

Sveučilište u Dubrovniku

# **METODE PODUČAVANJA BOLESNIKA** **(zbirka nastavnih tekstova)**

**Uredio i preradio: Doc. dr. sc. Joško Sindik, prof. psih.**

Dubrovnik, 2016.

Uredio i preradio: Doc. dr. sc. Joško Sindik, prof. psih.

# **METODE PODUČAVANJA BOLESNIKA**

(zbirka nastavnih tekstova)

UDŽBENICI SVEUČILIŠTA U DUBROVNIKU  
*MANUALIA UNIVERSITATIS STUDIORUM RAGUSINAE*



ISBN 978-953-7153-41-0 (Sveučilište u Dubrovniku)

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

Uredio i preradio: Doc. dr. sc. Joško Sindik, prof. psih.

RECENZENTI:

Doc. dr. sc. Joško Vukosav

Doc. dr. sc. Klara Šiljeg

Doc. dr. sc. Dražen Kovačević

# **METODE PODUČAVANJA BOLESNIKA**

(zbirka nastavnih tekstova)



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

# SADRŽAJ

1. POUČAVANJE I UČENJE TE PROCJENA SPREMNOSTI POJEDINCA ZA UČENJE .....	1
UVOD.....	1
POUČAVANJE.....	1
SPREMNOST ZA UČENJE.....	6
PROCJENA SPREMNOSTI POJEDINCA ZA UČENJE.....	7
ZAKLJUČAK.....	7
2. ČIMBENICI KOJI ODREĐUJU SPREMNOST ZA UČENJE - FIZIOLOŠKI.....	8
UVOD.....	8
UČENJE .....	8
A. TEORIJA UČENJA UVJETOVANJEM.....	9
B. TEORIJE SOCIJALNOG UČENJA .....	10
C. TEORIJE KOGNITIVNOG UČENJA.....	10
UTJECAJ FIZIOLOŠKIH ČIMBENIKA NA UČENJE .....	11
ZAKLJUČAK.....	14
3. ČIMBENICI KOJI ODREĐUJU SPREMNOST ZA UČENJE – KOGNITIVNI (MIŠLJENJE, UČENJE, PAMĆENJE) .....	15
UVOD.....	15
MIŠLJENJE.....	15
KOGNITIVNO UČENJE .....	15
METODE KOGNITIVNOG UČENJA .....	17
PAMĆENJE.....	18
ZABORAVLJANJE .....	19
ZAKLJUČAK.....	19
4. ČIMBENICI KOJI ODREĐUJU SPREMNOST ZA UČENJE - EMOCIONALNI (SLIKA O SEBI, SAMOPOŠTOVANJE, SAMOPOUZDANJE).....	20
UVOD.....	20
EMOCIJE .....	20
POJAM O SEBI.....	21
SAMOPOŠTOVANJE .....	22
SLIKA O SEBI.....	22
SAMOPOUZDANJE.....	23
ZAKLJUČAK.....	24
5. ČIMBENICI KOJI ODREĐUJU SPREMNOST ZA UČENJE – MOTIVACIJA, PREDZNANJE I UKUPNO ISKUSTVO OSOBE.....	25
UVOD.....	25
PSIHOLOŠKI ČIMBENICI KOJI ODREĐUJU SPREMNOST NA UČENJE.....	25

MOTIVACIJA.....	25
PREDZNANJE.....	26
UKUPNO ISKUSTVO OSOBE.....	28
ZAKLJUČAK.....	29
6. ČINITELJI KOJI ODREĐUJU VRSTU I JAČINU REAKCIJA PACIJENTA NA DIJAGNOZU: OSOBINE POJEDINCA, DIMENZIJE BOLESTI, OSOBINE SOCIJALNOG OKRUŽENJA.....	30
UVOD.....	31
ZDRAVO POTISKIVANJE.....	33
ZAKLJUČAK.....	37
7. USPOSTAVLJANJE KONTAKTA, DOBIVANJE PRVIH INFORMACIJA O POTREBAMA PACIJENTA, TEMELJNI PREDUVJETI ZA VEZIVANJE, PROCES PODRŠKE I PRUŽANJA POMOĆI .....	38
UVOD.....	38
TEORIJE OSNOVNIH LJUDSKIH POTREBA.....	38
UTVRĐIVANJE POTREBA .....	40
PRIKUPLJANJE PODATAKA .....	40
INTERVJU U PROCESU ZDRAVSTVENE NJEGE .....	41
PRVI KONTAKT IZMEĐU PACIJENTA I MEDICINSKE SESTRE .....	45
ZAKLJUČAK.....	46
8. POTREBNA ZNANJA I VJEŠTINE MEDICINSKE SESTRE.....	47
UVOD.....	47
VJEŠTINE SAVJETOVANJA.....	47
PRUŽANJE INFORMACIJA KAO VJEŠTINA .....	53
ZAKLJUČAK.....	54
9. INFORMIRANJE O BOLESTI, DIJAGNOSTIČKOM POSTUPKU, TERAPIJI OVISNO O VRSTI BOLESTI, SAVJETODAVNI RAD, RAZVIJANJE VLASTITOG NAČINA SUOČAVANJA S BOLESTI.....	55
UVOD.....	55
PRAVNI I ETIČKI ASPEKTI.....	56
PSIHOLOŠKA POMOĆ I PODRŠKA .....	58
ZAKLJUČAK.....	60
10. OPĆI ZAKLJUČAK – PODUKA I UČENJE.....	61
LITERATURA.....	63
POPIS TABLICA I SLIKA.....	66
RJEČNIK BITNIH POJMOVA .....	67

# 1. POUČAVANJE I UČENJE TE PROCJENA SPREMNOSTI POJEDINCA ZA UČENJE

**Robert Bender**, bacc. med. tech.

## UVOD

U ovom poglavlju govorit će se o poučavanju i učenju, spremnosti za učenje i procjeni spremnosti pojedinaca za učenje. U današnjem svijetu tehnologija neograničeno napreduje, no u školama se pokušava zadržati „staromodan“ način poučavanja djece (nastavničko predavanje). Uz klasični način poučavanja, uvodi se i noviji sustav uz upotrebu računala, te uz pomoć asistenata, posebno potrebnih djeci s teškoćama u razvoju da lakše prate nastavu. Cilj *poučavanja* je trajno zapamtiti informacije, tj. naučiti ih kako bi se mogle primijeniti u okolnostima koje to zahtijevaju ili u budućnosti budu zahtijevale (Mojsović i sur., 2005). Prednosti poučavanja su neograničene. Svako poučavanje dolazi od pojedinog učitelja, te se zbog tog dosta razlikuje, ali se svodi na samo jedan cilj: osigurati da se uspije prenijeti znanja što je više moguće. Učenje samo po sebi ima također puno mogućnosti, načina, stilova, te se razlikuje od osobe do osobe, no postoje određene metode (korak po korak) koje su ipak povoljnije od drugih u različitim okolnostima. Najviše je bitno koliko je osoba *sprema na učenje*, te i želi li uopće učiti. Zbog toga postoje i procjene spremnosti pojedinaca za učenje, kako bi se olakšalo daljnje prenošenje znanja, bez kojeg se u ovome modernom i užurbanom svijetu ne može (Mojsović i sur., 2005). Slijedeći današnji napredak, sve je više tehnologija koje nam pomažu da što prije uspijemo doći do traženih informacija, te tako još brže učimo.

## POUČAVANJE

**Poučavanje** je navođenje poučavanih na učenje bilo koje vrste, s ciljem da poučavani promijene svoje ponašanje (Mojsović i sur., 2005). **Podučavanje bolesnika** aktivni je proces s temeljnim *ciljem*: poticati i stvarati značajne promjene u stavovima ili ponašanju bolesnika. Postoji tijesna veza između poučavanja, s jedne strane, i drugih oblika komunikacijskih intervencija u stručnom radu s bolesnicima, poput savjetovanja, vođenja, psihoterapije i slično (Barath, 1995). Razlikuje se više različitih **oblika poučavanja**:

**Izravno poučavanje.** Najraširenija metoda izravnog poučavanja je prenošenje znanja učitelja u školama na djecu odnosi se na izravno izlaganje strukturirane informacije i demonstracijom koraka, koje učenici trebaju slijediti da bi što lakše shvatili zadano gradivo (Mojsović i sur., 2005). Izravno izlaganje je ono u kojemu se učenicima prenose strukturirane informacije, dakle ono tijekom kojeg se demonstriraju koraci što ih učenici trebaju slijediti u stjecanju vještina. Glavna obilježja izravnog poučavanja ukazuju na središnju ulogu koju ima edukator/nastavnik te visoku strukturiranost informacija (Vizek Vidović i sur., 2003).

**Tehnika pokazivanja i modeliranja.** Edukator u ovom obliku poučavanja pokazuje određena ponašanja i sam ih modelira. Svodi se na promatranje nastavnika i ostalih sudionika, uočavanje koraka u izvedbi vještine te uočavanje veza između postupaka i ishoda ponašanja (Vizek Vidović i sur., 2003).

**Vođeno uvježbavanje i praćenje izvedbe.** Vođena i nadzirana vježba sastoji se od davanja povratne informacije i pokazivanja povezanosti određenog postupka s ciljem njegove izvedbe, primjenom rečenice tipa „ako...onda“. Objašnjava se priroda pogreške i razlozi za promjenu ponašanja, gdje se uz to poželjno koristiti ohrabrujućim izričajima, kojima se iskazuje povjerenje u učenikove mogućnosti, uz aktivaciju i pojačani angažman samog edukatora/nastavnika. Provjera razumijevanja, uz dodatno uvježbavanje i osiguranje transfera, zadnja su dva čimbenika u praćenju izvedbe i vođenom uvježbavanju (Vizek Vidović i sur., 2003).

**Poučavanje vođenim otkrivanjem i razgovorom.** Ovaj oblik poučavanja sastoji se od pet elemenata: rada u parovima, rada u malim grupama, sažimanja prethodnog izlaganja (nekog gradiva), brze kružne izjave ili neverbalnih znakova i tzv. vremenskih žetona (Vizek Vidović i sur., 2003).

**Poučavanje pojedinog bolesnika.** Ovaj oblik poučavanja sastoji se od tri faze: *početne, središnje i završne*. Svaka od te tri faze ima svoje osobitosti. U početnoj fazi potrebno je koliko god je to moguće pacijenta/bolesnika dovesti do otvorenosti i iskrenosti, smiriti tjeskobu i napetost ili ljutnju. Smisao je izbjeći izravnost u težnji razumijevanju „na prvu loptu“, ne davati lažna obećanja, izbjegavajući direktnost vezanu uz problem (bolest). U središnjoj fazi bitno je dobiti i prenijeti relevantne informacije o bolesti liječenju, utjecati na motiviranost pojedinca za promjenu, kao i potaknuti promjenu. U ovoj fazi do najsnažnijeg izražaja dolaze komunikacijske vještine i sposobnosti edukatora u izobrazbi. U završnoj fazi važno je postići percepciju pacijenta/bolesnika da je sam došao do rješenja, samostalno donio odluku i da mu ona nije nametnuta. U ovim fazama objašnjen je sustav poučavanja u radu s pojedincem, koji unificirano sadržava i elemente generaliziranog sustava poučavanja (Vizek Vidović i sur., 2003).

**Elementi sustava poučavanja** su: *procjena sposobnosti i spremnosti na učenje, planiranje ciljeva (SMART), provedba (učenje) i prihvaćanje informacija, samokontrola, samozbrinjavanje. Praćenje i evaluaciju* efekata nastalih primjenom ovog sustava provodi se tehnikama kao što su: ljestvice procjene, dnevници, fiziološke mjere, povijest bolesti i neki drugi manje bitni alati. Uz brojne sustave postoje različiti *mehanizmi potpore, pomoći i podrške* (Vizek Vidović i sur., 2003; Zarevski, 2003).

U ulozi pomagača, provodi se pružanje potrebne pomoći (edukacijska, savjetodavna), kao i pružanje podrške, uz osiguranje odgovarajuće okoline. Mehanizmi pomoći i podrške prepoznaju niz situacija u ulogama pomagača ili edukatora. Najčešće su: traženje pomoći, adekvatni postupci u vezi sa stanjem, pridržavanje uputa, promjena načina života te očuvanje samopoštovanja i samopouzdanja (Vizek Vidović i sur., 2003).

Važno je dati mogućnost klijentu da govori, kako bismo mu dali mogućnost da iznese vlastito viđenje problema. Također, bitno je razgovarati o očekivanjima bolesnika (klijenta) u vezi s vlastitom aktivnošću (angažmanom) u rješavanju problema (liječenju bolesti), dok razgovor o rezultatima koji se žele postići pretpostavlja i preuzimanje određenog stupnja odgovornosti klijenta za rješavanje problema (Mojsović i sur., 2005).

**Aktivnosti poučavanja** trebaju poticati pojedine procese koji tvore sustav procesiranja informacija da bi poučavanje bilo učinkovitije. Te aktivnosti su (Mojsović i sur., 2005):

- privlačenje pozornosti
- dogovaranje ciljeva
- stimuliranje dosjećanja nužnog predznanja



- davanje novih informacija
- poticanje na prakticiranje
- povratne informacije o točnosti izvedbe
- procjena (evaluacija)
- pojačavanje zadržavanja, uporabe informacija.

Najbolji **pokazatelji djelotvornog poučavanja** su (Mojsović i sur., 2005):

- mjera znanja
- mjera razumijevanja
- mjera usvojene vještine
- mjera pozitivnog stava prema gradivu.

U praktičnom radu, potrebno je uvijek prilagoditi metode poučavanja kognitivnim mogućnostima učenika, gradivo je najbolje obrađivati u manjim koracima, ali bržim tempom. Ovisno o vremenu i načinu učenja, kao i primjerenosti težini gradiva s usklađenim metodama poučavanja, bitna su i očekivanja i stavovi nastavnika (Mojsović i sur., 2005). U takvom izlaganju gradiva dolazi se i do **problema „neslušanja“**, kojih postoji više vrsta:

- pseudoslušanje (pretvaranje učenika da sluša gradivo, a s mislima je daleko)
- jednoslojno slušanje (djelomično slušanje gradiva)
- selektivno slušanje (slušanje samo onog što je zanimljivo pojedincu)
- selektivno odbacivanje (usmjerenost na ono što se ne želi, te odbacivanje toga)
- otimanje riječi (slušanje uz priliku da se uskoči u riječ)
- obrambeno slušanje (pojedine izjave doživljavaju se kao napad) (Mojsović i sur., 2005).

Uspješnim rješavanjem problema neslušanja, dolazi se do veće učinkovitosti kod učenika, te njihova lakšeg snalaženja u zadanom gradivu. Primjenom zadavanja domaćih zadaća, usvajanja znanja o životnoj okolini i snalaženju u rješavanju zadataka, dolazimo do učenja koje je cjeloživotno (Sindik i Rončević, 2014).

**Zadaća medicinske sestre** povezana s poučavanjem je pronaći aspekte koje bolesniku pričinjavu teškoću i pasiviziraju ga. Da bi se ti izvori i obilježja problema utvrdili, važno je:

- dati mogućnost bolesniku da govori, kako bi mu dali mogućnost iznijeti vlastito viđenje problema
- razgovarati o očekivanjima bolesnika u vezi s vlastitim angažmanom u liječenju bolesti
- razgovarati o rezultatima koje bi želio postići i stupnju njegove odgovornosti za rješavanje problema (Mojsović i sur., 2005).

Među različitim oblicima poučavanja kojima se medicinska sestra svakodnevno koristi, izdvojit će se savjetovanje i davanje uputa.

**Savjetovanje** je proces kojim se ljudima pomaže da se promijene. Promjena može varirati od one najjednostavnije, kad ljudima pomazemo da nešto bolje razumiju, do većih promjena ponašanja,

osjećanja i postupanja (Mojsović i sur., 2005). Za razliku od psihoterapije, savjetovanje je usmjereno na *osobni rast i razvoj osobe*, na *trenutačnu situaciju*. Najčešće ima edukativnu funkciju, koja se ogleda u pomoći pojedincu da bolje funkcionira u ulozi bolesnika (Barath, 1995).

**Osnovni ciljevi savjetovanja** su (Barath, 1995):

- **Prihvatanje odgovornosti** za ono što nam se događa, uz prihvatanje emocija koje pritom osjećamo, prvi je korak prema rješavanju problema.
- **Razumijevanje problema**, uz četiri glavne strane vlastitog problema: osjećaje i tjelesne reakcije, misli, postupke i odnose s ljudima i/ili institucijama.
- **Preuzimanje odgovornosti** za vlastiti život i razumijevanje onoga što se događa na osobnom planu; da bi bolesnik doista promijenio svoj način života, potrebno je neke postupke zamijeniti novim, konstruktivnijima.
- Stvaranje i održavanje **dobrih odnosa** s drugim ljudima, koje najbolje opisuje dobra i otvorena komunikacija.

U poučavanju za zdravlje vrlo su važne i **osobine medicinske sestre koja poučava** (Mojsović i sur., 2005):

- **Poznavanje i razumijevanje sebe** je važno iz najmanje dva razloga: ako nismo svjesni svojih potreba, skloni smo ih projicirati na bolesnika (1) medicinska sestra koja razumije sebe, automatski jača osjećaj sigurnosti između sestre i bolesnika (2).
- **Dobro psihičko zdravlje** (teško da itko može pomoći drugome ako je zaokupljen vlastitim psihičkim problemima jer prijete opasnost da velik dio vlastite tjeskobe prenese na bolesnika).
- **Osjetljivost** (medicinska sestra mora biti svjesna mogućnosti bolesnika i njegovih načina reagiranja; važno je da razumije verbalne i neverbalne poruke koje joj bolesnik šalje; to joj pomaže pri odabiru primjerenog načina rada s bolesnikom).
- **Otvorenost** je preduvjet za iskrenu komunikaciju, u kojoj medicinska sestra može prihvatiti stavove, osjećaje i postupke bolesnika, čak i u situaciji kada se oni razlikuju od njezinih vlastitih.
- **Objektivnost** medicinske sestre omogućuje bolesniku da svoje probleme drukčije vidi i shvati. Ujedno, je to i zaštita medicinske sestre od pretjerane identifikacije s bolesnikom i razvoja osjećaja prema njemu.
- **Pouzdanost** znači da medicinska sestra može biti dosljedna i da ne čini ništa što bolesniku može naštetiti (poželjno je da ne obećava više nego što može učiniti, a treba činiti točno ono što je netko obećao).
- **Profesionalna kompetencija** podrazumijeva posjedovanje potrebnih informacija, znanja i vještina. Ako bolesnik ocijeni da je medicinska sestra u svom poslu kompetentna, to je razlog više da joj i vjeruje.

**Opća načela savjetodavnog razgovora** su (Barath, 1995; Mojsović i sur., 2005):

- budite osobni
- postavljajte što manje pitanja
- dogovorite se

- budite određeni i konkretni
- neka vaše izjave budu cjelovite i izravne
- govorite samo o nazočnima, koliko god je to moguće
- čuvajte vlastite granice
- raspravljajte uvijek samo o jednom problemu, a ne o više njih istovremeno
- aktivirajte bolesnikove potencijale
- procjenjujte postignute rezultate.

**Davanje uputa** važan je komunikacijski element u radu zdravstvenih djelatnika. Idealno pridržavanje uputa ostvaruje se ako se određeni postupci rade na propisani način, na mjestu i u vrijeme koje je za to određeno. Znači, treba nešto uraditi u odsutnosti osobe koja je zadala upute, i nakon što su one zadane.

Istraživanja o **pridržavanju medicinskih uputa** pokazala su sljedeće (Zarevski, 2002; Sindik i Rončević, 2014):

- Bolesnici se **ne mogu sjetiti velikog broja informacija** koje im liječnik ili medicinska sestra usmeno priopće. Nameće se zaključak da bolesnicima treba davati što više jednostavno formuliranih pismenih uputa.
- U okviru normalnog razvoja inteligencije, **nije pronađena povezanost** između kvocijenta inteligencije i prospektivnog pamćenja.
- **Razina anksioznosti je povezana s dosjećanjem uputa.** Najbolja razina anksioznosti za dosljedno pridržavanje uputa je srednja razina anksioznosti, dok su najnepovoljnije ekstremno niska (pretjerana opuštenost) ili previše visoka razina anksioznosti (velika napetost). Nisko anksiozne osobe nisu jako zabrinute za svoje zdravlje, pa im nije tako važno pridržavanje uputa, dok visoka anksioznost općenito nepovoljno djeluje na kognitivne procese.
- Utvrđena je visoka **povezanost između količine zapamćenoga i važnosti** koja je pridodana tim informacijama. Isključivo mehaničko ponavljanje informacija nije se pokazalo dovoljnim za dobro pamćenje. Od ponavljanja je važnija **dubina** do koje je elaborirana informacija.
- Povećanjem količine dobivenih medicinskih informacija opada postotak zapamćenoga, pa treba voditi računa o **ograničenosti kapaciteta pamćenja** pri davanju opširnijih uputa. Jednako tako, konkretne informacije bolje se pamte od apstraktnih savjeta.

**Razlozi nepridržavanja uputa** su sljedeći (Zarevski, 2002):

- pomanjkanje znanja ili vještina
- neuklapanje uputa u sustav vjerovanja bolesnika (bolesnik nema povjerenja u medicinsku sestru koja mu je dala uputu, ili pak ne vjeruje da mu određeni lijek može pomoći)
- neuklapanje u navike bolesnika ili ometanje ukućana (ako bolesnik mora provoditi neke vježbe, jesti dijetnu hranu i slično).

Naime, informacije i sadržaj koje treba prenijeti su različite, pa se mogu razvrstati i kao: VAŽNE informacije, NEVAŽNE informacije, SUVIŠNE informacije i ZANIMLJIVE informacije

(Zarevski, 2003). Međutim, treba znati informacije i brižljivo selekcionirati, tj. potrebno je znati razlikovati ono što *TREBA ZNATI* od *LIJEPO JE ZNATI*.

Načini kako povećati vjerojatnost **pridržavanja uputa** su sljedeći (Zarevski, 2002):

- Upute trebaju biti jasne i konkretne; potrebno je izbjegavati posve općenite upute.
- Ako se radi o uputama za izvođenje nekih složenijih vježbi, važno je da se prve vježbe provode pod nadzorom stručnjaka, jer što se vježbe pravilnije izvedu i bolje nauče, bolje i redovitije će ih vjerojatno bolesnik i upotrebljavati.
- Upute trebaju biti što specifičnije i, po mogućnosti, dane pismeno.
- Treba rabiti razne znakove za dosjećanje (alarm, zalijepljena naljepnica na kutije određenog lijeka, itd.).
- Ohrabrivanje i pozitivne poticaje treba primjenjivati u svakoj situaciji kad god je to moguće. Tako, tijekom treninga bolesnik dobije pohvalu i pozitivnu ocjenu za dobro izvedenu vježbu, pa će poslije i u situaciji bez nadzora (na osnovi unutarnje motivacije) izvoditi vježbu ispravno i redovito.
- Koristiti se kognitivnim medijatorima iznimno je važno. Što je bolje obrazložena uputa, veća je vjerojatnost njezina pridržavanja. Također, od bolesnika možemo tražiti vođenje dnevnika o tome koliko se pridržava uputa, te da napiše svoje prijedloge i primjedbe o kojima se kasnije razgovara (Zarevski, 2002).

