je voditelj tima/grupe medicinskih sestara/tehničara u jednoj organizaciji, bolničkom odjelu ili ustanovi (Lučanin i Despot Lučanin, 2010). Nasuprot tome, uloga je vođe grupe **neformalna** kad se medicinske sestre/tehničari nalaze na jednom seminaru ili stručnim sastancima (periodični stručni sastanci u organizacijama).

Voda grupe mora znati i posjedovati određene vještine. Bitna vještina koju mora posjedovati jest razvijena **vještina komunikacije**. Vođa grupe u komunikaciji s grupom treba kvalitetnom komunikacijom postići uključivanje svih članova grupe u rad, njihovu predanost radu i povećanu učinkovitost. Komunikacijske vještine i strategije u upravljanju grupom vođe grupe trebaju pridonijeti tome da svi članovi grupe razumiju probleme i znaju što im je raditi da bi se postigli postavljeni ciljevi (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

U takvu ozračju vođa treba prenosići **poruke** svojoj grupi, koje (Baldoni, 2003):

- potvrđuju ciljeve rada i vizije grupe/organizacije
- potiču promjene
- svojim smislom potiču na djelovanje i veće zalaganje
- potkrjepljuju i povećavaju zadovoljstvo ljudi i snagu grupe/organizacije
- stvaraju motivirajuću okolinu, ističu dobiti od rada, omogućuju napredovanje i nagrađivanje
- povezuju promidžbe proizvoda i usluga s ciljevima i vrijednostima grupe/organizacije
- daju priznanja i pohvale djelatnicima, pri čemu se članovima grupe daju povratne informacije o njihovoj uspješnosti (što je važno za njihovu motiviranost).

### **Pregovaranje u vođenju grupe**

Rad u zdravstvenoj zaštiti i skrbi o oboljelima multidisciplinaran je. Priroda rada u zdravstvenoj zaštiti složen je proces, pa tijekom tog procesa može doći do nedoumica, nejasnoća i poteškoća.

Dogovaranje je jedan od ključnih elemenata, jer se dogovorom članova grupe mogu razriješiti nastale poteškoće (Baldoni, 2003). Pregovaranjem članova grupe razjašnjava se što treba napraviti i tko će to raditi. Ono se odvija i na razini pojedinca i na razini ustanove. **Pregovaranje na razini pojedinca** odnosi se na dio vezan za podjelu posla, odgovornosti i autoritet. **Pregovaranje na razini ustanove** odnosi se na pravo određivanja podjele posla, odgovornost i autoritet (Baldoni, 2003).

U zdravstvenoj organizaciji, tijekom procesa skrbi o bolesniku surađuju različite zdravstvene struke, pa se postavlja pitanje tko ima zadaći koordinacije, vođenja grupe/tima i odgovornosti. Hijerarhijskim i sistematizacijskim ustrojem te voditeljskim položajima, propisanima nizom zakona i pravilnika, u zakonodavstvu Republike Hrvatske jasno su definirane uloge oko takvih pitanja.

Za razliku od formalnih, pravila vezana za komunikaciju u upravljanju grupom/timom u zdravstvenoj zaštiti na praktičnoj razini još su uvijek empirijska stavka s nepoznatim ishodom (Ajduković, 1997). Naime, budući da je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti liječnik nositelj zdravstvene zaštite, pregovaranje u vođenju grupe bilo je općenito neprepoznato, a odlučivanje podređeno isključivo liječničkoj odluci. Edukacijama i visokim stupnjem naobrazbe medicinskih sestara i tehničara situacija se polako mijenja, jer se uvidjelo da su medicinske sestre i tehničari (posebno visoko obrazovani) važan sastavni dio zdravstvenog tima, pa trebaju biti zastupljeni u procesima pregovaranja u vođenju grupe (Ajduković, 1997).

### **Povratna informacija u vođenju grupe – značajnost i planiranje**

Vođa grupe mora omogućiti ostalim članovima grupe/tima da iznesu svoja mišljenja o njegovim porukama (Patterson, Grenny, McMillan, Switzler, 2011). Slanjem takvih poruka vođa grupe/tima daje do znanja svim članovima grupe/tima da je i njihovo mišljenje bitno. Učinak takva vođenja zauzvrat će kod članova grupe/tima razviti osjećaj obveze da na isti način i sami pridonose postizanju ciljeva.

**Dvosmjerna komunikacija** uvijek je učinkovita. Slanje i primanje povratnih informacija u dvosmjernoj komunikaciji je vrlo značajno, zbog pojavnosti niza procesa uvjetovanih interakcijama između vođe i članova grupe (Patterson i sur., 2011).

**Planiranje procesa dobivanja povratnih informacija** ima pet stupnjeva. Prvi je stupanj *organiziranje plana rada* i najava da će se od svakog člana grupe/tima tražiti jedan oblik povratne informacije. Primjer takve najave je raspored smjena ili dežurstava u organizaciji, odjelu ili ustanovi. Drugi je stupanj *organizacija sastanaka* s jednim od ciljeva, a to je potvrda rasporeda smjena ili dežurstava u organizaciji, odjelu ili ustanovi (Patterson i sur., 2011). Treći je stupanj *objava dogovorenog rasporeda* smjena ili dežurstava u organizaciji, odjelu ili ustanovi, s mogućnošću dostave povratne informacije putem elektroničke pošte ili pismeno. Četvrti je stupanj *objava dobivenih povratnih informacija* na internetskim stranicama ili oglašnim pločama u anonimnom obliku (bez ikakve informacije o pošiljatelju). Peti je stupanj vezan uz *dobivanje povratnih informacija u neformalnom obliku*, npr. obilazak članova tima/grupe i dobivanje povratnih informacija za vrijeme pauze za kavu, ili ručak u neformalnom razgovoru (Patterson i sur., 2011).