O osobno najprikladnijim načinima učenja **najbolje odlučuje pojedinac** jer svaka osoba ima neki sebi svojstven način kako najlakše i najkvalitetnije upamtiti pojedine informacije. Za početak, najbitnije je dobro slušanje i zatim ponavljanje usvojenog gradiva koje je prethodno izneseno i postavljeno kao izazov. Kao što je i poznati Pablo Picasso nekad davno rekao: „Tko želi nešto naučiti, naći će način; tko ne želi, naći će izliku.“ (Zarevski, 2002). Učenje samo po sebi ovisi o pojedincu, pa tako o učenju postoji i jedna ruska polovica „Tko je završio učenje, završio je i rasti!“, gdje se dolazi do zaključka da uglavnom svi mi učimo do kraja života. Svakodnevno napredujemo i nailazimo na nove zadatke i izazove, koje pritom moramo riješiti.

## SPREMNOST ZA UČENJE

Uspješnost učenja ovisi o velikom broju čimbenika. Možemo ih podijeliti prema tome odnose li se na **svojstva osobe** ili na **okolinu** koja je okružuje. Događaji (ili podražaji) u okolini osobe, koji djeluju na proces učenja i pamćenja, **vanjski su uvjeti učenja**. Pojedini djeluju podupiruće (socijalna situacija, siromaštvo, sigurnost), dok neki djeluju ometajuće, destimulativno. **Spremnost za učenje** ili svojstva pojedinca o kojima ovisi njegov uspjeh u učenju zovemo unutarnjim uvjetima učenja (Zarevski, 2002). U procesu poučavanja, dobar poučavatelj (čime god se bavio) trebao bi voditi računa o osnovnim čimbenicima koji utječu na spremnost osobe za učenje.

**Čimbenike koji određuju spremnost za učenje** dijelimo na (Zarevski, 2002):

- a) **fiziološke** (dob, spol, zdravlje, vrsta bolesti i sl.)
- b) **kognitivne** (mišljenje, učenje, pamćenje)
- c) **emocionalne** (samopouzdanje, samopoštovanje, slika o sebi)

d) *motivacijske*

e) *predznanje* i ukupno osobno iskustvo.

Ako u podučavanju ne uzmemo u obzir da je čovjek cjelovito biće, kakvoća i rezultati podučavanja neće biti svrsishodni namjerama, naporu i očekivanjima uložena u taj proces. U podučavanju se uglavnom koristimo spoznajno-misaonima i intelektualnim procesima (mišljenje, pamćenje, percepcija), ali su od velike važnosti i nekognitivni emotivni i motivacijski procesi (Zarevski, 2002). Ako zanemarimo, nedovoljno ili pogrešno razvijemo te nekognitivne elemente (kao što su motivacija, samopercepcija, osjećaj vlastitih vrijednosti i emocije koje osjećamo prema sebi samima), rezultanta će biti nemogućnost postizanja kvalitetnog učenja (Zarevski, 2002). U modernoj psihologiji, na misaono se funkcioniranje gleda kao na *obradu podataka* informacija koje dajemo drugim osobama. U zdravstvu, pacijent mora podatke vezane uz njegovo zdravlje preraditi i pohraniti u pamćenju, gdje ti podaci čine njegovu bazu znanja i spremni su za upotrebu (Zarevski, 2002). Međutim, postoje znatne razlike u procesu prerade i u kvaliteti baze znanja kod različitih ljudi. Procesi stjecanja i kvaliteta nastale baze znanja ovise ponajviše upravo o nekognitivnim elementima: osobinama pacijenta, njegovim sposobnostima, motivaciji i emocionalnim procesima (Zarevski, 2002).

## PROCJENA SPREMNOSTI POJEDINCA ZA UČENJE

Kod pacijenata važno je znati procijeniti njihove *sposobnosti i spremnost da uče* (mentalno stanje, vid, sluh, bolove, emocionalnu spremnost, jezične/kulturne barijere), prethodna znanja, ali i procijeniti *prisutnost barijera za učenje* (promjene životnog stila, financijske brige, kulturalne obrasce, neprihvaćenost od prijatelja ili suradnika) (Mojsović i sur., 2005). Već se kod djece procjenjuje njihova spremnost za učenje u različitim fazama razvoja: od samoga rođenja, od dana kad prohodaju, progovore, učenja poželjnih ponašanja i navika, spremnost za školu, i tako dalje.

## ZAKLJUČAK

Najvažniji *cilj poučavanja u zdravstvu* je pomoći bolesniku u brizi za vlastito zdravlje, kao i njegovoj obitelji. Pred nama je vrijeme u kojemu će se sestrinska skrb sve više pružati izvan okružja institucija kojima se ljudi obraćaju ili borave u njima. Bolesnici i njihove obitelji osjećat će se puno bolje ako pri izlasku iz bolnice dobiju informacije o svom zdravstvenom stanju, ali i odgovore na brojna pitanja u vezi s bolešću i brizi za zdravlje. Bolesnici će sve kraće boraviti u bolničkim ustanovama. Prilikom kućnog posjeta medicinske sestre, većina oboljelih i njihovih obitelji dobit će prve poduke o bolesti, načinu liječenja. Poučavanje ljudi o brizi za vlastito zdravlje višestruko je važno: smanjuje osjećaj bespomoćnosti, povećava osjećaj efikasnosti, i jača osjećaj kontrole.

## 2. ČIMBENICI KOJI ODREĐUJU SPREMNOST ZA UČENJE - FIZIOLOŠKI

Snježana Busančić, bacc. med. tech.

### UVOD

Zagorska poslovice kaže: „Vučiš dok si živ, a vumreš kak bedak“. Istina, jer doista cijeli život, od samog rođenja učimo, a umiremo ne naučivši sve što smo mogli (Zarevski, 2002). S druge strane, učenje katkad zahtijeva velik trud. Stoga Aristotel kaže o učenju: „Korijeni učenja su gorki, ali plodovi su slatki“. Čovjek je po prirodi upućen na učenje; tek učenje čini čovjeka čovjekom. Učimo se modelu naših doživljaja, osjećaja, našoj verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji. Učimo se zapravo, vrsti i načinu kako razumijemo sami sebe. Čak su i naše svakodnevne navike stečene učenjem. Učenjem nastojimo razumjeti produktivnu i promidžbenu sposobnost čovjeka da gradi i mijenja predodžbe, navike, stavove, načine ponašanja i sposobnosti (Zarevski, 2002).

Najčešće smo naučili nešto što prije procesa učenja nismo znali niti mogli znati (Giesecke, 1993). Većinu svojih znanja i navika stječemo doživotnim procesima učenja i pamćenja (Giesecke, 1993). **Učenje i pamćenje** dva su međusobno *isprepletana procesa* koja čovjeka čine složenim bićem. Učimo kako bismo pamtili, a ako smo nešto zapamtili, onda se može smatrati da smo to i naučili. Spremnost čovjeka na učenje određuju fiziološki i psihološki čimbenici učenja. Naše učenje ovisi o vlastitim sposobnostima učenja, motivaciji, o osobinama ličnosti, predznanju o nečemu, spolu, dobi, zdravlju, bolesti, umoru, kao i drugim čimbenicima (Zarevski, 2002).

### UČENJE

Postoje brojne, kako pedagoške tako i psihološke, teorije učenja. U pedagogiji se učenjem razumijeva sve ono što se ne može objasniti biofizičkim određenjima te je otvoreno za pedagoški utjecaj (Giesecke, 1993). U psihologiji se smatra da je **učenje** proces kojim *iskustvo ili vježba* proizvode promjene u mogućnostima obavljanja određenih aktivnosti (Zarevski, 2002). Najjednostavnije rečeno, **učenje** podrazumijeva stjecanje nekih novih navika, znanja i osobina, tj. riječ je o poprilično kratkoj promjeni u znanju ili ponašanju, a posljedica je nekoga novog iskustva. Učenjem se dolazi do svega onoga što nije stečeno biološkim nasljeđem. Učenje dakle *nije urođen biološki proces*, kao npr. sazrijevanje, već je samo posljedica iskustva. Vlastiti postupci pojedinca stvaraju sposobnost učenja, pa se mnoga istraživanja inteligentnog ponašanja baziraju na proučavanju sposobnosti za učenje (Zarevski, 2002).

Za učenje je potrebna *psihička aktivnost* koja dovodi do procesa stvaranja trajnih ili trenutnih promjena kod osobe (tj. u njezinom ponašanju). Novonastale posljedice učenja, tj. promjene, iskazuju se u ponašanju osobe (Mojsović i sur., 2005). Međutim, važno je naglasiti da nije svaka promjena rezultat učenja. Primjerice, privlačenje suprotnog spola nije povezano s učenjem. Učenjem se pak mijenja ponašanje, i to gotovo u svim životnim situacijama.

Učenje se može podijeliti na sljedeće vrste: klasično uvjetovanje, operantno uvjetovanje, socijalno učenje i kognitivno učenje (Zarevski, 2002), koji će detaljnije biti opisani kasnije (slika 1).



Slika 1. Vrste učenja (izvor: <http://psihologijazamaturu.blogspot.hr/2013/04/ucenje-i-pamcenje.html>)

Budući da je učenje kompleksan i raznovrstan fenomen, jedna jedinstvena teorija ne može objasniti baš sve vrste učenja. Teorija koja bi nastojala objasniti sve pojave u svezi s učenjem bila bi vrlo općenita, dok bi teorija namijenjena tumačenju vrlo specifičnih fenomena učenja bila iznimno uska. Stoga se psiholozi zadržavaju na tri najvažnije teorije učenja: učenje uvjetovanjem, teorije socijalnog učenja i teorije kognitivnog učenja (Zarevski, 2002).

## A. TEORIJA UČENJA UVJETOVANJEM

### KLASIČNO UVJETOVANJE

**Klasično uvjetovanje** nastaje jednostavnim povezivanjem bezuvjetnih (prirodnih) i uvjetovanih (naučenih) podražaja i posljedičnih reakcija (Sindik i Rončević, 2014). U jednom od najpoznatijih primjera za ovu vrstu učenja, prirodni podražaj (hrana) povezuje se s do tada neutralnim podražajem (zvukom zvona), s rezultirajućom prirodnom (neuvjetovanom) reakcijom na neutralni podražaj (slinjenje na zvuk zvona). Pavlov je, ispitujući funkcioniranje probavnog sustava kod pasa, došao do zaključka da se lučenje sline može uvjetovati (naučiti) različitim podražajima. Psu je zvuk zvona uparivan s dolaskom hrane, te je nakon nekog vremena pas počeo sliniti već na zvuk zvona. Takvo izlučivanje sline nazvao je **uvjetovanom (naučenom) reakcijom** (slinjenje na zvuk zvona), a podražaj koji je izaziva **uvjetovanim podražajem** (zvuk zvona) (Zarevski, 2002). Dakle, hrana je prirodni, **bezuvojetni podražaj**, lučenje sline na hranu je **bezuvojetna reakcija**, lučenje sline na zvono je uvjetovana reakcija. Uvjetovane reakcije se **gase** kad uzastopno nestaje prateći (bezuvojetni) podražaj, a uvjetovane reakcije se **održavaju** stalnim ili povremenim potkrepljivanjem (bezuvojetnim podražajem) (Barath, 1995). Rosalie Rayner i John Watson su eksperimentalno dokazali da je klasično uvjetovanje vezano i uz izazivanje pojavu određenih emocija, npr. emocije **straha**. Naime, oni su u tom eksperimentu dali dječaku Albertu igračku štakora i dali mu da se igra s njom. Dijete se isprva nije bojalo igračke štakora, te igračka nije izazivala nikakvu djetetovu reakciju. Međutim, kada su uz

igranje sa štakorom udarili po gongu, kod Alberta (dječaka) pojavila se naučena reakcija straha (Zarevski, 2002).

## OPERANTNO ILI INSTRUMENTALNO UVJETOVANJE

Osnovna logika **operantnog (instrumentalnog)** uvjetovanja temelji se na pretpostavci da je osnovna motivacija pojedinca (čovjeka, živog bića) **postići ugodno i izbjeći neugodno stanje** (Zarevski, 2002). Za razliku od klasičnog uvjetovanja, gdje je odgovaranje na vanjske podražaje pasivno i refleksno, kod operantnog uvjetovanja organizam je **aktivan**. Na unutarnja stanja organizma, poput osjeta gladi, hladnoće i slično, živa bića aktivno odgovaraju, tražeći hranu, sklonište, itd. Takve akcije organizma nazivaju se **operantnim ponašanjem** ili operantima jer one „operiraju“ po okolini. Za operantno ponašanje koristi se i izraz instrumentalno uvjetovanje jer je ponašanje instrument kojim se postiže cilj (Zarevski, 2002). **Operantno uvjetovanje** (instrumentalno uvjetovanje, Skinnerovo kondicioniranje) nije izazvano prirodnim podražajima, već je rezultat promjene vjerojatnosti pojave nekog ponašanja na temelju **pratećih posljedica**. Proučavanjem ove vrste učenja bavili su se Edward Thorndike i Burhus Frederic Skinner. Eksperiment s gladnom mačkom izveo je Thorndike: nakon što se mačka oslobodila iz kaveza, dobila je ribu, pa joj je za svako novo oslobađanje trebalo sve manje vremena. Na temelju provedenog eksperimenta, izveden je **zakon efekta**, prema kojemu je vjerojatnost pojave nekog ponašanja veća ako se ono nagradi (Zarevski, 2002).

## B. TEORIJE SOCIJALNOG UČENJA

Teorije **socijalnog učenja** ili, kako se još pojednostavljeno zovu, učenje po modelu, govore o učenju koje se odvija u interakciji pojedinca i socijalne okoline i nema oblik vlastitog iskustva. Ljudi mogu naučiti nove informacije i ponašanja gledajući ponašanje drugih ljudi (Zarevski, 2002). O **učenju identifikacijom** može se govoriti pri usvajanju složenih, integriranih oblika ponašanja, a ne posebnih reakcija i specifičnih načina reagiranja. Do tih složenih oblika ponašanja dolazi se bez posebnog treninga i bez neposrednog nagrađivanja pokazanog ponašanja, ali u situaciji kad je veza s modelom čije se ponašanje oponaša zapravo osobna vezanost za model (pozitivan emocionalni odnos prema njemu), kad su usvojeni oblici ponašanja stalni obrasci ponašanja koji se pokazuju tijekom dužeg vremena. O **učenju imitacijom** govorimo kad je riječ o usvajanju specifičnih oblika ponašanja, i to na osnovi opservacije (bez posebnog treninga i neposrednog nagrađivanja), kad ne mora postojati emocionalna vezanost za model i u situaciji kad se usvojeni uži segment ponašanja može pokazivati samo u ograničenome vremenskom razdoblju (Zarevski, 2002).

## C. TEORIJE KOGNITIVNOG UČENJA

**Kognitivno učenje** rezultira općim znanjem koje se ne primjenjuje samo na situacijama u kojima se odvija učenje nego i na druge slične situacije (Sindik i Rončević, 2014). **Učenje uloga** oblik je učenja koji počiva na pokušajima i greškama, i složenije je od jednostavne imitacije. Vjerojatno je da je ova vrsta učenja zapravo kombinacija različitih načela učenja: učenja uvjetovanjem, opservacijskog učenja, ali i učenja koje uključuje i angažman složenijih spoznajnih funkcija. Kad do stjecanja određenog načina ponašanja dolazi zbog uočavanja postojanja određenih odnosa u danoj situaciji, onda



je riječ o novom obliku učenja, učenja rješavanjem problemskih situacija i uviđanja odnosa. **Učenje uviđanjem** opisuju tri karakteristike:

- 1) do uspjeha se dolazi naglo, odjednom
- 2) kad je jednom riješen problem, (bezuspješno) pokušavanje rješavanja se više ne ponavlja
- 3) pronađenim rješenjem koristi se ne samo u istim nego i u sličnim situacijama (Sindik i Rončević, 2014).

Međutim, o ovoj vrsti učenja doznat će se više u sklopu razmatranja kognitivnih čimbenika spremnosti za učenje.

## UTJECAJ FIZIOLOŠKIH ČIMBENIKA NA UČENJE

Naša spremnost na učenje i pohranjivanje novih podataka ovisi o **fiziološkim i kognitivnim čimbenicima**. Svaki čovjek zasebna je jedinka i ima jedinstvenu osobnost. Svatko od nas ima različita predznanja, sposobnosti učenja i različitu motivaciju za učenje (Sindik i Rončević, 2014). **Jedinstvena sposobnost za učenje** do danas nije pronađena. S druge strane, nema nekih općih pokazatelja nesposobnosti za učenje, već se **specifične poteškoće** i ograničenja javljaju u određenim područjima učenja (Levandovski i sur., 1992).

### 1. DOB I UČENJE

Smatra se da je **kapacitet pamćenja neograničen**, no ipak postoji životno razdoblje u kojemu je lakše ili teže učiti. Tijekom djetinjstva **kapacitet i trajanje pamćenja se ne mijenjaju**. Međutim, starije je dijete ipak uspješnije u zadacima pamćenja, jer brže obrađuje informacije i uspijeva veći broj njih prebaciti u radno pamćenje, prije negoli se one izgube iz senzornog pamćenja (Zarevski, 2002).

Tako Kail (1990; iz Zarevski, 2002) opaža kako 90% djece u dobi od 10 godina pri učenju teksta zanemaruje manje važan dio teksta, a 50% ih traži nadređen pojam. Svega 10% desetogodišnjaka osmisli ključnu rečenicu koja nije u tekstu, ali dobro opisuje čitav odlomak. Kasnije, u dobi od 18 godina, već 50% ih osmišljava **ključnu rečenicu** pri učenju. Pamćenje je najrazvijenije u dobi rane mladosti, oko dvadesete godine života, dok nakon tridesete godine počinje polagano opadati (Despot Lučanin, 1993). Međutim, **dob nikako nije prepreka za učenje**. Iz godine u godinu iskustvo pojedinca se povećava, pa je veća i mogućnost prepoznavanja važnih podataka. **Semantičko pamćenje** dobro se zadržava do razmjerno pozne dobi, osobito onim osobama koje ne smatraju da im je obrazovanje završilo s dobivanjem diplome (Ćurin, 2010).

Sa životnom dobi slabe senzorne i motoričke sposobnosti, opada brzina intelektualnog rada, ali **ne i sposobnost**. To znači da stariji ljudi mogu jednako kvalitetno učiti kao i mladi, samo im za to treba više vremena. Dob ne ograničava čovjeka da uči, što je i pretpostavka za cjeloživotno učenje (Ćurin, 2010).

## 2. SPOL I UČENJE

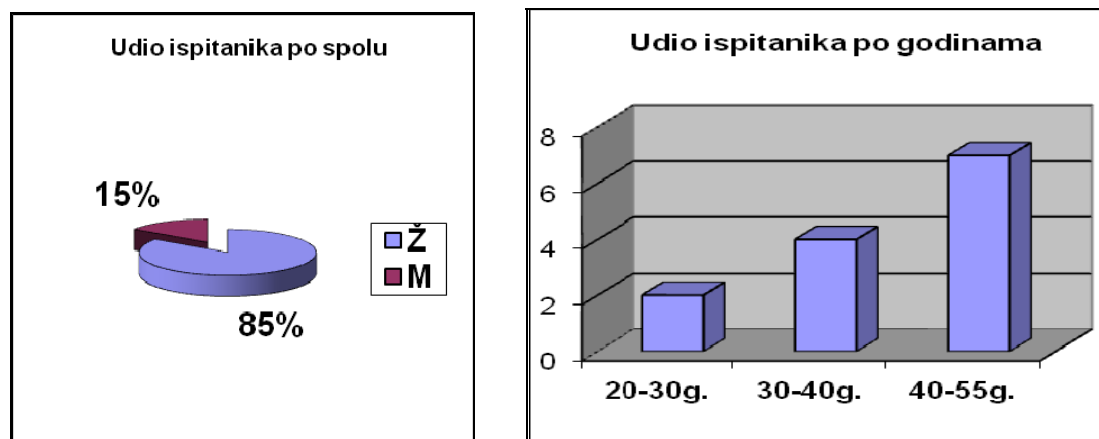
Smatra se da su **muškarci** uspješniji na području prirodnih znanosti. Naime, oni u prosjeku lakše pamte apstraktne ideje i znakove, lakše se prostorno orijentiraju i predočuju nešto u prostoru. S druge strane, **žene** su u prosjeku uspješnije u društvenim znanostima i određenim aspektima verbalne inteligencije. Lakše se uživljavaju u stanja drugih ljudi, empatičnije su, bolje rješavaju socijalne konflikte i uspješnije su u obradi verbalnih podataka i jezične građe (Zarevski, 2002).

Muškarci i žene različiti su u obrađivanju informacija, te po načinima i po brzini usvajanja određene vrste informacija. U prilog tome, argument je i činjenica da studije matematike, elektrotehnike, fizike i sličnih znanosti upisuje više studenata, dok društvene smjerove studija i studije stranih jezika studira više studentica.

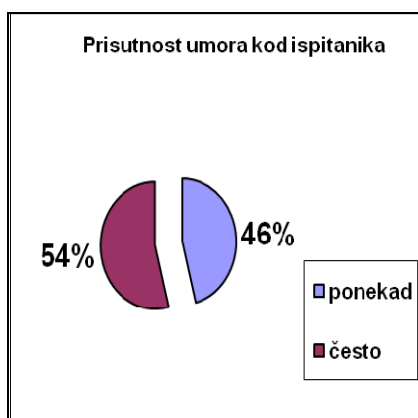
## 3. UMOR I UČENJE

**Umor** je obrambeni mehanizam organizma koji nas štiti od preopterećenja. To je reverzibilno stanje koje se u procesu učenja može prevenirati pravodobnim odmorom (Zarevski, 2002). **Tjelesni umor** se javlja kad intenzivno dulje vrijeme opterećujemo neku mišićnu skupinu, pa je za odmor od takve aktivnosti potrebno otprilike 10 do 15 minuta. Za proces učenja i umor nastao učenjem, značajniji je **psihički umor**, koji se manifestira kao jako emocionalno opterećenje. Za odmor od ove vrste umora potrebno je nešto više vremena. Odmor od pola sata znači brz oporavak, a previše umaranja može biti opasno, pa se ponekad manifestira kao neurotičnost, depresija i razne somatske bolesti (Zarevski, 2002).

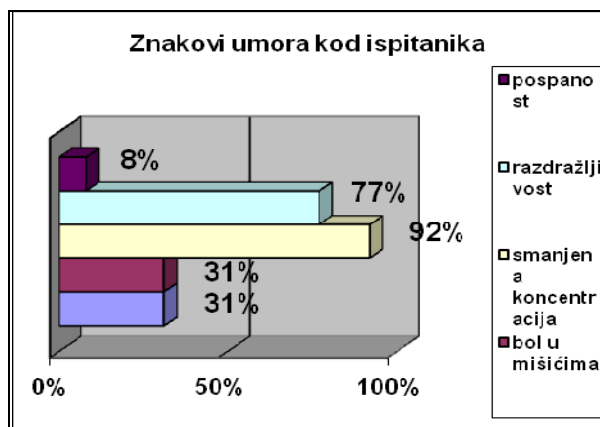
U *istraživanju procijenjenog utjecaja umora na učenje*, primijenjen je anketni upitnik među studentima i studenticama prve godine diplomskog studija Kliničko sestrinstvo Sveučilišta u Dubrovniku (Busančić, 2015, neobjavljeno). Premda je ispitan malen broj sudionika, taj broj uključuje gotovo cijelu populaciju studenata na toj godini studija. Rezultati su istraživanja zanimljivi i sa stajališta činjenice da svi studenti studiraju uz rad. Podaci o spolu i dobi studenata/ica prikazani su na slici 2 i slici 3. Na pitanje koliko često osjećaju umor, studenti ga u prosjeku osjećaju često ili ponekad (slika 4). Kao znakove umora 12 studenata (92%) ističe smanjenje koncentracije, 10 studenata (77%) razdražljivost, dok su tjelesni znakovi umora (poput glavobolje i bolova u mišićima) zastupljeni kod 4 (31%) studenta (slika 5). Na skali intenziteta utjecaja umora na učenje, u rasponu od 1 do 10, prosječni intenzitet utjecaja umora na njihovo učenje je u prosjeku čak 8,69 (slika 6).



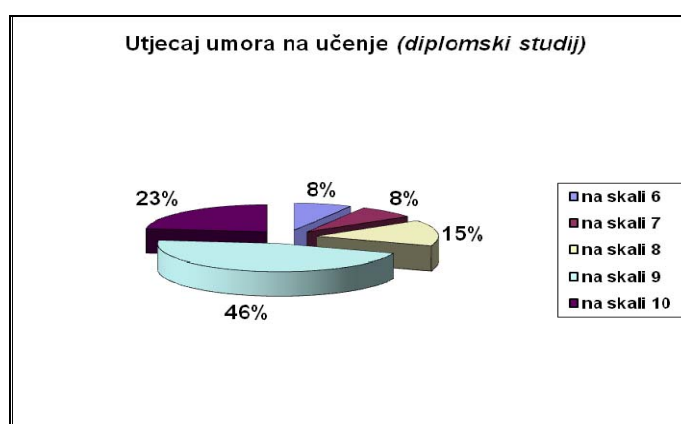
Slika 2 (lijevo) i 3 (desno). Demografske karakteristike ispitanika: spol i dob



Slika 4. Prisutnost umora kod ispitanika



Slika 5. Znakovi umora kod ispitanika



Slika 6. Samoprocjena utjecaja umora na učenje

#### 4. BOLEST I UČENJE

**Bolest** može na učenje utjecati *pozitivno*, u smislu bolesnikove *motiviranosti* da sazna i nauči što više o svojoj bolesti, te primijeni nova saznanja radi poboljšanja kvalitete života. S druge strane, ima određenih bolesti koje *otežavaju pamćenje*, a samim tim i učenje (Sindik i Rončević, 2014).

Bolesti koje otežavaju pamćenje mogu se podijeliti u tri kategorije prema: *nazivu bolesti, mjestu oštećenja mozga i funkcionalnom oštećenju pamćenja* (Zarevski, 2002). U bolesti koje **otežavaju pamćenje i učenje** ubrajaju amnezije, Alzheimerova bolest, Korsakovljev sindrom, senilna demencija, Hungtintonova korea itd. *Amnezija* je česta pri ozljedama mozga, kod alkoholičara, bolesnika s encefalitisom i nakon operativnih zahvata na mozgu. Kod *Alzheimerove bolesti* dolazi do slabljenja novoga dugoročnog pamćenja, dok je za *Korsakovljev sindrom* karakteristična anterogradna amnezija (Sindik i Rončević, 2014).

Osobama s *mentalnom retardacijom* pojavljuje se deficit u brzini izvođenja prijenosa iz senzoričkoga u kratkotrajno pohranjivanje, i proporcionalan je s opsegom informacija (Levandovski i sur., 1992). U istraživanjima djece s lakom mentalnom retardacijom, ustanovljeno je kako velike teškoće nastaju u selektivnoj pažnji i u izdvajanju bitnih od nebitnih podražaja. Te se poteškoće pojavljuju u odabiru zadataka i u usmjeravanju pozornosti na relevantne elemente (Levandovski i sur., 1992).

## ZAKLJUČAK

**Učenje** je proces kojim se postiže razmjerno trajna promjena u načinu mišljenja, osjećanja, razložnih akcija, navika i psihomotornih vještina. Temeljne karakteristike učenja nalazimo u promjenama koje biće unosi u obrasce svojih interakcija s okruženjem (Barath, 1995). Učenje je proces koji traje cijeli život i ima za cilj prilagodbu životnoj okolini (Zarevski, 2002). Njime stječemo znanja uz pomoć kojih bolje i kvalitetnije živimo. Na našu spremnost za učenje utječu kako kognitivni, tako i fiziološki čimbenici, ali i drugi čimbenici, poput osobina ličnosti, motivacije, predznanja, dobi, spola, bolesti i umora.

### 3. ČIMBENICI KOJI ODREĐUJU SPREMNOST ZA UČENJE - KOGNITIVNI (MIŠLJENJE, UČENJE, PAMĆENJE)

Ivana Carević, bacc. med. tech.

#### UVOD

Koliko će proces učenja biti uspješan, ovisi o velikom broju različitih čimbenika. Među njima se ističe osobni stav pojedinca i utjecaj okoline u kojoj živi, uči i djeluje. Vanjska okolina podrazumijeva događaje, tj. Utjecaje na pojedinca, koji djeluju na proces učenja i poučavanja, a djelovanje im može biti podupiruće ili ometajuće (npr. socijalna situacija, siromaštvo, sigurnost i slično) (Zarevski, 2002).

Moderna psihologija **misaono funkcioniranje** definira kao obradu podataka informacija koje se daju osobama. Kada je riječ o pacijentu, on mora dobivene podatke proraditi i pohraniti u memoriji, gdje su oni baza znanja i takvi se mogu koristiti. Baza znanja može biti različito kvalitetna, što je posljedica samog procesa prerade informacija. Pritom se ne smije zaboraviti da kvaliteta nastale baze informacija o zdravlju pojedinca ovisi i o njegovim osobinama, sposobnostima, motivaciji i emocijama (Zarevski, 2002).

#### MIŠLJENJE

Među važne psihološke funkcije ubraja se **mišljenje**. Ono pojedincu omogućuje da s pomoću misaonih radnji određuje svojstva pojava i odnose među njima. Riječ je o mentalnom procesu s bitnom karakteristikom shvaćanja uzročno-posljedičnih veza među različitim pojavama, tj. riječ je o rasuđivanju i zaključivanju. Sadržaj mišljenja je misao, a ona se uvijek pokazuje u nekom sudu ili tvrdnji (Zarevski, 2002). Mišljenje, kao psihička funkcija, dovodi određene viđene sadržaje u spoj s poznatim ili novim pojmovima. Riječ je dakle o **aperceptivnoj** djelatnosti koja može biti **aktivna** (racionalna voljna radnja) ili **pasivna** (događaj). **Intelekt** je sposobnost mišljenja aktivno usmjerenoga na nešto, dok je **intelektualna imitacija** sposobnost pasivnog mišljenja (Zarevski, 2002). Filozofija kreće od pretpostavke da je čovjek racionalan. Pritom se racionalnost najočitije izražava u sposobnosti mišljenja, konkretnoga i apstraktnog, logičnog i nelogičnog, magijskog i arhaičnog i slično (Zarevski, 2002).

#### KOGNITIVNO UČENJE

Riječ **kognitivno** dolazi iz latinskog jezika i znači spoznaju, dakle mentalne procese za koje se pretpostavlja da ističu ponašanje jer čovjek stalno uči i nastoji pohraniti što veću količinu informacija. **Najnapredniji** mehanizam učenja je kognitivno učenje. One zahtijeva određenu razinu inteligencije, a temeljna mu je značajka to što je njegov rezultat opće znanje. Kognitivan mehanizam moguće je primijeniti na **velik broj situacija** koje su slične onima u kojima se odvija proces učenja.

Kognitivni mehanizam **podrazumijeva učenje** sljedećih vrsta podataka i vještina (Barath, 1995):

- činjenica - sjećanja i vještine prepoznavanja
- vještina zaključivanja - silogističko mišljenje
- vještina rješavanja problema
- vrednovanja (evaluacije)
- sinteze iz naučenog.

**Skriveno učenje i učenje uvidom** vrste su kognitivnog učenja. **Skriveno učenje** odnosi se na korištenje naučenim znanjima samo u situacijama kada je to potrebno. Ono uključuje stvaranje kognitivnih mapa. Eksperiment s labirintom dokazao je da na takav način mogu učiti i štakori. Primjerice, snalaženje u novom gradu različito je kod muškaraca i žena. Muškarci će pogledati kartu i u glavi stvoriti kognitivne mape, dok će žene primjećivati perceptivno uočljive detalje (neki poznati dućan) (Zarevski, 2002). **Uvid** kao proces učenja podrazumijeva procese razgradnje i reorganizacije sadržaja i struktura koje se uče. Rezultat je primjena znanja u velikom broju situacija, uz malu mogućnost zaboravljanja naučenoga.

**Učenje uvidom** sastoji se od (Zarevski, 2002):

- otkrivanja bitnih veza i odnosa u materijalu koji se uči
- utvrđivanja i fiksiranja uporišnih točaka gradiva
- grupiranja dijelova sadržaja prema smislu
- logičkog povezivanja dijelova.
- Proces **učenja uvidom u situaciju ima sljedeće faze** (Zarevski, 2002):
  - *faza preparacije*: to je početna faza kada pojedinac shvaća da se nalazi u problemskoj situaciji i čini bezuspješne pokušaje,
  - *faza inkubacije*: napuštanje bezuspješnih aktivnosti i zadržavanje onih koje dovode do uspjeha,
  - *faza iluminacije ili uvida*: iznenadno se pojavljuje rješenje, tj. dolazi se do razumijevanja odnosa među elementima situacije,
  - *faza verifikacije*: pronađeno se rješenje provjerava u različitim situacijama, tijekom vremena,
  - osoba se tijekom učenja susreće s neuravnoteženom situacijom koja je dio neke šire situacije ili lika (gestalta). Kada se problem riješi, situacija se uravnotežuje i *uklapa u navedeni širi kontekst*.

Učenje uvidom ima neke **značajke i prednosti** (Zarevski, 2002):

- Princip odvijanja ovog oblika učenja je **sve ili ništa**. Ovaj oblik može biti **brži** u usporedbi s ostalim oblicima učenja. O brzini uvida ovisi način manifestacije učenja: učenje s razumijevanjem ili mehaničko učenje besmislenog sadržaja (intuicija).
- Posljedica uvida je **nagli napredak** pa dolazi do drastičnog  **smanjenja broja pogrešaka**, a o **dubini obrade** informacija ovisi trajnost informacija.

- Ono što se naučilo s uspjehom se primjenjuje na velik broj situacija, tj. dolazi do razlikovanja bitnoga od nebitnog i **generalizacije bitnih saznanja**.
- Utječe na razvoj **kristalizirane inteligencije** (neurođene, one koja se stječe iskustvom, učenjem).
- Uvidom se **uče** sljedeći **sadržaji** (Zarevski, 2002):
  - znanja (intelektualne vještine, kognitivne strategije)
  - psihomotorne vještine (tj. ubrzava se njihovo usvajanje, no njih nije moguće steći bez primjene oponašanja i potkrepljenja)
  - vrijednosti, stavovi i navike.

**Uvid pomaže** (Zarevski, 2002):

- usvajanje sadržaja s razumijevanjem,
- organizaciju procesa učenja tijekom kojega poučavatelji svoje učenike uvode u određeni problem, što učenicima pokreće intelektualnu aktivnost,
- izravnu aktivnost poučavatelja usmjerenu prema rješavanju problema,
- ovaj inteligentan način poučavanja i učenja osigurava razumijevanje naučenoga.

*Uvid kao metoda učenja podrazumijeva razumijevanje situacije, sredstva i cilja.* Eksperiment Wolfganga Köhlera je dokazao da na taj način uče i čimpanze (Zarevski, 2002).

## METODE KOGNITIVNOG UČENJA

U kognitivnom učenju nailazi se na metodu **korak po korak ili letimično učenje**, gdje se usredotočuje na letimično čitanje gradiva, preskakanje stranica, pamćenje samo pojedinih potrebnih informacija, te proučavanja određenih tablica u kojima se nalaze samo brze i sažete formule. Uz takvo pamćenje gradiva, najbolje se koristiti i načinom staroga policijskog preispitivanja (s pitanjima): *Tko? Kako? Gdje? Zašto? Što? Kada?* Pritom se bolje usmjerava pozornost (lakša koncentracija) jer se većina ljudi bolje sjeća činjenica koje su naučili da bi odgovorili na neko pitanje nego onoga što su naučili napamet. **Učenje napamet** najgora je metoda učenja jer se događa da se određeno gradivo pomiješa, ili jednostavno, izgubi. Naime, čim se u izlaganju naučenog sadržaja napamet pojedinca prekinemo, ili mu se postavi pitanje koje nije u redosljedu „štrebanja“, najčešće nastaju blokade. U situaciji kad prevlada strah koji blokira zapamćene informacije, obično dolazi do slabije reprodukcije znanja, koja ruši pojedinčevo samopouzdanje. Stoga, ako se žele postići bolji rezultati u učenju, potrebno je držati se nekih **pravila**: koncentracija, sjedenje na stolcu s obje noge na podu, čitanje što je brže moguće, traženjem glavne misli u gradivu, koja nas vodi k usvajanju gradiva, uz **podcrtavanje bitnih informacija** markerima za lakše snalaženje u ponavljanju (Zarevski, 2002).

Postoji i tzv. **shema 2, 8, 30** koja se odnosi na način pamćenja, kad se nakon naučenog dijela gradiva odmah **ponavlja** naučeno, pa se tako sprječava brzo zaboravljanje naučenoga. Stoga je utvrđeno da je najbolje sredstvo sprječavanja zaborava naučenog ponavljanje u određenim razmacima, tj. 2, 8, 30 dana nakon učenja sadržaja. Ovim načinom, zapamćene se informacije najlakše pamte i ostaju dugoročno usađene u pamćenju.

U školama nastavnici sve češće potiču i na **rad u skupinama**, tj. daju učenicima zadatke gdje se određen broj učenika mora zajednički potruditi oko rješavanja jednog zadatka. Takvim se radom usavršavaju najkvalitetnija rješenja, koja su učenicima ujedno i smjernica za timski rad u budućnosti i na radnom mjestu (Zarevski, 2002). Suvremene metode učenja dijele zajedničko nastojanje da se **u što kraćem vremenu uspije steći što više znanja** potrebnih za nastavak školovanja, i na radnome mjestu, poradi pitanja očuvanja vlastitog zdravlja i zdravlja drugih.

## PAMĆENJE

Učenje i pamćenje utječu na promjene ponašanja pojedinca, a za to je potrebna psihička aktivnost. Pritom učenje ima ulogu usvajanja informacija, dok pamćenje ima ulogu zadržavanja usvojenih informacija. Stoga nam je pamćenje preduvjet razvoja i očuvanja vlastite osobnosti (Zarevski, 2002).

Jednostavno rečeno, **pamćenje** je usvajanje i zadržavanje onoga što je stečeno te ponovno korištenje usvojenim i zapamćenim informacijama. Može se definirati i kao proces obrade informacija (Zarevski, 2002). Količina gradiva koja se može svladati u jednom trenutku čini **raspon pamćenja**. Pritom su sljedeće **faze pamćenja** kroz koje informacija mora proći: senzorna faza te kratkoročno i dugoročno pamćenje.

**Senzornim** pamćenjem informacije se u nepromijenjenom obliku zadržavaju vrlo kratko. To je prvi korak u procesu obrade informacija. Pri tom se kratko zadržavaju dobivene informacije u nepromijenjenom obliku (vid 0,5 sekundi, sluh 2-4 sekunde). Senzorna faza ima beskonačan kapacitet a otkrio ju je George Sperling. On je napravio eksperiment s pamćenjem slova. Ovaj oblik pamćenja podrazumijeva svakodnevne informacije koje čovjek prima osjetilima. Važno je naglasiti da je čovjek svjestan samo onih informacija na koje obrati pozornost. Primjerice, čovjek zna da se u sobi nalaze tegle s cvijećem, ali ne zna koliko ih je u sobi. Da bi ova vrsta informacija prešla u kratkoročno pamćenje, potrebna je pozornost (Zarevski, 2002).

Kod **kratkoročnog** pamćenja, informacije se zadržavaju ponavljanjem uz pomoć kodiranja, čime informacije mijenjaju oblik, koji se može pohraniti i kasnije pronaći u dugoročnom pamćenju (Zarevski, 2002). Naime, primljena informacija iz senzorne faze prelazi u kratkom roku u kratkoročno pamćenje. Bez obzira na razlog, ako je informaciji posvećena veća pozornost, ona se kodira u dugoročno pamćenje. Kapacitet kratkoročnog pamćenja je ograničen, no povećanje kapaciteta nastaje grupiranjem informacija. U kratkoročnom pamćenju informacije ostaju do dvadeset sekunda, bez ometajućih čimbenika i ponavljanja. Također, bitno je napomenuti da u kratkoročno pamćenje mogu doći i informacije iz dugoročnog pamćenja.

**Dugoročno pamćenje** ima neograničen kapacitet. Velik broj informacija u dugoročnom pamćenju ostaje tijekom cijelog života. Važna je organizacija dugoročnog pamćenja jer o njoj ovisi brzina kojom će se doći do željene informacije. Ovu vrstu pamćenja laici nazivaju „pamćenjem“ (Zarevski, 2002).

**Tri su načina ispitivanja pamćenja** (Zarevski, 2002): prepoznavanje, dosjećanje i metoda uštede. **Prepoznavanje** je metoda kojom se nakon učenja nekoga gradiva ispituje prepoznavanje naučenih sadržaja. Tako da se zadaje naučeno pomiješano s nekim novim (nepoznatim) gradivom. Pritom ispitanik ima zadatak izdvojiti prije zadano gradivo, tj. treba usporediti zadano gradivo s onim koje je pohranjeno u pamćenju. **Dosjećanje** ili rekonstrukcija, zadatak je puno teži jer materijal kojim



se stupanj naučenosti provjerava nije zadan. Ispituje se slobodnim dosjećanjem i prema redosljedu zadavanja. **Metoda uštede** svodi se na konstatiranje koliko se naizgled zaboravljeno gradivo pri ponovnom učenju brže ili podjednako nauči (Zarevski, 2002). Veća ušteda u vremenu upućuje na bolji stupanj naučenosti gradiva.

## ZABORAVLJANJE

*Zaboravljanje* je zapravo nemogućnost da se pronalaze tragovi pamćenja. To je problem s kojim se svi svakodnevno susrećemo, i jedan je od kognitivnih fenomena što je oduvijek pobuđivao čovjekovo zanimanje tijekom cjelokupne povijesti čovječanstva (Sindik i Rončević, 2014).

Veliki dio onoga što zaboravljamo, nije toliko uzrokovano gubitkom sjećanja u mozgu, već propustom kreiranja sjećanja. Ne možemo se sjetiti što smo jeli za doručak jer se naš mozak nije zamarao nastojanjem kako bi prihvatio tu informaciju (Zarevski, 2002). Zaboravljanje je normalna pojava. Tijekom prvih nekoliko sati i dana zaboravimo većinu naučenog sadržaja, a zatim se proces zaboravljanja usporava. Zbog toga važno je kontinuirano ponavljati gradivo (Sindik i Rončević, 2014).

## ZAKLJUČAK

**Mišljenje** pojedincu omogućuje da uz pomoć misaonih postupaka određuje svojstva pojava, te odnose među njima. To je mentalni proces s bitnom karakteristikom shvaćanje uzročno-posljedičnih veza među različitim pojavama. Učenje podrazumijeva stjecanje nekih novih navika, znanja i osobina, tj. riječ je o poprilično kratkoj promjeni u znanju ili ponašanju, a posljedica je nekog novog iskustva. Najnapredniji mehanizam učenja je kognitivno učenje, kojega je rezultat opće znanje. Više je vrsta kognitivnog učenja, tj. učenja uvidom, dok ima i više metoda kognitivnog učenja, koje su u različitoj mjeri uspješne. Također, tri su faze pamćenja i tri glavne metode za ispitivanje pamćenja.

## 4. ČIMBENICI KOJI ODREĐUJU SPREMNOST ZA UČENJE - EMOCIONALNI (SLIKA O SEBI, SAMOPOŠTOVANJE, SAMOPOUZDANJE)

Zdravko Cvitanović, bacc. med. techn.

### UVOD

Primjenom *aktivnih metoda učenja* stalno dopunjavamo i unosimo nova obilježja u rad s bolesnicima. U tim metodama bolesnik je aktivan sudionik procesa poučavanja, a medicinska je sestra voditeljica. Tijekom učenja, poučavanja i rada, medicinska sestra i bolesnik upućeni su jedno na drugo: bolesnik rješava svoje potrebe praktičnom primjenom znanja, a medicinska sestra ga u tom procesu vodi izmjenjujući različite metode rada. Bolesnik aktivno sudjeluje i radi na stjecanju znanja i vještina, a medicinska sestra kao voditeljica poučavanja olakšava proces pružajući mu podršku i pomoć u radu (Mojsović i sur., 2005). *Zadaća bolesnika* ogleda se u načinu pomoći, u prihvaćanju razgovora o bolesti, informacijama o liječenju, razvijanju vlastitog načina suočavanju s bolešću. Spoznaje o samom bolesniku, njegovu samopoštovanju i samopouzdanju, služe medicinskoj sestri za procjenu i uspostavljanje kontakta i informacije o potrebama bolesnika (Mojsović i sur., 2005). To čini temeljni preduvjet za vezivanje, proces podrške i pružanja pomoći te prihvaćanja i razumijevanja bolesti što mijenja i bolesnika i njegovu obitelj te okolinu.