## MODULI UČENJA EFEKTIVNE KOMUNIKACIJE U SESTRINSKOM MENADŽMENTU

Pojam sestre/tehničara u ulozi menadžera u Hrvatskoj je tek nedavno zaživio u pravom smislu tog zvanja. Naime, dolaskom prvih generacija visoko educiranih medicinskih sestara i tehničara u radni proces i njihovom borboru za svoj punopravni status u sustavu zdravstvene zaštite, uvidjelo se koliko otvorenih pitanja vezanih za nepoznanice u komunikaciji u vođenju i upravljanju u sestrinstvu postoji. Znanja iz tih područja počela su biti izvor educiranosti, a visoko educirane medicinske sestre i tehničari edukatori na akademskim ustanovama u Hrvatskoj.

Dajemo prijevod primjera jednog modula izobrazbe o upravljanju medicinskih sestara i tehničara (radna verzija postupnika i edukativnog procesa iz Sjedinjenih Američkih Država<sup>9</sup>).

### Uvod u modul

Ovaj modul fokusiran je na probleme u interpersonalnoj komunikaciji između medicinskih sestara/tehničara koji su menadžeri i zdravstvenog osoblja. Modul sadržava teorijski i praktični oblik razmatranja stavova osoblja koje oni unose u interpersonalne odnose u sestrinskom menadžmentu<sup>9</sup>.

### Opis modula

Loša komunikacija najčešći je krivac za neslogu, pogreške i nerazumijevanje na radnom mjestu. Nastaje kada se ljudi na radnom mjestu ne žele izjašnjavati, ni izreći što trebaju. Nastaju i kao opiranje ili nemogućnost objašnjenja svojih namjera drugoj osobi. Takve se situacije mogu izbjegći korištenjem komunikacijskih vještina za utvrđivanje namjere, namjere obiju strana i osobnih namjera. Edukacija pokriva i objašnjava tri osnovne strategije koje će omogućiti stjecanje komunikacijskih vještina vezanih uz namjere (Patterson i sur., 2011). Postoje različite strategije koje medicinske

<sup>9</sup> <http://faculty.ksu.edu.sa/MonaAseeri/Documents/Learning%20Module%20On%20Effective.pdf>

sestre/tehničari - menadžeri mogu vježbati da bi te interpersonalne komunikacijske vještine postale dio njihova svakodnevnog repertoara ponašanja.

Modul za edukaciju zamišljen je interaktivno, te sadržava inicijalni test, pomoću kojega zainteresirani zdravstveni djelatnik može dobiti uvid u vlastita postojeća znanja i komunikacijske vještine. Smisao i zadaća tog predtesta doznati je postojeću razinu znanja i vještina u komunikaciji i upravljanju grupom, dok se testovima tijekom procesa stjecanja vještina, kandidat može samoevaluirati, kao i dobiti odgovore vezane za daljnje smjernice u vlastitoj izobrazbi.

Modul se sastoji od tri dijela: u prvom se pozornost pridaje *slanju poruke* u različitim komunikacijskim oblicima. U drugoj se odrednici pozornost stavlja na *dinamičke vještine interpersonalnih komunikacija* koje su zasnovane na odgovarajućem stilu, assertivnom stilu, aktivnom slušanju i ponašanju/ potpori u namjeri uvođenja komunikacijskog stila. U trećoj se odrednici pozornost usmjerava na *efektivne vještine za vođenje i upravljanje* u radu s grupom i glavnim sastankom<sup>9</sup>.

Također, u istom se modulu uči i kako *prevladati razne oblike smetnji/interferencija* u radu. Interpersonalna komunikacija neophodna je vještina za današnje moderno osoblje. Rijetko se događa da zaposlenici rade izolirano i odvojeno. Djelatnici interaktivno komuniciraju s korisnicima, vršnjacima, timovima, menadžerima i voditeljima. Voditelji bi trebali moći pokazati dobru komunikaciju unutar svojih timova, a kad voditelji prakticiraju dobre komunikacijske vještine, njihovi su timovi motivirani, inspirirani i odlučni.

Postignuća ciljeva u zdravstvu bitno ovise o sposobnostima i utjecaju jednog člana tima na druge. Zato je neophodno da se ideja, uputa, misao i osjećaj komuniciraju točno.

Modul je osmišljen kao pomoć medicinskim sestrama/tehničarima da razviju vještine uspješnog komuniciranja poruka, prepoznujući primatelja i izabirući pravi kanal. Odgovarajući na povratne informacije, uče se komunikacijske vještine, suočava se s izazovima u vođenju razgovora i održavanju uspješnih radnih odnosa s prepostavljenima i suradnicima. Polaznike se modula uči i shvaćanju osnovnih uzroka siromašne i nedostatne komunikacije te razvijanju vještina potrebnih da bi se negativni utjecaji smanjili na najmanju moguću razinu.