Nastanak ideje i njezine realizacije određuju čimbenici koji određuju vrstu i jačinu bolesnikova odgovora u svezi s osnovnom bolešću, zainteresiranost, socijalno i ekonomsko okruženje. Analiziranje procesa podrške i pomoći ogleda se korištenjem originalnom dokumentacijom u savjetodavnom radu (Mojsović i sur., 2005). Od samog početka rada u zdravstvu, primjenjuju se određene edukacijske metode i standardi kao smjernice izobrazbe posebno razvijene i namijenjene obrazovanju medicinskih sestara i bolesnika.

### EMOCIJE

**Emocije** su impulsi koji potiču na djelovanje, suočavanje sa životnim izazovima koji su nastali evolucijom. Sama riječ emocija (lat - motere) u svojem korijenu znači *kretati se*, dok se prefiks *e* odnosi na *odmicanje*. Svaka emocija podrazumijeva sklonost djelovanju, što dovodi do određenih postupaka, koji se najbolje primijete kod životinja ili djece (Ekman, 2007). Samo kod „civiliziranih“ odraslih osoba često se uočava anomalija da su emocije (kao temeljni poticaji za djelovanje) katkad kontradiktorne očitim reakcijama (Ekman, 2007).

Pod pojmom *emocija*, psiholozi i filozofi definiraju svaku uzbuđenost ili uznemirenost uma, osjećaja, strasti, svako žestoko ili uzbuđeno mentalno stanje. Riječ emocija rabimo kad želimo označiti osjećaje, izraziti misli, psihološka i biološka stanja te sklonost djelovanju (Ekman, 2007). Postoje stotine emocija, njihovih mješavina, varijacija, mutacija i nijansa, pa ih je katkad vrlo teško opisati. Osnovne skupine emocija su (Ekman, 2007):

**Radost:** sreća, užitak, zadovoljstvo, slast, ponos, oduševljenje, zanos, veselje;

**Ljubav:** povjerenje, naklonost, ljubaznost, odanost, zanesenost, obožavanje;

**Strah:** tjeskoba, bojazan, nervoza, zabrinutost, zloslutnost, oprez, strava, jeza;

**Tuga:** bol, žalost, potištenost, osamljenost, očaj, samosažaljenje;

**Stid:** neugoda, žalost, poniženje, žaljenje, jad, grizodušje, kajanje, osjećaj krivnje;

**Začudenost:** preneraženost, zadivljenost, šok, zapanjenost;

**Srdžba:** jarost, ogorčenost, gnjev, uzrujanost, mržnja, razdražljivost;

**Gađenje:** odbojnost, odvratnost, omalovažavanje, prijezir, mržnja, podcjenjivanje.

Međutim, ovo kategoriziranje emocija ne rješava praktična pitanja vezana uz emocije, niti daje o njima jednoznačne odgovore, niti može dati odgovor na pitanje kako klasificirati i opisati emocije koje se doživljavaju s većim ili manjim intenzitetom.

**Emocionalna spremnost** obuhvaća stjecanje emocionalne stabilnosti i kontrole vlastitih emocija. Razvijanje emocionalne kontrole znači ovladavanje izvjesnim navikama u emocionalnom ponašanju. Te se navike odnose na nastojanje da se neke emocije prikriju ili iskazuju manje intenzivno nego što su doživljene, te se neke emocije (posebno negativne) izražavaju na socijalno prihvatljiv način (Hitrec, 1991). **Emocionalno spremna osoba** razvija razinu tolerancije na negativne posljedice doživljenoga, pa lakše uči u uvjetima pritiska, ima bolju samodisciplinu i bolje kontrolira svoje postupke. Ako bolesnik prihvati određene obveze dolaskom u bolnicu, sama prilagodba na boravak u bolnici odrazit će se kroz:

- uspješno komuniciranje i suradnju sa svim čimbenicima koji skrbe o njemu i njegovu zdravlju,
- odvajanje makar i privremeno, od obitelji, dok traje liječenje,
- kontrolirat će svoje osjećaje i postupke,
- imat će pozitivan stav o svojoj bolesti, liječenju i oporavku.

Sve to treba podržavati i usmjeravati bolesnika u što lakšem savladavanju i prihvaćanju svojih obveza tijekom vremena liječenja i oporavka (Mojsović i sur., 2005).

## POJAM O SEBI

„Što mislim o sebi? Kako doživljam samoga sebe? Kako upravljam svojim životom?“ Ova, i još mnoga slična pitanja postavili smo si bezbroj puta u svom životu.

**Samopouzdanje** i osjećaj vlastite vrijednosti preduvjet su za ostvarivanje visokog samopoštovanja. Međusobno su povezani i utječu jedno na drugo (Miljković i Rijavec, 2001). **Pojam o sebi** bitna je odrednica osobnosti, jer određuje ono što jesmo, što smatramo bitnim u životu, kojim ciljevima stremimo, kako nas neki događaji određuju, uz smjer onoga što želimo postići. Da bismo normalno funkcionirali i bili zadovoljni sobom, potrebno je upoznati sebe, svoje mane, slabosti, svoje vrline i odlike koje nas određuju kao ljudsko biće. Moramo moći u različitim životnim situacijama znati odgovoriti na pitanje: „Što znamo o sebi? Kakva postignuća možemo očekivati? Kako sve to vrednovati na pravi način?“ (Miljković i Rijavec, 2001).

**Spoznavaju o sebi** možemo istraživati, ispitivati, otkrivati, mijenjati što ne smatramo dobrim, gledati u smjeru htijenja i promjena nabolje, istraživati da bismo prihvatili sebe onakvim kakvi jesmo

ili kakvi želimo biti. Međutim, sami moramo odlučiti jesmo li zadovoljni vlastitim načinom života i jesmo li zadovoljni sami sa sobom (Miljković i Rijavec, 2001).

**Idealno JA** skup je osobina i život inih okolnosti kakve bi netko htio imati, kad se nade ne ostvaruju, a želje su najčešće nerealne. **Stvarno JA** predstavlja nas kakvim doista jesmo. Manja razlika između stvarnoga i idealnog JA pronalazi se u ljudima koji su sretniji, zadovoljniji sobom, imaju pozitivniju sliku o sebi (Miljković i Rijavec, 2001).

Spoznajom o sebi samom (tko smo mi i što u životu očekujemo) ocjenjujemo sebe kao osobu i određujemo svoju vrijednost u vlastitim očima. Rezultat ove procjene je samopoštovanje. Ako je samoprocjena negativna, i samopoštovanje će biti nisko. Pri pozitivnim procjenama, samopoštovanje je visoko (Miljković i Rijavec, 2001).

## SAMOPOŠTOVANJE

**Samopoštovanje** označava pozitivnu i/ili negativnu sliku o sebi. Kao emocionalna komponenta, samopoštovanje se sastoji od dva dijela: samopouzdanja i osjećaja vlastite vrijednosti. Nakon svakog postupka ili odluke koje donosimo, uvijek se pitamo jesmo li učinili dobro ili ne (Miljković i Rijavec, 2001). Kako vrednujemo postupke koji nas određuju kao osobu, kako reagiramo na poticaje drugih, kako se suočavamo sa životom i izazovima? Samopoštovanje se odnosi na sve doživljaje koje imamo o sebi i svojem identitetu. Samopoštovanje je način na koji se vidimo i kakvima se vidimo, odnosno koliko se cijenimo (Andrilović i Čudina, 1987). Naša očekivanja o sebi samima bitna su za samopoštovanje. Ako su takva očekivanja visoka, mi s „malim“ postignućima nismo zadovoljni (Miljković i Rijavec, 2001). Osobe koje imaju visoko samopoštovanje ne misle da su savršene, već su svjesne svojih nedostataka i nastoje ih promijeniti (Miljković i Rijavec, 2001). Traže izazove i nova iskustva, postavljajući zahtjevne ciljeve. Samo postizanje tih ciljeva podiže njihovo samopouzdanje i samopoštovanje. U komunikaciji su otvoreniji, uspješniji i iskreniji, na što im i okolina najčešće odgovara pozitivno (Miljković i Rijavec, 2001).

Osobama niskog samopoštovanja i s manjkom samopouzdanja, uz misli o nesposobnosti, nekreativnosti, nedostatku ljepote i inferiornosti, pojavljuje se i nedostatak sigurnosti, vjere u sebe. Izbjegavanje postizanja ciljeva im je dokaz bezvrijednosti i neuspješnosti, a takvim pristupom održavaju nisko samopoštovanje, ne sagledavajući druge razloge neuspjeha (Miljković i Rijavec, 2001).

## SLIKA O SEBI

Za razvijanje pozitivne slike o sebi bitno je naučiti **prihvatiti sebe** sa svim svojim vrlinama i manama, sa svojim prednostima i nedostacima, jednom rječju znati spoznati samoga sebe. Ne živjeti u zabludi, samokritički razmišljati o svojim postupcima, suočiti se sa sobom, prihvatiti sebe i druge bez sukoba. Važno je **uočiti svoje vrijednosti** jer svatko posjeduje vrijednost koje treba postati svjestan, ne opterećujući se negativnim osobinama i manama.

Treba težiti k pozitivnim vrijednostima i kao takve ih implementirati u svojem poimanju sebe. Poželjno je znati sebe samopohvaliti i znati **primati pohvale** drugih, kao i znati davati i primati kritike. **Kritika** je dobra i poželjna ako je dobronamjerna i prijateljska jer znači povratnu informaciju na

temelju koje osoba može imati realan uvid u kvalitetu svog rada ili primjerenost ponašanja. Nikad nije poželjno kritizirati osobu, već njeno neprimjereno ponašanje. Osobe niskog samopoštovanja teško primaju kritike i dugo ih pamte. Kad kritike nisu važne niti dobronamjerne, važno je naučiti procijeniti njihovu važnost i točnost (Miljković i Rijavec, 2001). Poželjno je **postaviti vlastite standarde** i uspoređivati se sa sobom (s vlastitim prethodnim postignućima), a ne s drugima, jer je rezultat takve usporedbe nerijetko osjećaj neuspjeha i nesposobnosti. **Bespomoćnost** se pojavljuje kao rezultat pomisli o nemogućnosti utjecaja na događaje koje ne možemo promijeniti. Stoga se mora naučiti kontrolirati ponašanje u situacijama kad ništa ne možemo promijeniti, pa ćemo sačuvati spremnost utjecaja na događaje na koje možemo utjecati. **Samookrivljavanje** ničem ne pomaže jer se osoba na taj način kažnjava, misli o sebi loše i najčešće ponavlja prethodno počinjene pogreške. Važno je međutim izvući pouku i naučiti nešto na osobnom primjeru, te idući put ne ponoviti pogrešku. Doživjeti neuspjeh, a bez nade u bolju budućnost, uz osjećaj nemoći i nemogućnosti promjene ponašanja, negativan je osjećaj **beznađa**. Život ispunjen depresijom i osjećajem nemoći, bez vjere i promjena na bolje dovode do sagledavanja sebe kao negativnog i manje vrijednog, što nije poželjno sa stajališta učenja (Miljković i Rijavec, 2001).

## SAMOPOUZDANJE

**Samopouzdanje** je ugodan osjećaj ostvarivanja zadanih ciljeva. Ono je uvjerenje o sposobnosti razmišljanja, učenja, biranja, donošenja odluka, savladavanju izazova i promjena. Samopouzdanje je komponenta slike o sebi. Odnosi se na procjenu vlastite sposobnosti za mogućnost uspješnog obavljanja poslova, radnih zadataka ili ponašanja (Miljković i Rijavec, 2001).

Životni uspjesi i neuspjesi privremeno utječu na sliku koju „normalne“ (prosječne) osobe imaju o sebi, bez samooptuživanja i gubitka samopouzdanja (Miljković i Rijavec, 2001). Osobe s niskim samopouzdanjem za sve što im se loše dogodi optužuju sebe, samosažalijevajući se i za najmanji neuspjeh. Uz osjećaj bespomoćnosti, umanjuju kvalitetu odnosa s drugim ljudima, potičući razvoj psihosomatskih bolesti. Samopouzdanje stječemo i nadograđujemo od ranih dana djetinjstva, i u ostatku života. Ako nismo dobili dostatno pozitivnih povratnih informacija u djetinjstvu od naših skrbnika i okoline, možemo samopoštovanje graditi u odrasloj dobi. Ako mislimo promijeniti sebe na bolje, najvažniji korak u toj promjeni je odluka o mijenjanju svega što nas ne zadovoljava. Potrebno je sagledati sebe, upoznati pogreške koje nas sputavaju u napretku, te djelovati. Treba uložiti više truda i želje za promjenom, odbacivati neučinkovita uvjerenja, ponašanja bez lažnog osjećaja sigurnosti i kontrole. Strah od života tjera ljude u stanje patnje i negativnih emocija, bojeći se promjena na koje ne žele utjecati, niti im se suprotstaviti (Miljković i Rijavec, 2001). Pomoć i podrška od drugih ljudi može pomoći u odlukama koje treba donijeti u okruženju negativnih stavova i mišljenja u okolini. Važno je pozitivno okruženje i poticaj za uspjeh (Miljković i Rijavec, 2001).

Samopouzdanje potječe iz osjećaja zadovoljstva izazvanoga **uspješno obavljenom aktivnošću**. Ako u nekim bitnim životnim situacijama uspjeh iz nekog razloga izostane, korisno je potražiti ga u tzv. malim stvarima (Miljković i Rijavec, 2001).

**Samopoštovanje i samopouzdanje** utječu jedno na drugo i uzajamno su povezani. Promjene u jednome utječu na promjene i u onom drugom. Samopouzdanje i samopoštovanje ne mogu se povećati samo snagom volje. Nepoštovanje, prijezir i odbijanje pogoduju nastanku i razvoju psihosomatskih bolesti a samim tim sniženju samopouzdanja i samopoštovanja (Miljković i Rijavec, 2001).

Samopouzdanje razvijamo donoseći savjete koji pomažu (Miljković i Rijavec, 2001):

- Treba promijeniti stav „ne mogu“, koje ne ostavlja mogućnost uspjeha. Uvjerenja *mogu, hoću i želim* dovode do uspješnog rješenja problema.
- Krenite od malih stvari, uz podsjećanje na sve što je dobro i pozitivno.
- Nagradite se za uspjeh.
- Promijenite okruženje, oslonite se na pozitivne ljude koji vas podupiru i podržavaju ostvarenje vaših ciljeva, što je dobrodošlo.
- Ne govorite o neuspjehu. Uzmite sudbinu u svoje ruke i sami upravljajte postupcima uz uvjerenje u uspjeh.

## ZAKLJUČAK

Medicinska sestra kao dio edukacijskog tima pomaže bolesnicima u savladavanju novih znanja i vještina njege, razvijajući samopouzdanje u svladavanju nesigurnosti i zbunjenosti zbog novonastale bolesti. Težnja da se promovira zdravlje imperativ je suvremenoga zdravstvenog odgoja i sestrinstva. Cilj obrazovnog rada prema ovom programu je naučiti i uspješno primjenjivati potrebna znanja i vještine kojima medicinska sestra pomaže bolesniku u procesu poučavanja i suočavanja s bolešću. Potičući emocionalne čimbenike koji su preduvjeti za uspješno učenje, bolesnici mogu postati motivirani i sposobni odgovorno promišljati i odabrati što činiti (npr. koje odluke o svom zdravlju donositi). Uče kako prihvatiti pruženu pomoć, kako se suočiti s bolesti, kako razvijati vlastiti način suočavanja s bolešću, uz pomoć motivacije, predznanja i iskustva u prihvaćanju dijagnoze i procijenjene uspješnosti izlječenja.

## 5. ČIMBENICI KOJI ODREĐUJU SPREMNOST ZA UČENJE – MOTIVACIJA, PREDZNAJANJE I UKUPNO ISKUSTVO OSOBE

Ivana Maričić Lučić, bacc. med. techn.

### UVOD

U ovom poglavlju opisat će se značajni psihološki čimbenici: motivacija, predznanje te ukupno iskustvo osobe. Jedna od značajnih disciplina sa saznanjima primjenjivima u radu zdravstvenih djelatnika u području podučavanja bolesnika je **andragogija**, tj. znanost o obrazovanju i odgoju odraslih ljudi, koja integrira postignuća pedagogije, psihologije odgoja i obrazovanja, sociologije i ekonomije obrazovanja (Andrilović i Matijević, 1985). Također, korisna su saznanja **psihologije cjeloživotnog odgoja i obrazovanja**, koja istražuje psihološke zakonitosti ostvarivanja unutarnjeg cilja edukacije i psihološke čimbenike učenja (Pastuović, 1999).

### PSIHOLOŠKI ČIMBENICI KOJI ODREĐUJU SPREMNOST NA UČENJE

Uz prethodne čimbenike spremnosti na učenje važni su i **psihološki čimbenici učenja**: motivacija, aktivnost, iskustvo, mentalna kondicija, dubina obrade gradiva, vrsta kodiranja informacija, potkrepljenje te osobine ličnosti (Zarevski, 2002). Svi ti čimbenici nisu jednako jasno razgraničeni, pa se mnogi od njih međusobno nadovezuju i dopunjuju jedni druge, čineći tako jedinstvenu veću cjelinu. Tako je motivacija povezana s potkrepljenjima i aktivnošću u učenju, ukupno iskustvo osobe je tijesno povezano s mentalnom kondicijom i vrstama kodiranja, dok pojam predznanja ovisi o dubini obrade gradiva, koje utječe na brzinu učenja. Na kraju, osobine ličnosti, u konačnici imaju utjecaj na sve psihološke čimbenike u cjelini. U nastavku su opisani najznačajniji psihološki čimbenici koji utječu na proces usvajanja znanja i vještina, dakle na učenje.

### MOTIVACIJA

„Uspjeh je 1% inspiracije i 99% perspiracije.“

Thomas A. Edison

**Motivacija** (lat. *movere* – kretati se) definira se kao sve ono što nas pokreće prema nekom cilju, ono što uvjetuje neko usmjereno djelovanje, ali i kao psihički proces zadovoljavanja potreba. No, kada se govori o pojmu motivacije u okvirima obrazovnog procesa, riječ je **o svemu onome što dovodi do učenja** i što određuje njegov smjer, intenzitet i trajanje (Grgin, 1996).

Učenje je mentalni proces koji zahtijeva prije svega zadovoljenje nekih preduvjeta, kako bi se u konačnici postigao pozitivni učinak. Da bi mentalni proces učenja započeo, potrebno je uložiti mentalni napor, imati odgovarajuću usmjerenost pažnje (koncentraciju), određeno znanje o tome kako

učiti (metakogniciju), određenu razinu upornosti uz istovremenu opuštenost, kao i druge kognitivne procese bez kojih ne bi bilo moguće kvalitetno obrađivati informacije i stvarati nova znanja (Zarevski, 2002).

Iz iznesenog se uviđa da proces učenja zapravo nije jednostavan, već je prilično zahtjevan i težak zadatak, naporan za naš organizam. Zbog toga, na učenje se trebamo katkad „natjerati“, a ono što nas „tjera“ da učimo naziva se motivacijom za učenje. Razlikujemo dvije **osnovne vrste motivacije**: ekstrinzičnu i intrinzičnu motivaciju.

**Ekstrinzična** motivacija je vrsta motivacije kojoj se opisuje naše ponašanje koje je potaknuto nekim vanjskim motivom. Da bi se ponašanje potaklo ovim tipom motivacije, vanjski motiv mora uključivati ciljeve, vrijednosti i interese drugih, a ne nas samih. Primjer za ovaj tip motiviranosti bilo bi učenje nekog predmeta radi dobivanja dobre ocjene, izbjegavanja kazne, ili dobivanja nekakva priznanja ili nagrade.

U ovom će primjeru naše ponašanje biti motivirano nekakvim događajem koji se odvija izvan nas samih. Ekstrinzični čimbenici često neće motivirati samo naše učenje nego i različita druga ponašanja. Generalno gledajući, oni nisu sami po sebi loši, niti je ovakav tip ponašanja koje je izazvano ekstrinzičnim čimbenikom samo po sebi manje vrijedno ponašanje, no ovi čimbenici najčešće nisu dostatni da bi se osoba doista prihvatila učenja ili nekoga drugačijega oblika ponašanja (Sindik i Rončević, 2014).

S druge strane, **intrinzična** motivacija potiče osobu na učenje „iznutra“ (jer osoba zbog sebe želi učiti), a ponašanje koje je intrinzično motivirano puno će se lakše obavljati, i na kraju će dovesti do uživanja u obavljanju naučene aktivnosti. Primjer ovog tipa motivacije bi bilo učenje o nekoj zemlji poradi upoznavanja svojih „korijena“ i povezivanja s podrijetlom svoje obitelji. To može biti učenje nekog stranog jezika, npr. engleskoga, u kako bi se ostvarila komunikacija putem interneta s vršnjacima, osobama s istim hobijima ili jednakim interesima koji žive u drugim dijelovima svijeta (sve prema Sindik i Rončević, 2014).

Brojna istraživanja koja su se bavila proučavanjem čimbenika motivacije, pokazala su kako će intrinzično motivirani učenici ulagati daleko više truda u učenje, bit će uporniji, učiti će s razumijevanjem i koristit će više različitih načina kako bi nešto uspješno naučili. Stoga su preporuke, koje su proizašle iz rezultata ovakvih istraživanja, da se tijekom učenja pokuša za stvari ili gradivo, koje će osobi biti nezanimljive (ili, jednostavno iz nekog razloga nema prevelikog interesa ni želje naučiti), pronađe dovoljno značajan i valjan razlog zbog kojega bi im to novo znanje bilo dobro i korisno (Grgin, 1996).

## PREDZNAKJE

**Predznanje** je definirano kao znanje o općenitim područjima koje postoji i prije učenja nove kategorije, ili prije pristupanja nekom eksperimentu ili zadatku koji se pojedincu zadaje (Heit, 1997). Međutim, predznanje se ovdje ne odnosi na neposredno znanje o samom pojmu, s kojim će se ispitanik susresti tijekom eksperimenta.

U procesu usvajanja pojedinih kategorija znanja, ljudi se oslanjaju na vlastito predznanje, usmjeravajući na taj način vlastitu pažnju na karakteristike pojmova ili asocijacije, što ih zbog utjecaja predznanja smatraju važnima. Tako su u stanju donositi zaključke i pripisivati svojstva samom pojmu,



na temelju podataka koji se ne daju opaziti na očit način (Murphy, 2002). Različiti autori (Heit, 1997; Murphy, 1993<sub>a</sub>, 1993<sub>b</sub>; Murphy i Medin, 1985; Schank, Collins i Hunter, 1986) sugeriraju da predznanje utječe na **brzinu i točnost** učenja, te da se, pri upotrebi kategorijalne vrste učenja, pojmovi pohranjuju kao integrativni dio općeg znanja pojedinca. Znanje, ako se njime koristi na aktivan način, oblikovat će ono što će se naučiti, i odredit će kako će se ono što je naučeno upotrebljavati nakon završetka učenja.

Takvo znanje povezuje svojstva novih kategorija znanja temeljem **uzročno-posljedične veze** i osigurava objašnjenje zašto pojedina kategorija posjeduje određena svojstva (npr. znanje kako neke životinje mogu letjeti, osiguravat će moguće objašnjenje zašto biće koje ima krila može živjeti visoko na planini). **Kategorijalno učenje** je pod utjecajem svojstava opaženih pripadnika kategorija i znanja o domeni kojoj bi kategorija mogla pripadati, ili je pod utjecajem interakcije predznanja i empirijskog učenja. Pri tome, radi se o dvosmjernoj vezi: pojmovi su pod utjecajem onoga što već znamo, ali novonaučeni pojam može modificirati opće znanje. Utjecaj predznanja na kategorizaciju može biti **indirektan i direktan**.

Kad postoji predznanje tijekom kategorijalnog učenja, ono će **indirektno** utjecati na prirodu reprezentacije kategorije koja se usvaja (Lin i Murphy, 1997). Lin i Murphy (1997) su pokazali da će ispitanici, ako se inicijalno pouče funkcijama obilježja određenih entiteta (npr. alata koji se sastoje od funkcionalno relevantnih i irelevantnih dijelova), prilikom kategorizacije sličnih modificiranih entiteta biti skloni kategorizirati vodeći se funkcionalnošću tih entiteta.

S druge strane, predznanje može utjecati i **direktno**, i to tako da se aktivira i koristi prilikom same kategorizacijske odluke, nakon što je razdoblje učenja završilo, a moguće je i da se aktivira kad sam period kategorijalnog učenja izostane. Primjer tome jesu Barsalouva istraživanja (1983, 1985, iz Lin i Murphy, 1997) u području **ad hoc kategorija**. Radi se o kategorijama koje se konstruiraju u specifičnim situacijama, i to poradi opisivanja specijalizirane klase objekata što ih povezuje neka zajednička namjena (npr. stvari koje treba ponijeti na kampiranje, namirnice koje ne treba jesti na dijete). Kod stvaranja ovakvih vrsta kategorija, razdoblje kategorijalnog učenja u potpunosti izostaje, no sama svrha te kategorije priziva značenje koje omogućuje odlučivanje o tome hoće li neki entitet pripasti kategoriji ili neće (Lin i Murphy, 1997).

Razvijeno je nekoliko formalnih modela koji uključuju predznanje (Heit i Bott, 2000; Heit, Briggs i Bott, 2004; Rehder, 2003), no razvoj modela u okviru ovog pristupa ograničen je teškoćom formalne specifikacije svih detalja kompleksne strukture znanja.

Prema **konekcionistačkom** modelu efekata predznanja Heita i Botta (2000), obilježja entiteta predstavljaju se kao ulazne informacije koje temeljem čvorova predznanja mogu biti povezane s izlaznim informacijama, tj. kategorijama koje treba usvojiti. Prema ovom modelu, obilježja koja su povezana s predznanjem usvajaju se bolje nego neutralna obilježja. Međutim, potencijalni problem ovakva ishoda jest pretpostavka da će predznanje reducirati učenje onih elemenata koji nisu povezani s predznanjem, tj. da će se učenje nekih obilježja usvajati na štetu nekih drugih (Heit i Bott, 2000).

Jedno od temeljnih pitanja koje je i danas aktualno je **razumijevanje utjecaja predznanja na kategorijalno učenje** jer je ono važno kod različitih aspekata korištenja kategorija. Predznanje može biti uključeno u definiranje svojstava objekata, može pomoći ispitanicima naučiti svojstva novih kategorija (smisljena struktura gdje se svojstva mogu smjestiti olakšat će učenje). Može pritom utjecati na vrstu odluka kojima se koristimo pri kategoriziranju nakon učenja (način na koji kategoriziramo nove objekte može biti pod djelomičnim utjecajem predznanja, prije nego pod utjecajem vlastitog

iskustva s pojedinom kategorijom). Na kraju, može poslužiti kao smjernica u izvođenju zaključaka o nekoj kategoriji (Murphy, 2002).

Značajnu ulogu predznanja u procesu učenja, potvrđuje primjer nedavnoga rutinskog procesa reakreditacije Sveučilišta u Zadru, gdje je provedena analiza prolaznosti svih kolegija na Sveučilištu. Zanimljiv podatak pokazala je povezanost predznanja studenata s prolaznošću kolegija Matematike. Naime, analiza je pokazala kako su oni studenti kojima je prosjek ocjena iz matematike tijekom srednjoškolskog obrazovanja bio najmanje 2,5, a na studiju su redovito pohađali nastavu, njih je čak 70% položilo ispit na kolegiju Matematike (Žauhar, 2014).

## UKUPNO ISKUSTVO OSOBE

Čovjek je kompleksna jedinka koja se konstantno razvija od trenutka dolaska na svijet i to u više sfera odjednom: tjelesno, psihički, emocionalno, socijalno, kognitivno (Schaie i Willis, 2001). Ljudske jedinke, individualna bića u gotovo svakom pogledu, uče tijekom cijelog svog životnog vijeka, konstantno se razvijaju stjecanjem novih spoznaja, usvajanjem novih vještina i znanja te logičnim korištenjem stečenog znanja u praktične svrhe. Većina stečenih navika i usvojenih znanja koje naučimo (drugom riječju **iskustava**), stječu se doživotnim procesima *učenja i pamćenja* (Schaie i Willis, 2001). Upravo je to jedinstveno, ono što tvori ličnost pojedinca, koju je nemoguće replicirati i ponoviti, a što je neposredno uvjetovano unikatnim, neponovljivim procesom učenja i zapamćivanja, svojevrsnim prikupljanjem i pohranjivanjem osobnog iskustva u pamćenje (Zarevski, 2002). Učimo se doslovno od prvih dana života dok znatiželjno promatramo svoju okolinu, usvajamo načine ponašanja, govor, vještine, sposobnosti, pa do njegova završetka (Sindik i Rončević, 2014). „Nitko se naučan nije rodio!” kaže stara poslovice. Učimo kako puzati, kako se osoviti na vlastite noge, kako hodati, kako ćemo plaćem dozvati majku kad smo gladni, učimo razlikovati osobe u svojoj okolini, stječemo vještinu govora. Od prvog dana života pred nama je mnoštvo izazova i zahtjeva okoline. Ono što nam postaje važnim, gotovo primarnim zadatkom jest *učenje*, kao složeni psihički proces promjene ponašanja, temeljen na usvojenom znanju i iskustvu (Zarevski, 2002).

Mnoštvo je značajnih individualnih promjena što nastaju pod utjecajem **maturacije** ili sazrijevanja organizma, no mijenjanje pojedinca bit će uvjetovano i novim aktivnostima, koje se dugoročno očituju kao novi oblici ponašanja. Svako ponašanje koje u svojoj podlozi nije determinirano biološkim nasljeđem, stečeno je učenjem. Procesom učenja usvojiti ćemo nove navike, sposobnosti, i vještine, te doznati informacije i u konačnici steći znanje. Upravo ta sposobnost učenja kao posljedica naših vlastitih postupaka, osnova je adaptivnog ponašanja, svojstvena svim organizmima. Procesi učenja i pamćenja vrlo su složeni i čvrsto međusobno povezani (Zarevski, 2002).

**Iskustvo** kao individualna odlika svakog pojedinca zapravo je, pojednostavljeno rečeno, naviknutost na učenje, neposredno vezano za **mentalnu kondiciju**, tj. stanje definirano posljedicama dužega i sustavnog učenja. Jarvis (2009) na sustavan i koncizan način objašnjava kako su svi ljudi stvoreni kao osobe, kroz društveni život, tj. temeljem naših iskustava s kulturom, te se bavi razmatranjem što to znači biti (i kako postati) osoba u društvu. Jarvis (2009) razrađuje koncept **pozicioniranja u društvu**, koji opisuje kako se osoba predstavlja u skladu s pozicijom koju zauzima u društvu, što onda utječe na njezinu percepciju i iskustvo, a time i na naše učenje. Način na koji pojedinac *opaža svoju poziciju u društvu* reflektira se na njegove stavove, osobine ličnosti i motivaciju za djelovanjem (Jarvis, 2009).

Pod utjecajem starenja mijenja se ne samo naše tijelo već i um, a kroz umnu dimenziju dolazi do promjena u percepciji, kogniciji i vrijednostima, one se mijenjaju pod utjecajem starenja i iskustva što ga doživljavamo tijekom života (Schaie i Willis, 2001). Jarvis (2009), u kontekstu cjeloživotnog učenja, životnog ciklusa i starenja, opisuje načine na koje se razvijamo i učimo tijekom života, te na taj način razvijamo svoj potencijal. Tijekom različitih životnih faza, osoba posjeduje različite potrebe, a time i različite oblike motivacije.

U ranijim fazama života, osobe su u procesu učenja *orijentirane na razvoj karijere (vocational learning* ili *stručno učenje*), najčešće temeljem formalnih oblika obrazovanja. U kasnijim fazama života osobe orijentiraju na opće, *nestručno učenje (non-vocational learning)* (Jarvis, 2009).

Jarvisov (2009) koncept da mi „postajemo“ uključuje *vremensku dimenziju*, tijekom koje se kao osobe nastavljamo razvijati čitav život. Za razliku od toga, koncept da mi „postojimo“ i „jesmo“ u sebi uključuje *dimenziju sadašnjosti*: „Mi jesmo ili ja jesam u gotovo bilo kojem trenutku života.“ (Jarvis, 2009). Svakodnevno učimo ne samo kako djelovati s obzirom na različite uloge u životu već „mi učimo kako postati mi“, a to zahtijeva učenje (Jarvis, 2009).

## ZAKLJUČAK

Psihološki čimbenici spremnosti za učenje individualne su specifičnosti koje se isprepleću s ostalim čimbenicima, tvoreći cjelinu koja pojedinca čini jedinstvenim, te imaju značajan utjecaj na proces učenja, uvjetujući brzinu i opseg usvajanja pojedincu potrebnih znanja i vještina. Sigurno je da su motivacija, predznanje i ukupno iskustvo osobe možda najznačajniji od svih psiholoških čimbenika što utječu na spremnost za učenje. Ishod učenja često ovisi o tome je li pojedina osoba intrinzično ili ekstrinzično motivirana, posjeduje li predznanje o tome što želi ili treba naučiti. Također, značajnu ulogu ima i ukupno iskustvo pojedinca, jer će ono olakšati učenje „navikama“ učenja stečenima u životu, koje su individualne i ovise o ranijim iskustvima primjene različitih oblika učenja (uvjetovanje, socijalno učenje, spoznajni oblici učenja). Na kraju, može se reći da opstanak svake vrste, ali i svake jedinke pojedine vrste, na najizravniji način ovisi upravo o njejoj sposobnosti učenja (Zarevski, 2002).

## 6. ČINITELJI KOJI ODREĐUJU VRSTU I JAČINU REAKCIJA PACIJENTA NA DIJAGNOZU: OSOBINE POJEDINCA, DIMENZIJE BOLESTI, OSOBINE SOCIJALNOG OKRUŽENJA

Irena Matulović, bacc. med. techn.

„Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje. To treba činiti tako da mu se pomogne što prije postati neovisnim.“

Virginia Henderson

„Važnije je poznavati osobu koja boluje od neke bolesti, nego li bolest od koje, možda, boluje.“

Florence Nightingale

### UVOD

Ovo poglavlje opisuje činitelje koji određuju vrstu i jakost reakcija pacijenta na dijagnozu. To su: osobine pojedinca, dimenzija bolesti te socijalno okruženje. O ličnosti neke osobe govorimo kao biopsihosocijalnoj organizaciji. Ličnost je biopsihosocijalna cjelina sa složenim prilagodbenim kapacitetima i stilovima samoregulacije (ili disregulacije), u danom fizičkom i psihofizičkom okruženju.

*Djelotvorno suočavanje ličnosti sa stresorima okruženja*, uključujući bolest, jednako ovisi o njenim psihofizičkim prilagodbenim kapacitetima, o spoznajnim, afektivnim i drugim vještinama u opažanju i ocjenama stresora, kao i o znanjima i navikama osobe te kako se njima suprotstaviti (Barath, 1995).

*Trajanje i kvaliteta života*, uz genetske preduvjete, uvelike ovisi o zdravstvenom ponašanju i stavovima, načinu života i društvenoj okolini. Praćenjem promjena koje se zbivaju sa starenjem u skupini ljudi iste dobi, pokazalo se da je proces odrastanja, sazrijevanja i starenja različit ovisno o zdravstvenom ponašanju, zdravstvenoj zaštiti te drugim socijalnim čimbenicima u njihovu životu (Barath, 1995). Kvaliteta života u starosti, iako povezana s tjelesnim zdravljem i funkcioniranjem, ne mora biti izravno ovisna o zdravstvenim čimbenicima. Neki stari ljudi žive kvalitetno unatoč slabom zdravlju, i obratno. Psihološki i socijalni čimbenici imaju važnu ulogu u određivanju procesa odrastanja, sazrijevanja i starenja (Barath, 1995). Zdravlje kao opća dobrobit pojedinca rezultat je mnogih međusobno povezanih tjelesnih, psihičkih i socijalnih funkcija i odnosa. Postoji veza između psihosocijalne dobrobiti pojedinca i tjelesnog zdravlja. Razina skrbi za vlastito zdravlje, vrsta, broj i

kvaliteta mjera koje pojedinac poduzima da bi zdravlje poboljšao i očuvao zavisi i o više psihosocijalnih čimbenika. Aktivnosti kojima pojedinac promiče, održava ili poboljšava zdravlje utemeljene su na njegovom *osobnom poimanju zdravlja* i njegovom *sustavu vjerovanja i vrijednosti* uspostavljenih tijekom života.

**Poimanje zdravlja** koje netko ima utječe na cjelokupno ponašanje pojedinca, na izbor, način i učestalost svakodnevnih postupaka bitnih za zdravlje, počevši od održavanja higijene, rada i tjelesne aktivnosti, prehrane, spavanja i odmora, intelektualnih aktivnosti, pa do konzumacije alkohola, duhana i drugih štetnih tvari. Primjerice, religija i kultura imaju bitnu ulogu u poimanju zdravlja i nastanka bolesti. U nekim religijama bolest se doživljava kao kazna za grijeh pri izboru hrane, načinu njezine pripreme i unosa u organizam, upotrebi alkohola, duhana i drugih štetnih ponašanja. Na osnovi osobnih uvjerenja, svaki pojedinac obavlja aktivnosti za koje vjeruje ili je iskusio da mu čine dobro, a izbjegava one koje doživljava kao štetne. Na temelju svega toga, medicinska sestra osmišljava svoj plan aktivnosti usmjeren na unapređenje i održavanje zdravlja pojedinca (Mojsović i sur., 2005).

**Sustav osobnih vrijednosti** razvija se rano u djetinjstvu i teško se mijenja. Promjena je moguća *edukacijom* jer učenjem i pozitivnom interakcijom može se pomoći ljudima da izmijene neka svoja uvjerenja (Mojsović i sur., 2005). Obitelj, škola, crkva, kultura, mediji za vrijeme rasta i sazrijevanja utječu na oblikovanje sustava vrijednosti. Znanje ima ključnu ulogu u održavanju zdravlja i unapređenju sigurnosti. Učenje o zdravlju i sigurnosti mora početi rano u životu i provoditi se trajno ponovnim pružanjem potrebnih informacija (Mojsović i sur., 2005). Dodatno učenje obavezno je kad god nastupe znatne promjene u zdravstvenom stanju pojedinca. Stjecanje novih znanja moguće je uz očuvane spoznajne sposobnosti. Stariji ljudi koji održavaju pozitivan pogled na život i imaju pozitivnu sliku o sebi, skloniji su slijediti i provoditi postupke koji koriste zdravlju. Oni duže ostaju zdraviji (Despot Lučanin, 1993). Budući da su sklopovi rizičnih čimbenika jače povezani sa socijalnim i psihološkim čimbenicima starenja nego s biološkima, na njih se bolje može djelovati promjenom ponašanja (Despot Lučanin, 1997).

Čovjek vrlo teško mijenja svoje ponašanje, navike i postupke. Samo oni koji su visoko **motivirani za promjene** vjerojatno će biti uspješni. Kognitivne promjene i promjene osjetila mogu voditi problemima s održavanjem zdravlja jer psihičke funkcije prvenstveno ovise o radu mozga i živčanog sustava, a u starosti se može očekivati i njihovo slabljenje. Promjene i prilagodbe koje stariji ljudi proživljavaju u području socijalnih odnosa i okoline imaju mnogostruk utjecaj na njihovo duševno i fizičko zdravlje (Despot Lučanin, 1997). Jednako tako, zdravstveni problemi i poteškoće u odmakloj dobi, u najvećoj mjeri sudjeluju u narušavanju ne samo tjelesnog nego i duševnog i socijalnog integriteta starije osobe (Despot Lučanin, 1993).

**Socijalna potpora i sprječavanje socijalne izolacije** imaju ključnu zaštitnu ulogu u očuvanju socijalnog i psihičkog integriteta i dobrobiti pojedinca (Mojsović i sur., 2005). Istraživanja čimbenika koji imaju znatan utjecaj na starenje mjerena u trima različitim vremenskim razdobljima, pokazala su da su važni čimbenici bili stres, socijalna participacija i socijalna potpora (Despot Lučanin, 1997). Boljeg općeg psihofizičkog stanja i manje psihosomatskih tegoba izražavale su osobe koje su bile uključene u različite oblike neformalnih socijalnih aktivnosti, a bolje funkcionalne sposobnosti, manje psihosomatskih tegoba i vlastito zdravlje bolje su percipirale starije osobe koje su doživjele manje stresa i imale veću socijalnu podršku (Despot Lučanin, 1997).

**Socijalna potpora** može biti iskazana na raznovrsne načine, a za stariju osobu pritom osobito značenje ima izražavanje ljubavi, povjerenja, poštovanja bliskih joj osoba te spoznaja da se može

osloniti na nekoga tko će biti u određenim trenucima spreman pomoći, ili s kim će podijeliti životne radosti i teškoće (Despot Lučanin, 1997).

**Razvijanje socijalnih vještina** u starosti preduvjet je zadovoljstvu i dobrom zdravlju. Stariji pojedinac može imati poteškoće u komunikaciji i odnosima s drugima zbog sustava osobnih vrijednosti koje je izgradio tijekom života, zbog svojih uvjerenja, vjere ili kulture (Despot Lučanin, 1997). **Sposobnost svladavanja stresa** razlikuje se umnogome među starijim ljudima i ovisi o tome kako su se naučili nositi sa stresom kada su bili mlađi. Mnoge starije osobe emocionalno će se distancirati od okolnosti koje ne mogu promijeniti, a povećana je vjerojatnost i da će potražiti utočište u duhovnim ili filozofskim vjerovanjima koja im pomažu da prevladaju situacije što ih ne mogu kontrolirati. Razumijevanje osobe i njezinih socijalnih potreba i problema, pomažu u boljem planiranju i provedbi aktivnosti kojima je cilj unaprijediti i očuvati cjelokupno zdravlje (Despot Lučanin, 1997).

Različitost potreba, načina života i životnih promjena u populacijskim skupinama **odraslih** zahtijeva opsežan pristup, s posebnim osvrtom na značajke određenih dobnih skupina ili izloženosti čimbenicima rizika za nastanak bolesti (Mojsović i sur., 2005). Odrasla dob je **najproduktivnije** razdoblje čovjekova života, u kojemu on gradi i stvara profesiju, obitelj, društveni status, ispunjava mnoge uloge i donosi bitne odluke što utječu na njegovo zdravlje sreću i uspjeh (Mojsović i sur., 2005).

**Osobine pojedinca** posebno su bitni čimbenici zdravlja, sreće i uspjeha, od kojih iznimno značenje imaju njegove kognitivne sposobnosti, afektivna komponenta ličnosti, tj. osjećaji i sve što na njih utječe, te njegovo prethodno iskustvo. Važni su također socijalna, etnička i kulturna pripadnost i uvjerenja, jezik, eventualne tjelesne mane itd. (Barath, 1995).

**Kronološka dob** jedan je od temeljnih mjerila i predskazatelja razvoja ličnosti, kao i njenih (ne)sposobnosti da svlada specifične razvojne zadatke koje većina vršnjaka svlada za danu dob i u danom kulturnom okruženju (tablica 1) (Barath, 1995).

Tablica 1. Razvoj, razvojni i zdravstveni zadaci (prema Barath, 1995)

EMOCIONALNI RAZVOJ	RAZVOJNI ZADACI	ZDRAVSTVENI ZADACI
1. RANO DJETINJSTVO Povjerenje ili nepovjerenje	uči hodati jesti govoriti kontrolirati nuždu	osnovne psihomotorne vještine definiranje zdravlja i bolesti socijalna i emocionalna odgovornost
2. PREDŠKOLSKA DOB Samostalnost ili sram i sumnja	razlike među spolovima psihološka stabilnost poštovanje roditelja vještine za igru	zdrava prehrana tjelesna aktivnost dentalna higijena usavršavanje mentalnih i tjelesnih vještina
3. KASNO DJETINJSTVO Samoinicijativnost ili osjećaj krivnje	cjelovit stav o sebi zajedništvo	pozitivna slika o sebi vještine natjecanja socijalne, etičke i moralne razlike
4. PUBERTET Samoidentitet ili inferiornost	zreliji odnosi sa drugima usavršava čitanje, pisanje osnovni pojmovi svakodnevnog života moralne svijesti i ljestvice vrijednosti	materijalna odgovornost socijalna, emocionalna i moralna odgovornost preuzimanje rizika i posljedica
5. ADOLESCENCIJA Identitet ili konfuzna uloga	socijalna uloga spolova prihvatanje vanjskog izgleda emocionalna neovisnost društveno odgojno ponašanje bira zanimanje sprema se za samostalan život	prihvata sebe i tjelesni razvoj vještine suočavanja sa stresorima i problemima vrijeme za sebe i druge privrženost obitelji i voljenim osobama
6. RANA ODRASLA DOB Intimnost ili izolacija	živi sa partnerom osniva obitelj i dom građanska prava i obveze	trajno partnerstvo karijera životne navike i stilovi
7. SREDNJA DOB Kreativnost ili stagnacija	fiziološke promjene puna odgovornost i samostalnost unapređenje socioekonomskog statusa pomaže djeci	prihvata starenje društveni pritisci zdravi život povremeno preuređenje životnih ciljeva
8. ZRELA DOB I STARENJE Integritet ili beznade	prihvata slabljenje zdravlja planiranje mirovine gubitak voljenih osoba identifikacija sa generacijom udobnost, mir i sigurnost	rizik za zdravlje gubici i odvajanja od voljenih osoba redefiniranje slike o sebi mijenjanje životnih navika

## ZDRAVO POTISKIVANJE

(salutogeneza, eng. *salutogenesis*)

**Salutogeneza** je koncept koji se više usredotočuje na čimbenike koji podupiru zdravlje čovjeka i osjećaj zadovoljstva nego na one koji izazivaju bolest (Latinski: (*salus*=zdravlje, *genesis*=korijen). Velik je broj ljudi kojima zdravo potiskivanje znači glavni ili pak jedini obrambeni mehanizam u smjeru pozitivnog prilagođavanja. Riječ je o okolnostima u kojima osoba nema nikakve mogućnosti da išta bitno mijenja u situaciji u kojoj se nalazi. Djelotvornost potiskivanja nalazi se u umijeću osobe da na nepodnošljive prilike ne obraća nikakvu pozornost (Barath, 1995).