## Koncept modula<sup>10</sup>

Modul koji je dan za primjer ima sljedeći sadržaj:

### ***Prva cjelina: Uvod u efektivnu komunikaciju***

- značenje i mehanizmi komunikacije
- elementi komunikacijskog procesa
- principi efektivne komunikacije.

### ***Druga cjelina: Organiziranje i razvoj efektivne poruke***

- tipovi komunikacijskih načina, medija, kanala i oblika

<sup>10</sup> <http://faculty.ksu.edu.sa/MonaAseeri/Documents/Learning%20Module%20On%20Effective.pdf>

- uobičajeni zajednički oblici usmenih i pisanih poruka korištenih u sestrinskom menadžmentu
- efektivna pisana poruka i njezine značajke
- verbalne i neverbalne vještine za otpuštanje/slanje poruke
- prepreke u efektivnoj komunikaciji.

***Treća cjelina: Razvoj stila efektivne komunikacije***

- vrste odgovarajućih stilova
- asertivni, neasertivni i agresivni stil
- obrambeno i podržavajuće ponašanje
- aktivno slušanje/reagiranje.

***Četvrta cjelina: Rukovođenje efektivnim komunikacijama u upravljanju i radu grupe***

- dinamika grupe
- stilovi vođenja grupe
- razine i razvojni procesi grupe
- funkcionalno i nefunkcionalno ponašanje u grupi
- metode za pripremu, odvijanje i praćenje sastanka.

## **ZAKLJUČAK**

U promišljanjima o komunikacijskim vještinama nameće se niz pitanja o mogućnostima, procesima i sustavu komunikacija u upravljanju. Skupinama ljudi koji zajedno rade i vrlo često ovise jedni o drugima u obavljanju svoga posla važni su i ozračje grupe i odnosi među njezinim članovima. Najvažnija je uloga vođe, njegove sposobnosti u komunikaciji i upravljanju grupom, komunikacijske vještine i stil vođenja. Važne osobine vođe u upravljanju grupom jesu društvenost, sposobnost postizanja ciljeva, dobre komunikacijske vještine, samopouzdanje, uspješnost i želja za priznanjem. Modul koji je dan za primjer služi za edukaciju medicinskih sestara i tehničara u vještinama menadžmenta, a usmjeren je na probleme u interpersonalnoj komunikaciji između medicinskih sestara/tehničara - menadžera i zdravstvenog osoblja te usavršavanje njima potrebnih komunikacijskih vještina

## 17. INFORMACIJSKO – KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE U MEDICINI

Marijana Šuperak, bacc. med. techn.

Informacijske tehnologije, eksponencijalnim razvojem, postale su neizbjegne u većini društvenih sektora, pa ni oni koju su pružali najtradicionalniji otpor uvođenju modernih tehnologija ne mogu bez njih npr. podići novac iz banke, kartu za gradski prijevoz, ne mogu čuti svoje najmilije, izraziti sućut ili čestitati u zgodnoj prilici (Stevanović i Pristaš, 2011).

Tako ni zdravstvene institucije ne mogu slijediti suvremene tokove bez informacijskog sustava zdravstva te je i proces informatizacije u zdravstvu jedan od bitnih prioriteta. Ustanove koje na vrijeme ne stvore informacijske integracijske preduvjete neće biti sposobne ispunjavati redovite i projektne obveze pa će postati nepoželjne u sustavu, a smisao njihova opstanka upitan (Stevanović i Pristaš, 2011).

Riječ **telemedicine** složenica je u kojoj prvi dio (grč. *tele*) označava daljinu, udaljenost ili odnos prema daljini. Stoga se može reci da je telemedicine daljinska medicina ili medicina na daljinu. Telemedicine sama po sebi nije medicinska struka, medicinska specijalnost, već način na koji medicinske struke realiziraju svoju djelatnost (Bennet, 1978, prema Stevanović i Pristaš, 2011). Korištenjem najsuvremenijih informacijsko-komunikacijskih tehnologija (npr. kamere, ekrana i medicinskih dijagnostičkih uređaja) omogućuje se istodobno povezivanje bolesnika i liječnika specijalista, bez obzira na udaljenost. Zdravstvene usluge koje se mogu pružati informacijsko-komunikacijskim tehnologijama jesu liječnički pregledi, dijagnostika uz pomoć specijalne medicinske opreme i terapija (Stevanović i Pristaš, 2011).

Današnji rastući troškovi zdravstvene zaštite te demografske promjene koje se očituju starenjem stanovništva ukazuju na potrebu za reformama sustava zdravstvene zaštite na globalnoj razini. Reformama se prvenstveno želi osigurati dostupnost zdravstvene zaštite, ograničiti rast troškova te poboljšati kvalitetu, ili je barem održati u postojećim okvirima (Stevanović i Pristaš, 2011). Uvođenje telemedicine ima za cilj smanjenje troškova zdravstvene zaštite bržim prijenosom informacija, slanjem podataka o bolesniku umjesto bolesnika i skraćivanjem vremena potrebnog za intervenciju. Osim prednosti u izravnom liječenju bolesnika, telemedicine omogućuje bolju suradnju među liječnicima i edukaciju, što rezultira boljom uslugom, odnosno većom kvalitetom cjelokupnog sustava zdravstvene zaštite (Stevanović i Pristaš, 2011).