**Atribucije** su posebna vrsta individualnih i/ili kolektivnih vjerovanja, tj. kvazičinjeničnih tvrdnja kojima se nastoje „objasniti“ uzroci vlastitog stanja, namjera, ponašanja, pa tako i ponašanja i namjera drugih ljudi, kao i uzroka stresnih situacija u svakodnevnom životu. (DeCharmes, 1976; Hewstone, 1989; sve prema Barath, 1995). Procesom atribucije osoba se koristi kad pokušava shvatiti sebe i svijet oko sebe. O karakteristikama neke osobe i uzrocima njenog ponašanja zaključuje na osnovu promatranja njenih postupaka. Dakle, osoba polazi od objektivnih podataka (ponašanja koje vidi), i na temelju tih informacija izvodi zaključke o namjerama i karakteristikama osobe koju promatra (Barath, 1995). Pritom vjeruje da je i zaključak o nekoj osobi „objektivan“ podatak o njoj. Ne primjećuje da između činjenica koje iznosi vlastite subjektivne pretpostavke o uzrocima ponašanja te osobe i uzima ih kao činjenice. Taj proces „umetanja“, dodavanja podataka koji nedostaju, dakle pripisivanja osobina drugoj osobi ili sebi samom, naziva se proces atribucije. Kroz proces atribucije objašnjavamo motive i uzroke nekog događaja (Barath, 1995). Pokušavajući objasniti zašto se nešto dogodilo i zašto se baš tako nešto dogodilo, osoba može pripisati razloge događaja unutarnjim uzrocima (osobinama, motivima, namjerama) ili pretežno onim vanjskim. Tako se uzroci i vlastitog ponašanja, uspjeha ili neuspjeha mogu pripisati pretežno unutarnjim čimbenicima, pa pritom osoba uzroke svog ponašanja, uspjeha ili neuspjeha vidi u vlastitim osobinama (**unutarnji lokus kontrole**). Ako uzroke svog ponašanja pripisuje vanjskim okolnostima, koje kontroliraju i potiču njeno ponašanje, tada osoba vjeruje u **vanjski lokus kontrole**. Dakle, lokus kontrole sastoji se od dvije tendencije u svakodnevnom zaključivanju. Prva je strategija **eksternalizacije** i bazirana je na vanjskom lokusu kontrole, a druga je strategija **internalizacije** (osnovana na unutarnjem lokusu kontrole) (Barath, 1995). Strategija eksternalizacije je vjerovanje u vansubjektivne uzročne sile koje osoba ili skupina nije u stanju kontrolirati, kao što su: sreća, slučajnost, nasljeđe, zakon, pravda, društvo i slično. Strategija internalizacije je pak naklonjenost vjerovanjima da su uzroci ponašanja unutarnji: osobna snaga, izdržljivost, inteligencija, napor, solidarnost itd. (Barath, 1995). Održavanje samopouzdanja i samopoštovanja blisko je povezano s očuvanom ili promijenjenom slikom o sebi.

Promjene vezane uz **starost** i one povezane s **bolešću**, utječu na poimanje starije osobe o sebi (Despot Lučanin, 1993). Društvene vrijednosti i životna iskustva također igraju važnu ulogu. U mnogih ljudi već i pojava vidljivih promjena fizičkog izgleda zbog starosti može utjecati na promjenu doživljaja vlastite vrijednosti i razine samopoštovanja. Učestaliji problemi zdravlja, fizička ili ekonomska ovisnost o drugoj osobi, ali i razni drugi gubici u starosti utječu na mijenjanje vlastite slike o sebi, dotadašnjeg mišljenja i uvjerenja o vlastitim sposobnostima i mogućnostima, te na promjenu razine samopoštovanja. Predodžba o samome sebi blisko je povezana s vrijednostima, uvjerenjima, ulogama i odnosima starije osobe (Despot Lučanin, 1997). Kada starija osoba pretrpi gubitke u bilo kojem važnom dijelu života, predodžba o samom sebi je ugrožena. Ako se pritom pojavljuje osjećaj gubitka osobne vrijednosti i samopoštovanja, mogu nastati ozbiljni problemi, kao što su strah, tjeskoba, bespomoćnost, beznade i depresija (Mojsović i sur., 2005).

U skupinu bolesti za koje se smatra kako su pod **jakim utjecajem stresa** ubrajamo povišen arterijski krvni tlak, srčane aritmije i ishemijske bolesti srca. Ti poremećaji najčešći su uzroci smrti, osobito u suvremenim industrijskim društvima. Mnogo zdravih ljudi izjavljuje kako bi željeli znati dijagnozu ako obole od teških, neizlječivih bolesti. Međutim, kritičari takvih istraživanja govore da je jedno želja zdravog čovjeka da sazna dijagnozu teške bolesti, a drugi su problem bolesnici stvarno oboljeli od teškog oblika raka ili neke slične neizlječive bolesti. Čak i liječnici koji su često vrlo kritični kada se predlaže otvoreno priopćavanje teške dijagnoze bolesnicima, često izjavljuju da bi željeli znati pravu dijagnozu ako obole od teške neizlječive bolesti (Havelka, 2002). Najčešći razlozi koji se navode u **prilog kazivanju dijagnoze jesu**: pravo bolesnika da zna sve o svojoj bolesti, želja da razumije što s njim nije u redu, zatim popuštanje jake emocionalne napetosti nastale očekivanjem



nepoznatog ishoda, osiguravanje mogućnosti da se bolesnik obrati drugim liječnicima koji bi ga možda mogli izliječiti, planiranje budućnosti s obitelji (Havelka, 2002). Kardiolozi Friedman i Rosenman, promatrajući osobine **ličnosti bolesnika** sa srčanožilnim bolestima, utvrdili su da oni imaju neke zajedničke osobine (Rosenman i sur., 1975).

Prikazali su samo pojavni oblik opaženih ponašanja svojih bolesnika i tip ponašanja nazvali su **Tip A ponašanja** utvrdivši kako su te osobe vrlo ambiciozne, usmjerene su na natjecateljski način života, hiperaktivne, socijabilne pa ih odlikuje jaka kontrola vlastitih emocija (Havelka, 2002). Na poslu su to ljudi koji rade više i duže od ostalih, imaju razvijen osjećaj odgovornosti i savjesnosti, preuzimaju više poslova nego što mogu obaviti i često žrtvuju obiteljski život zbog posla i karijere. Ukratko, ovisnici su o svojem poslu. U obitelji teže za prevlašću nad drugim članovima i imaju izraženu potrebu da ih oni cijene, poštuju i slušaju. U društvu, to su ljudi obično na značajnijim položajima, aktivni u rješavanju društvenih problema i često kao osnovni ideal postavljaju poštovanje od drugih i prevlast nad drugima. Zbog takvih osobina najveće stresove u njih izazivaju međuljudski sukobi u obitelji, na poslu i društvu općenito, sukobi koji su učestaliji i zbog njihove težnje za prevlašću nad drugima. U situacijama sukoba nastoje što više potisnuti vlastite emocije, ne pokazuju ih otvoreno, već zadržavaju prividni optimizam i ravnodušnost. Ponašanje iz tog obrasca nije uobičajeno svrstavati u socijalno neprihvatljivo ili psihopatološko ponašanje. Naprotiv, ambicija, usmjerenost prema nekome važnom cilju, manjak vremena za druge manje važne aktivnosti i slično svojstva su koja se u suvremenim industrijskim društvima cijene i kojih se razvoj tijekom procesa socijalizacije potkrepljuje. Zbog toga je i teško utjecati na promjenu ovakvih obrazaca ponašanja (Havelka, 2002).

**Tip B ponašanja** opisan je kao suprotan osobinama i postupcima Tipa A ponašanja. Osobe Tipa B su opušteno, prijateljskog ponašanja, neopterećene razmišljanjem o žurbi i rokovima, strpljive i pozitivno orijentirane prema izvršavanju zadataka te općenito imaju optimističan pogled na svijet. Osobe Tipa B imaju manju razinu anksioznosti i doživljavaju manje stresa, što pridonosi jačanju njihova imunološkog sustava i smanjuje njihove srčane i gastrointestinalne probleme. U longitudinalnom osmogodišnjem istraživanju pokazalo se da je vjerojatnost obolijevanja od srčanih bolesti bila dvostruko veća za osobe koje su iskazivale obilježja Tipa A nego za one Tipa B (kod ujednačenih navika pušenja i visine krvnog tlaka) (Rosenman i sur., 1975). Psihološkim testovima mogu se otkriti osobe s kardiopatskim obilježjima ličnosti, što je prikladan način za organiziranje pred-obrane od srčanožilnih bolesti (Havelka, 2002). Osnovna je zadaća predobrane (prevencije) utjecati na promjenu načina života pojedinaca jer upravo način života izlaže pojedinca najvećim opasnostima obolijevanja. Neki od dodatnih rizičnih čimbenika u osoba A tipa ponašanja jesu nepravilna prehrana, pušenje, prekomjerno pijenje alkohola i drugi nezdravi načini ponašanja također tipični za osobe izložene stresu (Havelka, 2002). Kako mnoga ova ponašanja duboko zadiru u osobni način života pojedinca, vrlo ih je teško mijenjati. Otežavajuća je činjenica da je **Tip A** ponašanja u skladu s općeprihvaćenim vrijednostima suvremenih društava te je velika teškoća promijeniti ponašanje pojedinca u društvu, a bez promjene okolnih socijalnih uvjeta koji podržavaju ovakvo ponašanje (Havelka, 2002). Poticanjem na promjenu takva ponašanja može doći do opadanja radne uspješnosti pojedinca, što se može odraziti loše na život njegove obitelji i društvo u cjelini (Havelka, 2002). Način na koji ljudi vide događaje ili situaciju, i značenje koje to viđenje ima za njih, određuje im i reakciju. Ako medicinska sestra i bolesnik pristupaju situaciji s jako udaljenim i različitim tumačenjima ili pretpostavkama, može doći do nesporazuma. Često neke od bolesnikovih potreba vidimo kao prioritete, no on ih sam možda ne vidi tako. Takve situacije mogu biti frustrirajuće za obje strane u terapijskom procesu, te je potrebno da medicinska sestra i bolesnik istraže bolesnikovu korist s fokusom na ovdje i sada (Štrkljar-Ivezić, 2011).

**Sestrinska skrb** ostvaruje se promicanjem zdravlja i preventivnim djelovanjem medicinskih sestara, koje svojim djelatnostima pridonose boljoj kvaliteti života svih dobnih skupina ljudi u zajednici i smanjenju broja komplikacija u tijeku različitih bolesti. Oboljelima i njihovim obiteljima pružaju stalnu pomoć i podršku u osposobljavanju za odgovorno provođenje samozbrinjavanja i u prevladavanju problema povezanih s poremećenim zdravljem (Mojsović i sur., 2005).

U definicijama sestrinstva rečeno je da je **umijeće sestrinstva** međuljudski odnos i interakcijski proces između korisnika i sestre, unutar socijalnog okruženja a tijekom pružanja sestrinske skrbi (Kenney, 1990, prema Mojsović i sur., 2005).

Pojam **interakcije** uključuje međusobno djelovanje osoba, zauzimanje stavova i određivanje ponašanja (Bratanić, 1990). Najveći dio interakcija ostvaruje se međuljudskom komunikacijom. Adekvatno korištenje govorom kao sredstvom sporazumijevanja jedno je od najbitnijih vještina koje bi medicinske sestre morale imati. Jedan od osnovnih ciljeva rada medicinske sestre jest poticati usvajanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja, ili mijenjati loše navike i ponašanja. Kako je pritom riječ o odgojnom procesu, treba znati da se bez kvalitetne interakcije i interakcijske povezanosti u komunikaciji ne može očekivati nikakvo pozitivno odgojno djelovanje (Ribardić i Vidoša, 2014).

**Prvi dojam** stječen prvim kontaktom, važan je za uspostavu međuljudskog odnosa, a o međuljudskom odnosu ovisi i uspješnost suradnje bolesnika u liječenju (Mojsović i sur., 2005). Prirodna i spontana interakcija i komunikacija uspostavljena prvim kontaktom otvorit će put suradnji. Svaki daljnji kontakt tijekom suradnje sestre i pojedinca razvijat će i pridonositi odnosima povjerenja i razumijevanja.

**Osobine i sposobnosti sestre** imaju veliko značenje za uspješnu komunikaciju: srdačnost, iskrenost, dosljednost, empatija, poštovanje i prihvaćanje osobe, davanje osobi mogućnost da izrazi vlastito mišljenje i sudjeluje u donošenju odluka, njegovo bezrezervno prihvaćanje, razumijevanje, neosuđivački stav i skrb za pojedinca (Mojsović i sur., 2005). Razgovor o dijagnozi uvijek treba biti u okviru psihoterapijskog pristupa bolesniku. Većina bolesnika nije sa svojim liječnikom razgovarala o dijagnozi, mnogi je i ne znaju ili znaju samo naziv, bez znanja što dijagnoza uključuje. Važno je pitati bolesnika koliko informacija on zapravo želi. U većini istraživanja, bolesnici su istaknuli da žele liječnika koji je upoznat s najsuvremenijim istraživanjima i terapijskim opcijama, koji će ih informirati o najboljim opcijama liječenja, koji će imati vremena odgovoriti na sva pitanja, biti iskren u iskazu o ozbiljnosti bolesti, koristit će se jednostavnim jezikom, dati vijesti neposredno i uz potpunu pažnju usmjerenu na bolesnika (Štrkljar-Ivezić, 2011).

Sljedeći su **načini** na koje bi bilo poželjno s bolesnikom **razgovarati o dijagnozi** (Štrkljar-Ivezić, 2011):

- s bolesnikom uvijek treba *razgovarati o dijagnozi*,
- bolesnik ima *pravo na informacije* o svom stanju i to nije samo stručna i etička nego i zakonska obveza,
- osnovno je da bolesnik za njega *razumljivim i prihvatljivim načinom* dobije objašnjenje o kojoj bolesti/poremećaju se radi, koji su simptomi i uzroci nastanka bolesti, kako se bolest liječi i što on može učiniti da ishod liječenja bude povoljniji,
- *dijagnoza se može reći samo kad smo posve sigurni o čemu je riječ*, kada nemamo nedoumice, na način obazriv i koji nudi mogućnost nade,
- *ako imamo nedoumice, potrebno ih je bolesniku reći obazrivo*,

- bolesniku *nije potrebno davati izjave o nepovoljnim prognozama bolesti* jer to ne pomaže ni njemu ni obitelji, a tijek bolesti ovisi o puno čimbenika i može se s vremenom izmijeniti,
- dobro je *od početka dati mogućnost bolesniku da postavlja sva pitanja* povezana s dijagnozom, i moramo biti spremni dati prikladne odgovore,
- važno je *informirati bolesnika o našim razgovorima s obitelji* bez njegove nazočnosti i objasniti mu da su ti razgovori važni kako bi se dobilo što više informacija koje bi bile korisne u planiranju njegova liječenja,
- važno je da *bolesnik doživi kako je on u fokusu interesa* i da su mu članovi obitelji potpora,
- otvoreni razgovor o dijagnozi  *smanjuje negativne misli* koje bolesnik vezuje za nju, a što može negativno djelovati na ishod liječenja,
- bitno je da bolesnik shvati kako *o svim pitanjima u svezi s bolešću može razgovarati s medicinskim sestrama* (Štrkljar-Ivezić, 2011).

Jednako tako, dokazano je da ukoliko bolesniku **objasnimo** moguće **terapijske postupke** i **uključimo ga u odlučivanje**, to redovito ima vrlo pozitivan utjecaj na njegovu psihološku prilagodbu. Bolesnici se tada osjećaju bitnim čimbenicima, dok su, naprotiv, anksiozniji i nezadovoljniji ako se osjećaju „izoliranima“ ili se na njih gleda samo kao na objekt (Štrkljar-Ivezić, 2011; Đorđević, Braš i Brajković, 2013).

## ZAKLJUČAK

Činitelji koji određuju vrstu i intenzitet pacijentovih reakcija na dijagnozu su: osobine pojedinca, dimenzija bolesti i obilježja socijalnog okruženja. Ličnost je biopsihosocijalna cjelina sa složenim prilagodbenim kapacitetima i stilovima samoregulacije/ disregulacije, u danom fizičkom i psihofizičkom okruženju. Njeno djelotvorno suočavanje sa stresorima okruženja, uključujući bolest, ovisi o psihofizičkim prilagodbenim kapacitetima, o spoznajnim, afektivnim i drugim vještinama u opažanju i ocjenama stresora, kao i o znanjima i navikama osobe, te načinima kako se stresorima ona zna suprotstaviti. Samoprocjena zdravlja, socijalna mreža i funkcionalna sposobnost pokazali su kao dobri pokazatelji zdravlje u funkciji dobi u mnogim istraživanjima. Žene svake dobi imaju niže stope smrtnosti od muškaraca. Razlozi se pripisuju genetskim i stečenim razlikama, ali i razlikama u stavovima koji utječu na percepciju bolesti i korištenje zdravstvenom zaštitom. Relativno stabilne osobine ličnosti, socijalna potpora i pozitivno zdravstveno ponašanje snažno su povezani s dugoročnim pozitivnim ishodima, koji se najbolje uočavaju u starosti.

## 7. USPOSTAVLJANJE KONTAKTA, DOBIVANJE PRVIH INFORMACIJA O POTREBAMA PACIJENTA, TEMELJNI PREDUVJETI ZA VEZIVANJE, PROCES PODRŠKE I PRUŽANJA POMOĆI

Marija Milić, bacc. med. techn.

„Bolestan čovjek je svijet za sebe u koji je često vrlo teško ući. Najbolji i najlakši put je LIJEPA RIJEČ!“

Fikreta Paravlić

### UVOD

Uspješnost medicinske sestre ne mjeri se samo njezinim stručnim znanjem, nego i *vještinom komuniciranja* s pacijentom i suradnicima. Komunikacija s drugim ljudima vrlo je kompleksno područje i može se razmatrati kao vještina verbalne komunikacije, a posebno kao neverbalna komunikacija. Verbalna komunikacija u svakodnevnom životu zauzima najveći dio međusobnog sporazumijevanja i očituje u onome što i kako govorimo. Kad nam se netko obraća, informacije dobivamo njegovim *riječima* i *glasom* (Krešić, 2013). Neverbalna komunikacija dopunjava te informacije, pa tako promatramo govornikovu *mimiku* i *geste* kako bismo bolje razumjeli što nam želi reći i je li njegovo ponašanje prema nama prijateljsko i srdačno.

Ljudi vas **opažaju kao prijateljsku osobu** ako: gledate sugovornika u oči, smiješite se, klimate glavom dok druga osoba govori, postavljate pitanja vezana uz ono što vam govori i ako vaše ruke nisu prekrižene kao štit od sugovornika (Krešić, 2013). Ljudi vas doživljavaju kao **pažljivog slušača** ako: gledate osobu koja govori barem tri četvrtine vremena dok govori, ako se naslonite dok slušate i ako ne radite ništa drugo dok osoba govori (Krešić, 2013).

**Slušanje** je jednako važna komunikacijska vještina kao i govor. Neverbalna komunikacija odaje više nego što mislimo i svakako više nego što, ponekad, želimo. Stručnost dokazujemo diplomom, a svojim ponašanjem možemo ljudima poslati poruku jesmo li sigurni u sebe, mogu li se drugi osloniti na nas i jeli nam je stalo do ljudi s kojima dolazimo u dodir (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

### TEORIJE OSNOVNIH LJUDSKIH POTREBA

**Abraham Maslow** (slika 7), najistaknutiji teoretičar humanističke psihologije, još je 1954. godine je, u danas klasičnom psihološkom djelu *Motivacija i ličnost* opisao **hijerarhiju potreba**, za koje je smatrao da su urođene svakom čovjeku i da upravljaju njegovim ponašanjem. Često se one prikazuju kao **piramida** kojoj temelj čine fiziološke potrebe, nakon kojih slijede potrebe za sigurnošću, potrebe za pripadanjem i ljubavlju, potrebe za poštovanjem te, na samom vrhu, potreba za

samoaktualizacijom (Krešić, 2013). Piramida dobro opisuje odnose među potrebama (slika 8). Naime, Maslow govori kako se više potrebe ne pojavljuju dok nisu zadovoljene potrebe nižeg reda. Tako osoba koja je gladna neće čeznuti za ljubavlju ili se zamarati poštovanjem drugih. Takav zaključak prati i logiku evolucijske psihologije – za preživljavanje je najbitnije zadovoljavati osnovne biološke potrebe (kao i one za sigurnošću), a zadovoljavanje potreba koje nisu bitne za preživljavanje, dolazi tek kasnije (Krešić, 2013).



Slika 7. Abraham Maslow  
(1908.-1970.)



Slika 8. Piramida potreba po Maslowu

Izvori za slike 1 i 2:

[https://en.wikipedia.org/wiki/Abraham\\_Maslow](https://en.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow)

<http://www.istrazime.com/psihologija-licnosti/samoaktualizacija-ideal-psiholoskog-razvoja/>

**Virginia Henderson**, autorica *Osnovnih principa sestrinske skrbi*, smatra da je **osnova sestrinskog rada međusobni odnos medicinske sestre i pacijenta** koji se mora temeljiti na određenim postulatima (slika 9 i slika 10).

**Specifične aktivnosti medicinske sestre** usmjerene su na zadovoljavanje **četrnaest osnovnih ljudskih** potreba: disanje, unos hrane i tekućine, eliminaciju otpadnih tvari, kretanje i zauzimanje odgovarajućih položaja tijela, odmor i spavanje, odijevanje, održavanje normalne temperature tijela, održavanje osobne higijene, izbjegavanje štetnih utjecaja okoline, komunikacija s drugim ljudima, vjerske potrebe, obavljanje svrsishodnog rada, rekreacija, učenje, istraživanje i zadovoljavanje znatizelje (Krešić, 2013).



Slika 9. Virginia Henderson (1897.-1996.)



Slika 10. Teorija V. Henderson

Izvori za slike 3 i 4:

<http://nurseslabs.com/virginia-henderson/>

<https://www.pinterest.com/pin/223702306466245060/>

## UTVRĐIVANJE POTREBA

Već iz same definicije procesa zdravstvene njege vidljivo je da su **identifikacija potreba** i rješavanje potencijalnih problema povezanih sa **zadovoljavanjem osnovnih potreba** temelj zadovoljstvu pacijenta (Fučkar, 1992).