**Telemedicinske primjene** uglavnom se provode na tri načina, s obzirom **na mjesto** (Stevanović i Pristaš, 2011):

- u isto vrijeme na istoj lokaciji (klasični pristup),
- u isto vrijeme na različitim lokacijama (videokonferencijski sustav)
- u različito vrijeme na različitim lokacijama (dijagnostička radiologija).

**Telemedicinske primjene** najčešće se primjenjuju za tri različite **svrhe** (Stevanović i Pristaš, 2011):

- akutnu zdravstvenu njegu
- postakutnu zdravstvenu njegu (oporavak, kronične bolesti)
- kliničke i nekliničke primjene (sastanci, edukacija, prezentacije, konferencije, itd.).

Najčešće kliničke primjene su u radiologiji, kardiologiji, ortopediji, dermatologiji i psihijatriji.

Glavne su ***prednosti telemedicine***<sup>11</sup>:

- dostupnost vrhunskih specijalističkih zdravstvenih usluga za svakoga, čak i u izoliranim i teško pristupačnim područjima (što je od posebne važnosti za hitna stanja)
- olakšanje postupaka bolesnicima, bez izlaganja nepotrebnim naporima
- omogućena je istovremena suradnja liječnika opće medicine i liječnika specijalista pri zbrinjavanju bolesnika (što obostrano pridonosi kvaliteti rada)
- znatne uštede u zdravstvu (smanjuju se troškovi putovanja kroničnih bolesnika zbog pravovremenog obavljanja zdravstvenih usluga, smanjuje se broj dana bolovanja, kao i potreba za dolaskom liječnika specijalista, racionalnije se koriste lijekovi),
- uvođenje telemedicinskih usluga čini Republiku Hrvatsku potencijalnim ponuditeljem telemedicinskih usluga i drugim državama
- povećanjem kvalitete cijelokupne zdravstvene ponude područja pokrivena telemedicinskim uslugama postaju privlačnija turistima svih dobnih skupina (što predstavlja potencijal za dodatnu turističku promociju i otvara mogućnosti povećanja prihoda u tim područjima).

Često se preko ***društvenih mreža*** otvaraju i stranice zdravstvenih ustanova, pojedinih zdravstvenih problema ili sadržaja, pa se tako preuzimaju i funkcije portala za pojedine zdravstvene probleme (ovisnosti, debljina, menstruacija, trudnoće, porodi i babinja, pubertet).

Međutim, profesionalna komunikacija zdravstvenih djelatnika na društvenim mrežama u praksi je manje primjenjiva zbog zaštite osobnosti i osobnih podataka, s obzirom na to da su neki korisnici društvenih mreža često povezani s više tisuća drugih korisnika (Stevanović i Pistaš, 2011). No, i taj način razmišljanja s vremenom postaje previše tradicionalistički, pa će se možda u budućnosti korigirati. Najbolji primjer za fokusirane društvene mreže jest poslovna mreža LinkedIn, koja sve više poprima svojstva međunarodne burze profesionalaca, gdje poslovne veze, interesi, životopisi i preporuke postaju sve otvoreni (Stevanović i Pistaš, 2011).

## ZAKLJUČAK

U današnje je vrijeme teško raspravljati o komunikaciji u bilo kojem sektoru bez uporabe informacijsko-komunikacijskih tehnoloških pojmove i tehnologija, pa ih ni medicina nije mogla zanemariti. Uvođenjem telemedicine (daljinske medicina ili medicine na daljinu) smanjuju se troškovi zdravstvene zaštite, brže razmjenjuju podaci o bolesniku unutar sustava zdravstva i skraćuje se vrijeme intervencije. Telemedicine omogućava bolju suradnju među liječnicima i bržu edukaciju, što daje potencijale za veću kvalitetu sustava zdravstvene zaštite. Jedna od dodatnih mogućnosti telemedicine je korištenje društvenim mrežama za tu svrhu, što je zasad problematično s etičkog stajališta, a to se u određenoj mjeri nastoji prevladati specijalizacijom društvenih mreža.

<sup>11</sup> <https://www.ztm.hr/?q=hr/content/za-pacijente>

## LITERATURA

1. Ajduković, M. (1997). *Grupni pristup u psihosocijalnom radu*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
2. Andrešić, D. (ur.). (2010). *Kako dijete govori? - razvoj govora i jezika, najčešći poremećaji jezično-govorne komunikacije djece predškolske dobi: priručnik za roditelje, odgojitelje, pedijatre i sve koji prate razvoj djece*. Velika Gorica: Planet Zoe.
3. Apel, K., Masterson, J.J. (2004). *Jezik i govor od rođenja do šeste godine*. Lekenik: Ostvarenje.
4. Arnold, E.C., Underman Boggs, K. (2003). *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills*. St. Louis: Elsevier.
5. Baldoni, J. (2003). *Great communication secrets of great leaders*. New York: McGraw-Hill.
6. Barath, A. (1995). *Kultura, odgoj i zdravlje*. Zagreb: Viša medicinska škola.
7. Behetić, Đ., Duh, Đ. (2013). *Pristup i zbrinjavanje bolesnika s poremećajima vida i bolestima oka*. Zagreb: Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice.
8. Benko, I. (2008). Komunikacija s bolesnikom u terminalnoj fazi, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 4, 1-4.
9. Bratton Martinović, Lj. (2011). Najteži križ roditelja otežan beščutnošću liječnika. *Novi list*, Rijeka, 18.11.2011.
10. Breakwell, G.M. (2001). *Vještine vođenja intervjeta*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
11. Brklačić, M. (2013). Etički aspekti komunikacije u zdravstvu, *Medicina fluminensis*, 49(2), 136-143.
12. Bulajić, M., Grba-Bujević, M. (2012). Komunikacija i komunikacijske vještine u medicini. *Medix*, 92/93, 64-68.
13. Čerepinko, D. (2012). *Komunikologija: Kratki pregled najvažnijih teorija, pojmove i principa*. Varaždin: Veleučilište u Varaždinu.
14. Čukljek, S. (2005). *Osnove zdravstvene njegе*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
15. Čupak, K., Gabrić, N., Cerovski, B. (2004). *Oftalmologija*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
16. Despot Lučanin, J., Havelka, M., Kostović, M., Lučanin, D., Perković, L., Pukljak Iričanin, Z. (2006). *Komunikacijske vještine – zbirka nastavnih tekstova*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
17. Dodir (2016). Hrvatski savez gluhošlijepih osoba Dodir. Skinuto 12.6.2016. s: <http://www.dodir.hr/jednorucna.php#.V4ePOfmLQdU>
18. Dyche, L., Swiderski, D. (2005). The Effect of Physician Solicitation Approaches on Ability to Identify Patient Concerns. *Journal of Generative Internal Medicine*, 20(3), 267-270.
19. Đorđević, V., Braš, M., Brajković, L. (2012). *Palijativna skrb: mostovi nade i čovječnosti*. Zagreb: Roketa.

20. Đorđević, V., Braš, M., Brajković, L. (2013). *Osnove palijativne medicine*. Zagreb: Medicinska naklada.
21. Đorđević, V. (2012). *Komunikacija u palijativnoj medicini*. Zagreb: Medika.
22. Fajta, M. (2004). *Dobra komunikacija / Preduvjet profesionalizmu, Komunikacije u sestrinstvu*. Opatija: Hrvatska udruga Viših medicinskih sestara, Visoka zdravstvena škola.
23. Florjančič, J., Ferjan, M. (2000). *Management poslovnega komuniciranja*. Kranj: Moderna organizacija.
24. Fučkar, G. (1992). *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: Medicinski fakultet.
25. Ginott, G.H. (2005). *Između roditelja i djeteta*. Lekenik: Ostvarenje.
26. Glavočević, A. (2012). *Prepreke u komuniciranju*. Na: <https://www.scribd.com/doc/114890879/Prepreke-u-komunikaciji> (12.6.2016.)
27. Habus, S. (2013). *Komunikacijske teškoće uzrokovane traumatskim oštećenjem mozga* (magistarski rad). Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
28. Havelka, M. (1995). *Zdravstvena psihologija*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
29. Havelka, M. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
30. Herega, D. (2006). Svijet tištine. *Narodni zdravstveni list*, 37, 34-43.
31. Hrvatsko logopedsko društvo (2013). *Standardi rada logopeda u zdravstvu*. Zagreb: Sekcija logopeda u zdravstvu.
32. Jukić, M., Gašparović, V., Husedžinović, I. i sur. (2008). *Intenzivna medicina*. Zagreb: Medicinska naklada.
33. Kirinčić N. (2005). Gluhoća. *Medicina*, 42, 91-94.
34. Klain, E., Gregurek, R., i sur. (2007). *Grupna psihoterapija*. Zagreb: Medicinska naklada.
35. Kocijan Hercigonja, D. (2009). Uspješna komunikacija s djecom i adolescentima kao značajan čimbenik u procesu liječenja. *Glasnik HKLD*, 19(3), 15-17.
36. Koić E. (2006). Priručnik za medicinske sestre-tehničare, Vol 4. Psihijatrija i mentalna higijena. Na:  
<http://www.psihijatrija.com/MATURANTI/PREDAVANJA/br%204%20sestrinska%20skrb.htm> (12.7.2016.)
37. Kolucki, B., Lemish, D. (2013). *Kako komunicirati s djecom*. Zagreb: UNICEF, Ured za Hrvatsku.
38. Kraljević, R. (2007). Savjetovanje roditelja djece s posebnim potrebama: mogućnosti i prepreke. *S Vama, Hrvatska udruga za stručnu pomoć djeci s posebnim potrebama*, 6, 71-78.
39. Leboutillier, M. (1998). *No is a complete answer about the importance of personal boundaries*. Zagreb: V.B.Z.