**Proces zdravstvene njege** znanstveno je dokazan sustav rada medicinske sestre, usmjeren na identificiranje i rješavanje potreba pojedinca, obitelji i zajednice za njegu, koje proizlaze iz njihovih reakcija na zdravstvene probleme i druge životne situacije u vezi sa zdravljem (Milutinović, 2014).

**Utvrđivanje potreba** inicijalni je korak u procesu zdravstvene njege, a pri utvrđivanju potreba služimo se različitim izvorima informacija (pacijent, obitelj, medicinska dokumentacija) i različitim pristupima (intervju, promatranje, mjerenje, analiza podataka) (Fučkar, 1992). Utvrđivanje potreba je organizirano i sustavno prikupljanje podataka o reakciji bolesnika na bolest/zdravstveni problem u formi sestrinske anamneze (Milutinović, 2014).

**Prikupljanje podataka** za sestrinsku anamnezu složen je proces kojega treba osmisliti, isplanirati i izvesti na organiziran i sistematiziran način (Milutinović, 2014).

**Sestrinska anamneza** je skup podataka o bolesniku što ih medicinska sestra prikuplja razgovorom i fizikalnim pregledom poradi postavljanja sestrinske dijagnoze i utvrđivanja potreba za njegu (Milutinović, 2014).

## PRIKUPLJANJE PODATAKA

Medicinska sestra prikuplja podatke o pacijentu iz *primarnih* i *tercijarnih* izvora koristeći se intervjuom, promatranjem, mjerenjem i analizom dokumentacije. Među prikupljenim podacima treba razlikovati *subjektivne* i *objektivne, činjenice od interpretacija te sadašnje i prošle podatke*. S obzirom

na sadržaj, prikupljeni podaci moraju omogućiti točan i cjelovit uvid u pacijentovo stanje i prepoznavanje problema (Fučkar, 1992).

**Pacijent osobno** najčešće je izvor podataka u procesu zdravstvene njege. *Promatrajući ga*, medicinska sestra dobiva uvid u njegovo tjelesno stanje, stanje svijesti i ponašanje, a intervjuom dobiva verbalne informacije o njegovoj percepciji vlastitoga zdravstvenog stanja, željama i potrebama, razini znanja o potencijalnom problemu i povratne informacije o uspješnosti provedenih intervencija (Fučkar, 1992).

## INTERVJU U PROCESU ZDRAVSTVENE NJEGE

Premda ima više definicija i opisa, **intervju** se definira kao *profesionalan s ciljem usmjeren razgovor dviju osoba koje međusobno imaju komplementarne uloge*, tj. oblik razgovora u kojem (barem) dvije osobe sudjeluju u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji kako bi ostvarili unaprijed određen cilj. To je poseban način vođenja razgovora kojim se prikupljaju informacije (Fučkar, 1992). Tijekom intervjuja pravila određuju tko pita što, o kome i kada, te moguće načine odgovaranja na pitanja.

**Cilj intervjuja** u procesu zdravstvene njege je prikupiti specifične podatke o pacijentu kako bi se prepoznalo probleme i planirala zdravstvena njega (Fučkar, 1992).

### Intervju mora:

- doprinijeti stvaranju pozitivnog odnosa između pacijenta i medicinske sestre,
- omogućiti pacijentu da dobije potrebne i željene informacije,
- pomoći medicinskoj sestri pri utvrđivanju potreba i načinu prikupljanja novih podataka (Fučkar, 1992).

Prilikom intervjuja treba voditi računa i o etičkom aspektu razgovora. Pritom treba razmotriti **tri važna pitanja** (Breakwell, 2001):

#### 1. *Kako postavljati pitanja o osjetljivim temama?*

Riječ je o **pravima i odgovornostima** voditelja intervjuja. Imate li pravo postavljati određena pitanja, čak i pitanja koja se odnose na vrlo osobna područja nečijeg života jer su ona važna za utvrđivanje problema i planiranje njege?

#### 2. *Što učiniti ako saznate za nerješivi problem?*

Tijekom vođenja intervjuja treba biti **spreman na neočekivano**. U iskušenju smo ponuditi izravan savjet ili intervenirati prema vlastitom stručnom iskustvu.

#### 3. *Kakvu povratnu informaciju dati nakon intervjuja?*

Događa se da intervjuirani bolesnici ne dobiju nikakvu povratnu informaciju. Takav je propust najčešće, posljedica loše planiranog i organiziranog intervjuja (Breakwell, 2001).

## PLANIRANJE INTERVJUA U SESTRINSKOJ PRAKSI

**Svrha intervjua** u sestrinskoj praksi je da se *u što kraćem roku prikupi što veći broj informacija*, potrebnih da se planira zdravstvena njega. Iako je pacijent dužan dati podatke potrebne za određivanje dijagnoze, treba uzeti u obzir da pacijent ne mora biti sposoban opisati svoje probleme stručnim medicinskim rječnikom, niti mora znati povezati simptome s trenutnim stanjem (Breakwell, 2001). Budući da pacijent ponekad ne može iznijeti sve podatke, bilo zbog nelagode, sumnjičavosti ili ih se ne može sjetiti, on se može pokušati pokazati u boljem svjetlu, pokušavati uvjeriti intervjuera u svoje stavove ili dodavati nevažne informacije. Međutim, medicinska sestra mora biti u mogućnosti *prepoznati i izdvojiti* uistinu bitne informacije. U protivnom, intervju postaje neučinkovit, pristran, a zaključci netočni (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Da bi se **dobro isplanirao intervju**, treba (Lučanin i Despot Lučanin, 2010):

- odrediti cilj intervjua (odabrati vrstu intervjua)
- oblik i sadržaj pitanja
- osigurati uvjete za provođenje intervjua
- motivirati sugovornika za davanje podataka.

**Sugovornik će pristati na intervju** ako razumije njegovu svrhu i smatra ga sredstvom za postizanje željenih promjena a intervjuera percipira kao sposobnu i dobronamjernu osobu. Intervjuer se treba „zadubiti“ u pacijentovu problematiku i prihvatiti ga kao osobu u cijelosti (holistički pristup) i dopustiti mu da izražava osjećaje, dok će sam proces intervjua lišiti pacijenta bilo kakvih pritisaka (Breakwell, 2001).

**Uloga intervjuera** je da (Breakwell, 2001):

- pridobije pacijenta za suradnju
- motivira sugovornika za intervju
- pojasni nejasnoće
- pazi na kvalitetu i sadržaj odgovora
- prikupi dovoljno korisnih informacija.

## VRSTE INTERVJUA

S obzirom na **strukturu**, više je vrsta intervjua.

### **a) Zatvoreni intervju s predviđenim odgovorima**

Postavljaju se unaprijed određena zatvorena pitanja, a pacijent odabire između zadanih odgovora. **Prednost** je ove vrste intervjua jednostavnija analiza podataka, mogućnost izravne usporedbe odgovora i postavljanje većeg broja pitanja, a **nedostatak** je pacijentov doživljaj intervjua kao mehaničkoga, nevažnog i neosobnog (Breakwell, 2001).



**b) Standardizirani, strukturirani intervju**

Formulacija i redoslijed pitanja su unaprijed određeni. **Prednosti** ove vrste intervjuja su u tome što ispitanici odgovaraju na ista pitanja, usporedba i analiza odgovora su jednostavnije, a utjecaj intervjuera je minimalan. **Nedostatak** je smanjena mogućnost prilagođavanja sugovornicima i okolnostima te ograničena prirodnost, kao i vrijednosti pitanja i odgovora (Breakwell, 2001).

**c) Polustrukturirani intervju**

Teme intervjuja ove vrste već su unaprijed određene, ali formuliranje i redoslijed pitanja ovise o intervjueru. Prednost je ove vrste intervjuja što ovakav intervju ostaje u obliku razgovora i prilagodljiv je situaciji, a nedostatak je što sloboda u formuliranju i redoslijedu pitanja može utjecati na različitost odgovora (Breakwell, 2001).

**d) Neformalni, nestrukturirani intervju**

Ova vrsta intervjuja slični nevezanom razgovoru u kojem do izraza dolaze interesi i intervjuera i sugovornika. Nema određenog tipa i redoslijeda pitanja; pitanja se postavljaju prirodno i u stvarnom kontekstu. Neformalni je intervju zapravo najteže obaviti. **Prednost** mu je što povećava važnost pitanja i prilagodljiv je osobi i okolnostima, a nedostatak je u težem organiziranju, usporedbi i analizi podataka (Breakwell, 2001).

S obzirom na **cilj**, razlikuje se više vrsta intervjuja.

**a) Informativni intervju**

U ovoj vrsti intervjuja, problem o kojemu se govori više zanima ispitivača, a manje sugovornika. Intervju je koncentriran na određenu temu (**cilj**), a pitanja su specifična. Ispitanik najčešće ne vidi jasnu svrhu razgovora ili nije zadovoljan postavljenim pitanjima (Breakwell, 2001).

**b) Terapijski intervju**

U ovoj vrsti važno je sve ono što bolesnik kaže o sebi. **Cilj** je omogućiti pacijentu da izrazi osjećaje, stavove, strahove i brige, ali i pružiti mu podršku i ohrabivanje. Sugovornik sam usmjerava razgovor i određuje temu, a svaki oblik razgovora s pacijentom trebao bi imati i terapijsku komponentu (Breakwell, 2001).

**c) Motivacijski intervju**

Ovo je poseban oblik intervjuja kojim se koristi u savjetovanju pacijenta. Osnovni je **cilj** potaknuti pacijenta da istraži razloge rizičnog ponašanja, pri čemu ga se ne smije izravno nagovarati na promjenu ponašanja (Breakwell, 2001).

**VRSTE PITANJA U INTERVJU**

Pitanja u intervjuu formuliramo prema **opsegu odgovora** koji se očekuje. Razlikuje se više vrsta pitanja (Breakwell, 2001):

- a) **otvorena pitanja** sugovorniku daju mogućnost da govori o onome što smatra važnim, ali se s njima teže dolazi do konkretnih podataka te su previše poticajna za pričljive osobe;

b) **zatvorena pitanja** predviđaju jasne i kratke odgovore. Pogodna su za brzo prikupljanje podataka, ali se razgovor može doimati poput ispitivanja.

Ovisno o **sadržaju pitanja** razlikuje se više vrsta intervjuja (sve prema Breakwell, 2001):

a) **sugestivna pitanja** kojima sugovornika **upućujemo na neki stav ili očekivanje** od intervjuja, što potiče izražavanje i zadržavanje sugovornika na temi, ali potiče istovremeno i izražavanje slaganja, što se može doimati prijeteće.

b) **sugestivna pitanja** korisna su za **izbjegavanje komunikacijskih smetnja** provjeravanjem razumijevanja poruke i sprječavanjem nesporazuma i pogrešnih zaključaka; nedostatak im je što mogu iznenaditi sugovornika i doimati se kao ispitivanje.

c) **višestruka pitanja** sugovornika usmjeravaju prema odgovoru, ali se mogu doimati zbunjujuće jer sugovornik ne zna na koji bi dio pitanja najprije odgovorio.

Zbog toga se u **odabiru pitanja** potrebno rukovoditi sljedećim **kriterijima** (Breakwell, 2001):

- *odabrati jednoznačna pitanja* koja imaju isti smisao za oba sudionika;
- *pitanjima se približiti cilju* izravno (konkretni podaci) i neizravno (izražavanje osjećaja).

Medicinska sestra svojim pitanjima može potaknuti pacijenta da izražava svoje želje i strahove, iznosi svoje potrebe i daje preciznije odgovore na pitanja, a da pri tome ne utječe na odgovore sudionika. Također je poželjno postavljeno pitanje popratiti *neverbalnim znakovima* kojima pokazujemo razumijevanje i zainteresiranost za sugovornika.

**Činitelji** koji utječu na **tijek intervjuja** su (Breakwell, 2001):

- okolinski
- osobine sudionika
- prikladna prostorija, adekvatno osvjetljenje, privatnost
- pacijentova motivacija.

**Komunikacijske prepreke** tijekom intervjuja mogu biti (Ewles i Simmet, prema Breakwell, 2001):

- socijalne i kulturalne razlike
- ograničene mogućnosti komunikacije pacijenta
- negativni stavovi prema zdravstvenim djelatnicima
- ograničeno razumijevanje i pamćenje
- neadekvatno obrazovanje
- opterećenost zdravstvenih djelatnika
- kontradiktorni savjeti i preporuke.

## FAZE INTERVJUA

### a) *Započinjanje intervjua*

Pri ulasku u prostoriju gdje se održava intervju treba obratiti pažnju na **dojam** koji ostavljamo svojim ulaskom (dojam povjerenja, a ne prijatnje). Treba upoznati ispitanika, a nakon toga se predstaviti sugovorniku imenom i prezimenom (po potrebi naznačiti i organizaciju), te objasniti svrhe intervjua, uz opće napomene i naglašenu *povjerljivost podataka*. Po mogućnosti treba nastojati stvoriti **pozitivnu klimu** (Breakwell, 2001).

### b) *Postavljanje pitanja*

Pitanja se postavljaju **oprezno i neformalno**. U strukturiranim intervjuima, pitanja treba postavljati upravo onako kako pišu, te slijediti logičan ili zadan redoslijed pitanja. *Nikad* ne treba završavati rečenicu umjesto ispitanika, a pitanja ne treba ostavljati bez odgovora. Tijekom razgovora važno je promatrati i neverbalno ponašanje ispitanika. Pitanjima upravljamo razgovorom, i to tako da ili smanjujemo sugovornikovu želju za razgovorom, ili ohrabrujemo sugovornika da govori. Razgovor treba ograničiti da teče onim pravcem kojim mi želimo. Ako je potrebno, sugovorniku treba dopustiti pauzu (tišinu) da promisli prije odgovora i dodatno ga poticati (ohrabrivati) na odgovor produblivanjem pitanja. Ako je potrebno treba zatražiti pojašnjenje. Za stvaranje odnosa temeljenog na povjerenju i razumijevanju ponoviti sugovornikove odgovore parafraziranjem ili sažimanjem (Breakwell, 2001).

### c) *Bilježenje odgovora*

Tijekom intervjua treba odgovore **bilježiti odmah**, uz prethodno objašnjenje sugovorniku o svrsi toga, koriste se kraticama ako je moguće, ili naknadno nakon završetka intervjua. Da bismo izbjegli rizik zaboravljanja podataka ili pogrešne interpretacije, razgovor se može i snimati (Breakwell, 2001).

### d) *Završetak intervjua*

Potrebno je **najaviti završetak intervjua** jer time dajemo mogućnost pacijentu da još nešto doda ako želi. Sugovorniku treba zahvaliti i dogovoriti sljedeći susret, ako je to potrebno. Po mogućnosti treba obavijestiti pacijenta gdje i kako nas može naći, ili kome se može obratiti ako nas nema. Odmah nakon sugovornikova odlaska, potrebno je zapisati vlastite dojmove o intervjuu i zabilježiti eventualna dodatna zapažanja (Breakwell, 2001).

## PRVI KONTAKT IZMEĐU PACIJENTA I MEDICINSKE SESTRE

**Prvo javljanje** pacijenta liječniku ujedno je i prvi kontakt s medicinskom sestrom. Za pacijenta je to ujedno i prvi susret sa zdravstvenim djelatnikom uopće. **Svaka komunikacija** sa zdravstvenim djelatnikom za njega je važan korak. Pacijent može doći svojevóljno, ili dolazi jer ga je nagovorila druga osoba. Već i sama činjenica da se ne osjeća dobro, da je zatražio pomoć, nosi određenu psihološku težinu (Paravlić, 2006). **Prvi kontakt** medicinska sestra - pacijent trebao bi biti spontan, topao, susretljiv, blag i profesionalan. Prvi razgovor trebao bi proteći bez žurbe, nervoze i gledanja na sat. Poželjno je stvoriti prijateljsku, otvorenu i podržavajuću atmosferu, u kojoj će se pacijent osjećati slobodno i sigurno (Paravlić, 2006).

Potrebno je govoriti jezikom koji pacijent **razumije**, vodeći računa o njegovu stupnju obrazovanja, a ako je potrebno upotrijebiti i stručne izraze, to se može učiniti, ali uz dodatna pojašnjenja. Jer sve što pacijent ne razumije, dodatno ga zbunjuje i plaši (Paravlić, 2006).

Ako je, zbog teškog stanja od pacijenta nemoguće dobiti odgovor, potrebno se obratiti pratnji, ali pri tome pacijent ne smije biti zanemaren. Naime, **neverbalna komunikacija** između medicinske sestre i pacijenta može signalizirati znakove koje pratnja ne prepoznaje ili ih smatra nebitnim, a važni su u procjeni pacijentova stanja i u planiranju zdravstvene njege (Paravlić, 2006).

O tome koliko je važan prvi kontakt s pacijentom, pokazuju i rezultati projekta Medicinskog fakulteta u Splitu „Rani kontakt s pacijentom“, gdje su studenti (već u prvim godinama studija) dobili mogućnost prvog ranog kontakta s pacijentom. Rezultati tog istraživanja otkrili su zadovoljstvo studenata s pacijentima na prvim godinama studija, pa pokazuju da bi „rani kontakt s pacijentom“ trebalo uvesti, barem eksperimentalno, u obvezni dio studijskog programa (Pavličević, 2013).

## ZAKLJUČAK

Jedna od važnih stvari u komunikaciji zasigurno je prvi kontakt zdravstvenog osoblja i pacijenta koji se može osjećati uplašeno, nervozno i zbunjeno. Taj prvi susret trebao bi biti topao, susretljiv, neposredan i profesionalan. Zdravstveni djelatnik stvara otvorenu i podržavajuću atmosferu za pacijenta, s tim da prvi razgovor počne spontano, neusiljeno i bez požurivanja. Poželjno je da se pacijent osjeća slobodno i sigurno te da liječnik govori jezikom koji on razumije. Takav pristup omogućuje pacijentu da se osjeća shvaćeno, a samim time ostvaruje se odnos povjerenja i stvara osjećaj sigurnosti za pacijenta.

Važno je da zdravstveni djelatnici znaju kako, iako nisu u mogućnosti birati sugovornike, tj. pacijente, *moгу izabrati način na koji će prenijeti poruku da bi ona postigla svoj cilj*, a to je olakšavanje patnje pacijentima. Zasigurno treba uložiti trud da se oblik i *sadržaj poruke prilagode primatelju*, no to je vještina koja se može naučiti. Pretpostavka da neki ljudi imaju sposobnost uspješne komunikacije, a drugi nemaju, nije točna. Brojna su istraživanja pokazala da se učinkovitija komunikacija s bolesnicima može naučiti, pa čak i uvježbati.

## 8. POTREBNA ZNANJA I VJEŠTINE MEDICINSKE SESTRE

Marija Šilje, bacc. med. techn.

### UVOD

„Ljudi imaju povjerenja da će brižna okolina zadovoljiti njihove potrebe i prioritete.“

(Department of Health)

U ovom poglavlju obuhvatit će se opis nekih od najvažnijih interpersonalnih vještina što ih medicinska sestra mora imati kako bi procijenila psihološke potrebe i pružila učinkovitu psihološku njegu. Bolestan čovjek dolaskom u bolnicu izložen je neugodnim doživljajima. Dolazi s određenom predodžbom o medicinskom osoblju, sestrama i liječnicima koji su tu da bi mu pomogli, olakšali, pružili njegu, uklonili bol, izliječili ga, utješili i razumjeli.

**Temeljne interpersonalne vještine** koje bi svaka medicinska sestra trebala imati a koje ujedno i podupiru pružanje zdravstvene njege su: komunikacijske vještine, vještine procjene, emocionalne njege, savjetovanja, pregovaranja, uvjeravanja i pružanja informacija. Vještine su prije naučene nego urođene (Mojsović i sur., 2005). Mogu se razvijati vježbom i dadu se stalno poboljšavati. Interpersonalne vještine uvijek uključuju povezanost između dvoje ili više ljudi ili skupina i njihovu međusobnu uključenost. Pokazalo se da su **interpersonalne vještine** temelj za pružanje zdravstvene njege i kako je psihološka uloga medicinske sestre da predvidi i zadovolji emocionalne potrebe, da ostvari odnos, komunicira i ohrabri ga, snažeći mu samopouzdanje i samostalnost. Da bismo shvatili bolesnike, pružili im emocionalnu njegu, ponudili savjetovanje, moramo imati dobre vještine opažanja, aktivnog slušanja, moramo biti tolerantni, pokazati poštovanje, zainteresiranost, stručnost, zadobiti povjerenje i jasno komunicirati za bolesnike razumljivim jezikom (Mojsović i sur., 2005).

### VJEŠTINE SAVJETOVANJA

„Onaj tko bi htio napraviti dobro drugima, mora to činiti u malim stvarima.“

(William Blake, 2001)

Jedna je medicinska sestra izjavila: „Sve bi medicinske sestre trebale posjedovati temeljne vještine savjetovanja kako bi im one pomogle da se povežu i komuniciraju s bolesnicima na način koji nije površan.“ Savjetovanjem se mogu postići mnoge stvari, poput pomaganja bolesnicima da razumiju i prihvate određene osjećaje kao „normalne“ posljedice njihove bolesti ili ozljede. Tu bismo mogli prije svega istaknuti vještinu slušanja i odgovaranja, čime bismo potaknuli ljude da podijele s nama svoje emocije o situaciji u kojoj se nalaze. Burnard (2005, prema Priest, 2014) **savjetovanje**

naziva procesom u kojem jedna osoba pomaže drugoj da razjasni njegovu ili njezinu životnu situaciju, i da odluči o daljem smjeru djelovanja. Drugim riječima, savjetovanje je proces, a ne jednokratna aktivnost, pa zahtijeva kombinaciju vještina, osobnih kvaliteta i postupaka. Savjetovanje ima važnost u kontekstima u kojima se ljudi moraju suočiti s velikim promjenama ili prilagodbama, kao što su životno ugrožavajuće bolesti, stanja deformiranosti, invalidnosti, gubici različitih oblika, poput gubitka partnera i budućnosti (Priest, 2014). Savjetovanje samo po sebi ne može riješiti niti jedan od tih problema, ali ono u biti ni ne uključuje rješavanje problema. **Savjetovanje** nije preuzimanje odgovornosti umjesto bolesnika ili davanje lažne sigurnosti, ali ono može pomoći osobi da uvidi, istraži svoju situaciju, osjeća je, misli u atmosferi razumijevanja što je osigurava savjetovatelj (Priest, 2014).

Trebaju li sve medicinske sestre steći i prakticirati vještine savjetovanja? O toj se temi vodi dosta rasprava. Neki smatraju da je savjetovanje u biti viša razina komunikacijskih vještina koju trebaju samo neke medicinske sestre. Drugi tvrde da je savjetovanje vještina koja olakšava učinkovitu komunikaciju, bez obzira na stupanj obrazovanja medicinske sestre, te da sve medicinske sestre trebaju imati vještine savjetovanja da bi bile dobri komunikatori jer je to primarno u radu s bolesnicima (Priest, 2014).