40. Lee, H.Y. (2015). Health education. Na: <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Module4-Practitioner.pdf> (12. 7. 2016.)
41. Lehki, M., Đorđević, V., Braš, M. (2011). *Priopćavanje loših vijesti, Komunikacija u medicini*. Zagreb: Medicinska Naklada.
42. Lučanin, D., Despot Lučanin, J. (2010). *Komunikacijske vještine u zdravstvu*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
43. Lugton, J., Kindlen, M. (1999). *Palliative care: The nursing role*. London: Churchill Livingstone.
44. Lukovac, T. (2012). *Patologija verbalne komunikacije, Edukacija za roditelje*. Beograd: Higia Logos.
45. Ljubešić, M. (2012). Rana intervencija kod komunikacijskih i jezično-govornih odstupanja. *Paediatrica Croatica*, 56 (Supl.1), 202-206.
46. Ljubešić, M., Cepanec, M. (2012). Rana komunikacija: u čemu je tajna? *Logopedija*, 3, 1, 35-45.
47. McLeod, A. (2008). *Listening to children*. USA: Jessica Kongsley Publishers.
48. Meador H.E., Zazove P. (2005). Health Care Interactions with Deaf Culture. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 18, 218–222.
49. Miller, K. (2005). *Communication Theories: Perspectives, Processes, and Contexts*. New York: McGraw-Hill.
50. Mimica, N. (2008). *Komunikacija s osobom oboljelom od demencije*. Zagreb: PlivaMed.
51. Mojsović, Z. i sur. (2005). *Sestrinstvo u zajednici*. Zagreb: Visoka zdravstvena škola.
52. Moro, Lj., Frančišković, T. i sur. (2011). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
53. Muir-Cochrane, E. (2003). The person who is aggressive or violent. *Psychiatric and mental health nursing*. London: Hodder Arnold.
54. Pačić-Turk, Lj., Kostović-Srzentić, M. (2014). *Klinička neuropsihologija za studente zdravstvenog veleučilišta – nastavni materijali*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
55. Patersson, K., Grenny, J., McMillan, R., Switzler, S.R. (2011). *Crucial Conversations: Tools for Talking when Stakes are High*. New York: McGraw-Hill.
56. Pejić Bach, M., Murgić, J. (2013). *Poslovne komunikacije 2*. Zagreb: Alka script.
57. Perković, L. (2008). *Upravljanje sukobima*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
58. Pribanić, Lj., Wagner Jakab, A., Brozović, B., Philipps Reichherzer, S. (2015). *Priručnik za rad s osobama s komunikacijskim teškoćama u redovnom odgojno-obrazovnom sustavu*. Zagreb: Centar za odgoj i obrazovanje "Slava Raškaj".
59. Priest H. (2014). *Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i drugim zdravstvenim strukama*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
60. Prlić, N., Rogina, V., Muk, B. (2008). *Zdravstvena njega 4*. Zagreb: Školska knjiga.

61. Radonić, M., Stričević, I. (2009). Rođeni za čitanje - promocija ranog glasnog čitanja djeci od najranije dobi. *Paediatrics Croatica*, 53(S1), 7-11.
62. Rakošec, Ž., Juranić, B., Mikšić, Š., Jakab, J., Miškić, B. (2014). Otvorena komunikacija u palijativnoj skrbi. *Media, culture and public relations*, 5(1), 98-103.
63. Ribardić, S., Vidoša, A. (2014). *Zdravstvena njega u zaštiti mentalnog zdravlja*. Zagreb: Medicinska naklada.
64. Robinson, T.E., White, G.L., Houchins, J.C. (2006). Improving Communication With Older Patients: Tips From the Literature. *Family Practice Management*, 13(8), 73-78.
65. Ryan, D. (2003). *The person who is paranoid or suspicious. Psychiatric and mental health nursing*. London: Hodder Arnold.
66. Sabatti, L. (2016). Uloga medicinske sestre pri radu sa slijepom osobom u bolničkoj ustanovi i zadovoljstvo slijepih osoba sestrinskim pristupom. *Glasnik pulske bolnice*, 12, 29-33.
67. Von Thun, S.F. (2006). *Međusobno razgovarati: smetnje i razjašnjenja*. Zagreb: Erudita.
68. Sedić, B. (2005). *Zdravstvena njega osoba s posebnim potrebama*. Zagreb: Visoka zdravstvena škola.
69. Sedić, B. (2006). *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
70. Sinanović, M. V. (2011). Jezični poremećaji nakon moždanog udara. *Acta Clinica Croatica*, 50(1), 79-93.
71. Stevanović, R., Pristaš, I. (2011). Nove informacijsko-komunikacijske tehnologije i komunikacija u medicini i zdravstvu. *Medix*, 92(S1), 32-37.
72. Stojisavljević S. (2014). *Komunikacija u javnom zdravstvu: kurikulum*. Sarajevo: Udruženje Partnerstvo za zdravlje.
73. Škarić, I., Čimbur, P. (1988). *Govorne poteškoće i njihovo uklanjanje - Svladao sam mucanje*. Zagreb: Mladost
74. Škrbina, D., Šimunović, D., Šantek, V., Njegovan-Zvonarević, T. (2011). Upotreba glazbe u palijativnoj skrbi. *Acta Medica Croatica*, 65, 415-423.
75. Šiljegović, R. (2014). *Komunikacijske vještine s pacijentom u terminalnom stadijumu bolesti i porodicom*. Bijeljina: Univerzitetski klinički centar Tuzla. Skinuto 12.6.2016. s: <http://www.ubn.rs.ba/download/2014/SeminarNuPZNj/KomunikacijskeVje%C5%A1tineTz.pdf>
76. Štifanić, M. (2013). Loša komunikacija i druge liječničke pogreške. *JAGR*, 4(7), 293-327.
77. Štrkljar-Ivezić S. (2011). *Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj*. Zagreb: Medicinska naklada.
78. Thompson Hingle, S., Robinson, S.B. (2009). Enhancing communication with older patients in the outpatient setting. *Seminars in Medical Practice*, 1-7.
79. Vander Zanden, J.W. (1988). *The Social Experience*. New York: McGraw-Hill.

80. Vuletić, D. (1996). *Afazija: logopedsko – lingvistički pristup*. Zagreb: Školska knjiga.
81. Williams, M.V., Davis, T., Parker, R.M., Weiss, B.D. (2002). The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine*, 383-389.
82. Yorkston, K. M., Bourgeois, M. S., Baylor, C.R. (2010). Communication and Aging, *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 21(2), 309-319. doi: 10.1016/j.pmr.2009.12.011.
83. Zakanj, Z. (2008). Komunikacija u pedijatrijskoj skrbi - uvjet uspješne suradnje. *Paediatricia Croatica*, 52(S1), 6-10.

## POPIS TABLICA I SLIKA

Pojam	Stranice
Tablica 1. Preduvjeti uspješne komunikacije s djecom	13
Tablica 2. Preporuke za komunikaciju s djetetom u bolnici	17
Tablica 3. Preporuke za poboljšanje komunikacije s adolescentima	18
Tablica 4. Preporuke za priopćavanje loših vijesti	73
Slika 1. Braillevo pismo	35

## RJEČNIK VAŽNIH POJMOVA

Pojam	Stranice
Adolescencija	15
Agrafija / disgrafija	46
Agresija	9, 10, 28
Agresivnost	28, 31, 76
Aleksija / disleksija	45, 46
Alkoholna intoksikacija	29
Alzheimerova bolest	44, 49, 58
Anksioznost ili tjeskoba	5, 17, 23, 27, 31, 76
Autokratski ili autoritativni stil vođenja grupe	91
Braillovi prsti	35
Centri za govor	45
Čekanje kao stresni događaj	47, 55, 76
Demencija	47, 49
Demokratski stil vođenja grupe	91
Depresija i znakovi depresije	26, 27
Dijagonalna komunikacija	90
Disfazija i afazija	44, 45
Disfonija	45
Dizartrija	45, 51
Dvosmjerna komunikacija	90, 93
Educiranost liječnika za komunikaciju s bolesnikom i njegovom obitelji	66
Emocionalne reakcije osobe koja se suočila sa smrću	61
Fizičke i psihološke promjene kroz koje često prolaze pripadnici treće životne dobi	53
Formalna i neformalna komunikacija	2
Funkcija komunikacije	5
Glavni skrbnik bolesnika	65
Gluhe i nagluhe osobe	36, 40, 41
Gluhoća ili nagluhost kao posljedica bolesti	37
Gluhosljepoća	33, 34
Govor	39
Govorni i glasovni jezik	37-39
Grupa	87-89
Grupna kohezija i produktivnost	87-89
Grupne norme	87

Grupne posljedice	88
Grupne uloge	87, 88
Grupni proces	87
Hitno stanje u psihijatriji	25, 26
Horizontalna komunikacija	80, 90
Intencijska (namjerna) komunikacija	14
Interne i eksterna komunikacija	2, 3
Intervencije medicinske sestre kod agresivnih bolesnika	28
Intervencije medicinske sestre kod bolesnika s kognitivnim deficitom	29
Intervencije medicinske sestre kod hitnih psihijatrijskih bolesnika	26
Intervencije medicinske sestre kod psihotičnih bolesnika	26
Intervencije medicinske sestre kod tjeskobnih/ anksioznih bolesnika	27
Intrapersonalna i interpersonalna komunikacija	2
Izvor informacija iz grupe	90
Jezične barijere u uspješnom komuniciranju	42
Kada voditi sastanak s obitelji?	66
Kako ne treba komunicirati s osobama koje imaju oštećenja središnjeg živčanog sustava	51, 52
Kako voditi sastanak s obitelji?	67
Kognitivni deficit	29
Komuniciranje između zdravstvenih djelatnika i bolesnika starije životne dobi	53-59
Komuniciranje s osobama s oštećenim govorom	42, 43
Komunikacija	1-3
Komunikacija s agresivnim bolesnikom	28
Komunikacija s bolesnicima nakon moždanog udara	48
Komunikacija s bolesnicima u stresu	10
Komunikacija s bolesnikom u akutnom opitom stanju	29
Komunikacija s depresivnim bolesnikom	26, 27
Komunikacija s djecom od druge do navršene šeste godine života	14, 15
Komunikacija s djecom od rođenja do navršene druge godine života	13, 14
Komunikacija s hitnim psihijatrijskim bolesnikom	25
Komunikacija s ljutitim i agresivnim bolesnikom	10, 11
Komunikacija s obitelji onkološkog bolesnika	70, 71
Komunikacija s obitelji teško oboljelog bolesnika	64
Komunikacija s osobama slabijeg vida	32, 33

Komunikacija s osobama u krizi	9, 10
Komunikacija s teškim bolesnicima	63
Komunikacija s tjeskobnim/anksioznim bolesnikom	27
Komunikacija sa psihiatrijskim bolesnikom	20-22
Komunikacija sa psihiatrijskim bolesnikom koji ima kognitivne poteškoće	29
Komunikacija sa psihotičnim bolesnikom	25, 26
Komunikacija zdravstvenog djelatnika s djetetom i adolescentom u bolnici	15-18
Komunikacija zdravstvenog djelatnika s roditeljima djeteta i adolescente u bolnici	18, 19
Komunikacijske poteškoće tipične za stariju životnu dob	57, 58
Komunikacijske prepreke	8, 9
Komunikacijske vještine	4, 5
Komunikacijske vještine s nagluhim osobama	39, 40
Komunikacijske vještine s osobama nakon moždanog udara	48
Komunikacijske vještine s osobama oboljelima od demencije	50
Komunikacijske vještine s osobom koja ima disfaziju/afaziju	46, 47
Kontradiktorni savjeti i preporuke	8, 9
Kriza	10
Loša vijest	72, 73
Ljudski jezik	1
Način na koji obitelj reagira na bolest	69
Najčešći poremećaji koji se posebno ističu kao problemi pri govoru	42
Nedostatak komunikacije u timu	78
Neformalne i formalne grupe	88
Nezadovoljstvo roditelja priopćavanjem loše dijagnoze o njihovo tek rođenoj bebi	75
O čemu treba voditi računa pri razgovoru s obitelji?	66, 67
Obilježja prenošenja poruke svojoj grupi	80, 81
Obilježja uspješnog tima	78, 79
Obitelji s posebnim potrebama	65
Oblici komunikacije	1-3, 6
Odrednice/sposobnosti uspješne komunikacije s bolesnikom	24
Olakšanje komunikacije sa starijim bolesnicima	56, 57
Osnovne potrebe teških bolesnika	63
Osnovne upute za edukaciju starijih osoba	59
Osnovni principi komunikacije s osobama s kognitivnim oštećenjima i demencijom	49, 50

Oštećenja središnjeg živčanog sustava	44-48
Otežana komunikacija između zdravstvenih djelatnika i bolesnika	9, 10
Patologija verbalne komunikacije	42
Permisivni stil vođenja grupe	91
Pet najčešće postavljenih pitanja u kontekstu komunikacije s umirućim bolesnicima	62, 63
Planiranje procesa dobivanja povratnih informacija	93
Ponašajne odrednice odnosa između medicinske sestre i psihijatrijskog bolesnika	24
Poremećaj misaonog procesa	29
Postupanja kod povjerljivih i prikrivenih podataka	68
Postupanje s povjerljivim podacima unutar obitelji	67, 68
Postupanje zdravstvenih djelatnika prema obitelji bolesnika	69, 70
Potpore bolesniku	25
Povjerljivi i prikriveni podaci	68
Predintencijska komunikacija	13, 14
Prednosti telemedicine	97
Predškolska dob	14, 15
Preduvjeti uspješne komunikacije s djecom	12, 13
Preduvjeti za uspostavljanje uspješne komunikacije	62
Pregovaranje na razini pojedinca	92
Pregovaranje na razini ustanove	92
Pregovaranje u vođenju grupe	92
Prelingvalna gluhoća	38, 39
Preporuke za komunikaciju s djetetom u bolnici	17
Preporuke za poboljšanje komunikacije s adolescentima	18
Preporuke za priopćavanje loših vijesti	72-74
Prepreke na koje nailaze roditelji djece s posebnim potrebama	75, 76
Pretpostavke učinkovitosti grupe	89
Rana komunikacija	13
Razdoblje rane komunikacije	13
Razgovor o dijagnozi sa psihijatrijskim bolesnikom	30, 31
Reakcije i osjećaji roditelja	76, 77
Savjetovanje	75-77
Sestrinska dokumentacija	6
Slabovidnost	32
Socijalna podrška	68, 69
Sredstva javnog komuniciranja	2
Stadiji razvoja grupe	87

Stavovi i osjećaji koje treba imati na umu pri planiranju sestrinskih intervencija	24
Stilovi vođenja grupe	80, 91, 95
Stupnjevi oštećenja sluha	36, 37
Školska dob	15
Što izbjegavati tijekom komunikacije s gluhom / nagluhom osobom	40
Telemedicina	96, 97
Telemedicinske primjene – po mjestu	96
Telemedicinske primjene – po svrsi	96, 97
Terapijska i antiterapijska komunikacija	22, 23
Terapijski odnos i terapijska komunikacija na psihijatrijskom odjelu	22-24
Terapijski odnos medicinska sestra - bolesnik	22, 23
Tradicionalna komunikacija	3
Traumatsko oštećenje mozga	51, 52
Učinkovitost grupe	87, 88
Uloga komunikacije	8
Uloge i vještine vođe grupe	91-93
Umijeće sestrinstva	4
Usmena i pisana komunikacija	2, 3
Uspješna komunikacija s djecom	12-14
Uzroci oštećenja mozga	44-47, 51
Veličina i sastav grupe	87, 88
Verbalna i neverbalna komunikacija	1, 2
Vertikalna komunikacija	81, 89, 90
Vjerovanja o zdravlju	69
Vještine terapijske komunikacije u radu sa psihijatrijskim bolesnikom	23, 24
Vođenje grupe	90-92
Vrijeme nastanka oštećenja sluha	37
Zajedničke osobine među starijima od 65 godina	54, 55
Zdravstveni tim	79, 82, 85
Znakovni jezik	34, 35, 38-40