Korištenje vještinama savjetovanja s tjelesno bolesnim ljudima smatra se presudnim za dalekosežne pozitivne posljedice, tj. koristi koje ne mogu biti precijenjene. Nichols (1993, prema Priest, 2014) smatra da *svi kompetentni zdravstveni stručnjaci trebaju imati temeljne vještine savjetovanja*. Smatra se i da bi vježba savjetovanja bila korisna da bi se poboljšala komunikacija svih zdravstvenih djelatnika (Priest, 2014).

## ZAINTERESIRANOST/SUDJELOVANJE

Kad smo uključeni u komunikaciju s drugom osobom, naša pozornost treba biti takva da smo usmjereni izravno na nju, pa nas ni jedan od potencijalnih distraktora ne ometa (Priest, 2014). Treba voditi računa o tonu kojim govorimo, izrazu lica, položaju tijela, dodiru i drugim neverbalnim znakovima kojima se prenosi poruka o našoj ljubaznosti (Lučanin i Despot-Lučanin, 2010). Zainteresiranost i posvećivanje pažnje podrazumijeva ne samo tjelesnu nego i psihičku prisutnost. Moramo biti svjesni sami sebe jer svijest o sebi ima snažan utjecaj na komunikaciju. Takozvano „davanje podijeljene pažnje“ vrlo je teško postići.

Vježbom možemo unaprijediti naše *vještine sudjelovanja* koristeći se neverbalnom komunikacijom. Egan (2001, prema Lučanin i Despot-Lučanin, 2010) je zagovarao **SONOO** poziciju, gdje slova u akronimu označavaju:

- ravno **S**jedenje (ne znači obvezno izravno licem u lice, nego uspravno sjedenje i mogućnost jasnog predstavljanja našeg lica drugoj osobi),
- održavanje **O**tvorenog držanja (znači da ruke ili noge nisu prekrivene jer to može upućivati na poruku „Nisam zapravo zainteresiran/a za tebe i/ili zatvoren/a sam za ono što mi želiš reći“),
- **N**aginjanje naprijed (lagano, prema drugoj osobi i bez pretjerivanja, učinkovito pokazuje empatiju).
- ostvarivanje kontakta **O**čima (ova socijalna vještina mora biti na prikladnoj razini: procijenjeno je da više od 20 sekunda izravnog kontakta očima s drugom osobom može biti doživljeno kao neugodno i/ili čak ugrožavajuće).

- **Opuštenost** (nije je lako ostvariti kad se usmjeravate na sve druge elemente **SONOO** pozicije, ali s vježbom, razvijamo svoju vlastitu verziju pozicije koja je ugodna za nas i dopušta nam da se osjećamo što je moguće više opušteno u situaciji (Priest, 2014; Lučanin i Despot-Lučanin, 2010).

## AKTIVNO SLUŠANJE

**Aktivno slušanje** mora biti sa svrhom. Jedan je od najznačajnijih segmenata u verbalnoj komunikaciji s bolesnikom. Često se zanemaruje, a razlog je tomu upravo brzi napredak i razvoj tehnološki i farmakološki sofisticiranih dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti, ali i sve zahtjevnija sestrinska/zdravstvena dokumentacija. Aktivno slušanje u potpunosti obuhvaća što govornik želi reći (Grubišić-Ilić, 2015). Medicinska sestra treba znati slušati bolesnikove poruke, odgonetnuti njihova značenja i dati povratnu informaciju da je poruke razumjela. Terapijska komunikacija započinje aktivnim slušanjem i preduvjet je za empatiju i asertivnost (Grubišić-Ilić, 2015).

*Tehnike aktivnog slušanja* uključuju (Grubišić-Ilić, 2015): postavljanje potpitanja, facilitaciju, pojašnjavanje, prepoznavanje neizrečenoga, reflektiranje i sažimanje. Interes iskazujemo postavljanjem pitanja i pokazujemo da pratimo sugovornika. Facilitacija ili olakšavanje jest poticanje razgovora neverbalnim i verbalnim znakovima. Objasniti je potrebno i općenite i nejasne tvrdnje. Zatim slijedi prepoznavanje onoga neizrečenog: misli i osjećaja. Primjenjujemo reflektiranje za poruke i emocije. Parafraziranjem ponavljamo ključnu misao, ali sažetije. Na kraju razgovora bitno je sažimanje i ono je važna vještina; sažimaju se ključni podatci, zadaci, poruke i ciljevi (Grubišić-Ilić, 2015).

Pri aktivnom slušanju od iznimne je važnosti koristiti se **neverbalnim znakovima** aktivnog slušanja, pratiti sugovornika i biti svjestan svojeg neverbalnog komuniciranja. Sve to obuhvaća kontakt očima, izbjegavanje pretjeranih kretnja i gestikulacije. Mora se biti u položaju nasuprot bolesniku, licem u lice, nagnutost lagano prema naprijed, opušteno, otvorene geste i ugodno držanje tijela (Grubišić-Ilić, 2015).

U pogledu **dodatnih uputa** za aktivno slušanje, one se odnose na potrebu da se prekinu aktivnosti koje nisu ključne za slušanje i spriječi ometanja, osvijeste se vlastite zapreke i umor. Treba odlučiti da ćemo slušati i pripremiti se, dokumentacija i sve potrebno mora nam biti dostupno i bitno je da smo unaprijed pripremljeni. Slušanje treba biti empatično, bez prekidanja, moramo biti uključeni, omogućivši dovoljno vremena i prostora sugovorniku. Bitno je da na kraju provjerimo jesmo li sve razumjeli (Grubišić-Ilić, 2015; Ribardić i Vidoša, 2014).

## VJEŠTINE PREGOVARANJA

**Pregovaranje** je proces postizanja zajedničkog cilja ili razumijevanja potreba drugih, dakle onoga što je to što druga osoba želi. Ili, to je uzajamna metoda komunikacije da bi se postigao sporazum (Ribardić i Vidoša, 2014). Pregovaranje je neizbježno u radu s ljudima.

Rad medicinske sestre s drugim osobama morao bi biti uspješan, tako da smanjuje tenzije između bolesnika i zdravstvenih djelatnika i da postiže najbolje za bolesnika. Aktivno slušanje, objašnjavanje i parafraziranje prvi su preduvjeti u pregovaranju i vode do uspostave odnosa povjerenja. Izgradnja zdravih interpersonalnih odnosa pridonosi pozitivnim socijalnim interakcijama (Ribardić i Vidoša, 2014). Uspostavom odnosa povjerenja, medicinska sestra postaje bolesnikov

zagovornik i zastupnik. U procesu pridržavanja zdravstvenih preporuka i suradljivosti uzimanja terapije, pregovaranje je od ključne važnosti jer ono olakšava zajedničko donošenje odluka, rješavanje problema i sukoba. Pregovaranje unaprjeđuje zdravu komunikaciju i interpersonalne odnose (Ribardić i Vidoša, 2014).

Obilježja *procesa pregovaranja* su činjenice da taj odnos: koristi procesu praktičnog/djelotvornog donošenja odluke, utemeljen je na dokazima, usmjeren je na bolesnika, jeftin je, unaprjeđuje/održava zdravu komunikaciju i interpersonalne odnose (Ribardić i Vidoša, 2014).

## VJEŠTINE UVJERAVANJA

Ako želite da netko prihvati ideju ili ishod što se želi postići, morate imati razvijene vještine uvjeravanja. Samo **uvjeravanje** jest prihvaćanje ideje ili ishoda koji treba ostvariti (Ribardić i Vidoša, 2014).

*Svrhe procesa uvjeravanja* mogu biti različite:

- želja da se *promijene misli ili osjećaji* sugovornika u vezi s nečim,
- motiviranje sugovornika da *učini* nešto,
- želi se promijeniti njihovo mišljenje ili osjećaji u vezi s nečim i istovremeno ih motivira da nešto učine kao rezultat vašeg uvjeravanja (Ribardić i Vidoša, 2014).

Temelj uspješnog uvjeravanja je **dobro pripremljen slučaj ili ideja**, temeljena na činjenicama i iskustvu, zatim poštivanje onih od kojih nastojimo dobiti potporu. Važan preduvjet za uspješno uvjeravanje je **razumijevanje**. Potrebno razumjeti **stilove sugovornika** kako bismo prilagodili pristup (Ribardić i Vidoša, 2014).

Uvjerljiva komunikacija mora biti takva na trima razinama: **razuma/logike, emocija i autoriteta**, kako bismo uspjeli u svojoj nakani uvjeriti nekoga u nešto. Razum, logika, vjerodostojni dokazi, emocije, uporaba primjera i živih opisa sve je to čime se može služiti u uvjeravanju. Zbog čega uvjeravanje bolesnika može biti dobro, a kad može biti loše? Što ako pacijent dobrovoljno pristavši na liječenje odbio primiti propisanu terapiju? Ako medicinska sestra primjenjuje vještine nagovaranja, ugrožava li ona bolesnikovu autonomiju i odnosi se paternalistički prema njemu? Ona zna što je za njega najbolje. Etičke dvojbe su neupitne. Međutim, situacije slične opisanima prilika su da medicinska sestra napreduje, razvija i uči svoje vještine (Ribardić i Vidoša, 2014).

## EMPATIJA

**Empatija** je sposobnost uživanja (no bez proživljavanja, u smislu očuvanja smirenosti). Jedna je od najčešćih karakteristika koje opisuju kvalitetnu medicinsku sestru. **Empatija** je sposobnost da se razumije svijet iz perspektive druge osobe, dakle sposobnost da se razumiju i osjete tuđi osjećaji. Bez razvijene empatije ne bismo bili u stanju skrbiti o svojim bližnjim i davati im utjehu i osjećaj sigurnosti. Ta ključna karakteristika pomagačkog odnosa ima dvije komponente: sposobnost *percepcije osjećaja* druge osobe i *davanja smisla* toj percepciji (razumijevanje emocija) (Ribardić i Vidoša, 2014). Nije dovoljno imati shvaćanje toga kako izgleda biti bolesnik; jednako je važno da znamo kako pripočeti ovo shvaćanje bolesnicima: verbalno i neverbalno tako da se oni osjećaju shvaćeno i da im damo priliku da nas isprave ako smo stekli netočan dojam o tome kako se oni osjećaju. Kunyk i Olson (2000, prema Ribardić i Vidoša, 2014) analizirali su pojam empatije i



identificirali pet različitih načina na koje se ona može **konceptualizirati**: kao ljudska osobina, komunikacijski proces, profesionalno stanje, kao njegovanje i kao poseban odnos. Reynolds i Scott (prema Ribardić i Vidoša, 2014) definiraju empatiju na najmanje tri različita načina: kao ponašanje, kao dimenziju ličnosti ili osobnu kvalitetu i kao doživljenu emociju.

Razlika između *simpatije i empatije* nalazi se u fokusu koju onaj tko pokazuje empatiju/simpatiju daje bolesniku. *Simpatija* je zamišljanje kako bismo se mogli osjećati da smo u istoj poziciji kao i bolesnik. Ona sama po sebi nije pogrešna, ali uvijek postoji opasnost da, ako se previše uživimo u to kako bismo se mi mogli osjećati (da se bojimo zahvata, da nas boli, da se suočavamo s lošom prognozom), možda postanemo obuzeti vlastitim emocijama i stoga manje sposobni odgovoriti na bolesnikove emocije (Ribardić i Vidoša, 2014). *Empatija* u fokus stavlja bolesnika. Gledamo svijet bolesnikovim očima, kako se on osjeća u svojoj situaciji. Empatija je pokušaj da što bliže uđemo u unutarnji svijet druge osobe (Ribardić i Vidoša, 2014).

Reynolds i Scott (2000, prema Ribardić i Vidoša, 2014) navode da **empatija u sestrinstvu** može:

- omogućiti medicinskim sestrama da kreiraju klimu povjerenja i ustanove što bolesnici percipiraju da trebaju,
- omogućiti medicinskim sestrama da razumiju korijene i svrhu reakcija pacijenata na zdravstvene probleme,
- olakšati pozitivne zdravstvene ishode, kao što je smanjenje fiziološke nelagode, anksioznosti i depresije.

Kako možemo *iskazati empatiju*? Ponekad je to dostatno napraviti **neverbalno**, šutnjom, sjedenjem uz bolesnika, kontaktom očima s njim, biti s njim u tišini, koristiti se dodirima ako je prikladno. Takve naše aktivnosti govore bolesniku da smo uz njega. Ako se koristimo riječima (**verbalno**), poželjno je parafraziranje, upitni ton, slušanje i pokušavanje da se bolesniku približe stvari koje su mu važne (Ribardić i Vidoša, 2014; Priest, 2014).

## POŠTOVANJE

**Poštovanje (uvažavanje)** je pozitivna odlika ponašanja prema osobama ili pojavama (kao što su npr. nacija, vjera). Poštovanje ne treba miješati s tolerancijom jer tolerancija ne mora značiti podređenost nečijim kvalitetama, ali znači tretiranje drugih kao jednakih nama. Suprotnost poštovanju je nepoštovanje (Rijavec, 2000).

Odrednice **odnosa poštovanja** temelji su međuljudskih odnosa: ispunjavanje obećanja, napeto slušanje, suosjećajnost, govorenje istine, omogućiti drugima da se osjećaju vrijednima (Rijavec, 2000).

Ponašajte se prema bolesnicima s poštovanjem. Potreba čovjekova da ga poštuju drugi ljudi jedna je od onih koja u velikoj mjeri objašnjava ljudsko ponašanje. Maslow je uputio na postojanje **potrebe za poštovanjem**. Status, priznanja, prihvaćanje, reputacija i pažnja potrebni su nam da bismo bili zadovoljni. Bolest, pa i sama dijagnoza bolesniku stvara još izraženiju emocionalnu osjetljivost, gdje osoba ima još veću potrebu da se osjeća poštovanom i vrijednom. Bitno je da se zdravstveni djelatnici (medicinske sestre i liječnici) potrudite dati bolesniku osjećaj da su u fokusu zbivanja. Možemo očekivati pozitivan bolesnikov stav jedino kad ih poštuju (Ribardić i Vidoša, 2014). Bolesnika nikada nije pametno kritizirati (pri njegovom neprihvatljivom ponašanju). Poželjnije je

asertivnim stavom (u prikladnoj prostoriji, gdje nema drugih osoba, npr. drugih bolesnika ili zdravstvenih djelatnika) objasniti mu i upozoriti na neprimjereno ponašanje. Prije nego bilo što progovorimo, dobro je razmisliti o tome kako će se to odraziti na bolesnika (Ribardić i Vidoša, 2014).

Dobro je **pohvaliti** bolesnika, reću mu npr. „To ste napravili jako dobro!“ Ljudi uživaju u primanju pohvala, osobito ako znaju da su zaslužene. Pohvalite bolesnika za napredak u terapiji, kao što je: pridržavanje dijete, uredna posteljina i noćni ormarić, redovito uzimanje terapije, apstinencija od alkohola, redoviti dolasci na kontrole (Ribardić i Vidoša, 2014). Kada je nešto odlično obavljeno, pohvala neće biti shvaćena kao ulizivanje, nego kao iskreno mišljenje. Nije naodmet ni sjetiti se prošlih događaja, kao „Baš sam se sjetila kako ste se zadnji put pomagali gospođi koja je ležala do vas“. To će pokazati da ne zaboravljate pozitivne stvari o bolesniku. Pohvala je dar koji ne stoji ništa, no za onoga koji je prima je neprocjenjiva.

Bolesnici vole medicinske sestre koje daju pohvale, znaju njihovo ime, a to se reflektira kao sestrično samopouzdanje i samopoštovanje (Ribardić i Vidoša, 2014). Mnogi ljudi misle da je zatražiti pomoć znak slabosti, stoga oklijevaju to učiniti. No svakome treba pomoć, a pogotovo bolesnicima. Različite dijagnoze bolesti zahtijevaju upotrebu raznih pomagala kojima će se bolesnik morati služiti, za vrijeme boravka u bolnici i kod kuće, ponekad i doživotno (Ribardić i Vidoša, 2014). Upotreba glukometra, inzulinskih penkala i njega stome, sve to zahtijeva strpljivost, pomoć i bolesnikovu edukaciju koju obavlja medicinska sestra. Nemojte pitati: „*Mogu li vam pomoći?*“, jer će većina bolesnika refleksno odgovoriti: „*Ne, sve je u redu*“. Budite određeni: „*Sad imam vremena, hajdemo skupa izmjeriti šećer, promijeniti vrećicu stome ili disk?*“. Bolesnik treba osjetiti da smo nazočni zbog njega, a ne da nam „krade“ vrijeme (Ribardić i Vidoša, 2014).

## TOLERANCIJA

**Tolerancija** je prepoznata kao temeljna ljudska vrijednost kojoj teže moderna društva. Kao što je već spomenuto, tolerancija ne znači bezuvjetnu podređenost nečijim kvalitetama, ali znači tretiranje drugih kao jednakih nama samima (Rijavec, 2000). Ona vuče korijene iz grčke riječi *tolerare* što znači trpjeti, podnositi i poštivati tuđe uvjerenje i mišljenje. Pod tim pojmom danas se označava podnošenje i uvažavanje stavova, vrijednosti ili kultura koje se razlikuju od naših (Rijavec, 2000). Na taj način toleriramo duševne bolesti, frustraciju, ideje, tuđe stavove, predrasude i stereotipe, a time i druge ljude koji posjeduju karakteristike slične nama samima. Biti tolerantan od izrazite je važnosti za zdravstvene djelatnike u kontaktu s bolesnicima. Kao odgovor na pitanje na koji je način moguće osobu potaknuti na međusobno poštovanje različitosti i suradnju, često se spominju odgoj i edukacija djece, usmjeren na razvoj vještina tolerancije i stvarnog prihvaćanja tuđih mišljenja i ponašanja (Rijavec, 2000). To znači da se još u dječjoj dobi treba naučiti prihvaćati različitosti, koje treba ugraditi u vlastiti sustav vrijednosti kako bi se mogli poštovati, a ne samo podnositi druge ljude. Iz toga izlazi da je obitelj prvi učitelj tolerancije. Smatra se da smo tolerantni onoliko koliko su tolerantni naši roditelji jer se tolerancija uči najčešće po modelu. Dakle, gledajući nekog drugog tko ima razvijene obrasce ponašanja i oblike ponašanja koji se mogu smatrati tolerantnim. Roditelj/obitelj nije jedini učitelj ostale društvene strukture trebale bi se uključiti u odgoj oko tolerancije, kao što se uključuju u ostala područja. Smatra se da je prvi preduvjet za učenje tolerancije empatija (Rijavec, 2000). Empatija je kognitivna, razumska sposobnost razumijevanja tuđih osjećaja, situacija ili problema, što je jedna od najbitnijih osobina medicinske sestre.

**Sklonost toleranciji** ovisi o (Rijavec, 2000): odgoju, raspoloženju, emocijama (npr. strahu) i društvu (utjecaj okoline). Ako je neraspložena, inače tolerantna osoba, najčešće neće tolerirati

ponašanja koja je inače ne smetaju. Ako je osoba u strahu za sebe i bližnje, (npr. bol ili dijagnoza teške bolesti), smanjuje se sklonost bolesnikova toleriranja nekih stvari/osoba. Tako on najčešće pokazuje smanjenu snošljivost prema ostalim bolesnicima i njihovoj boli/bolesti, dok se brine za svoju dijagnozu i neizvjesnost ishoda bolesti. Stalno zapitkivanje i traženje usluga kod medicinskih sestara (npr. telefona, izlaska u za to nepredviđeno vrijeme) pokazatelji su smanjene tolerancije. Medicinske sestre znaju da se bolesnik najčešće redovito žali na neljubazno i nesposobno osoblje, i prijeti im otkazom (Ribardić i Vidoša, 2014).

Prihvatanje i razumijevanje različitosti temelj je za kvalitetniju komunikaciju i život cijele društvene zajednice. Osobe koje se ponašaju i razmišljaju drugačije od nas, plaše nas jer nismo u stanju predvidjeti njihove reakcije, ne znamo kako bismo se prema njima ophodili. Jedan od temelja suvremene zdravstvene njege je pristup bolesniku kao zasebnoj i jedinstvenoj individui, pa i u načelu individualizacije pristupa bolesniku uvidamo koliko je tolerancija kao osobina bitna u radu i pristupu bolesniku. Moramo biti otvoreni, a upoznavajući druge i razumijevajući drugačije vrednovanje stvarnosti, postajemo bogatiji za nova iskustva, čime i naš rad dobiva na kvaliteti. Na taj način bolje razumijemo do tada nam strana ponašanja, i bolje shvaćamo naše bolesnike i sebe (Ribardić i Vidoša, 2014).

## PRUŽANJE INFORMACIJA KAO VJEŠTINA

Bolesnici se često žale na nedostatak razgovora sa zdravstvenim osobljem. Informacije koje dobivaju o svome zdravstvenom stanju i dijagnozi često su „štur“, izrečene njima nerazumljivim jezikom ili većinom za njih (kako sebe nazivaju „običnim smrtnicima“) često nedokučive. Bolesnik ima **pravo na informaciju** o svojoj bolesti, o načinu liječenja, mogućim komplikacijama o svemu onome što se tiče njih i njihove bolesti. Pozitivni učinci adekvatnog komuniciranja zdravstvenih djelatnika s bolesnikom pozitivno se odražavaju i na samo bolesnikovo prihvatanje bolesti. Pozitivno djeluju na stupanj stresa, anksioznosti, pesimističkih iščekivanja i depresivnosti povezanih s teškim dijagnozama. Odavno je prepoznato da sam razgovor, informiranost bolesnika, zajedno s dobrom tjelesnom njegom pomaže u zadovoljenju svih bolesnikovih potreba za njegom (Priest, 2014). Načini koji bolesniku mogu pomoći u prihvatanju dijagnoze variraju ovisno o čimbenicima, kao što su npr. ličnosti bolesnika ili težina dijagnoze (Priest, 2014).

Neka *opća načela* kojim se može *pomoći bolesniku u prihvatanju dijagnoze* uključuju (Priest, 2014):

- priprema fizičke okoline (vrijeme, ugodnost, privatnost),
- identificiranje bolesnikovih vjerovanja i shvaćanja,
- otkrivanje prethodnih iskustava i očekivanja bolesnika,
- davanje specifičnih, prije nego općih informacija,
- naglašavanje onoga važnog,
- provjera prikladnosti jezika,
- pružanje podržavajućeg materijala,
- pružanje prilike za pitanja.

**Sposobnost bolesnika da prihvate dijagnozu** može biti pod utjecajem njihove cjelokupne ličnosti, emocionalnih stanja, stilova i vještina suočavanja, vjerovanja o zdravlju i bolesti, njihovih kognitivnih sposobnosti (kao što je razina inteligencije i drugo) (Priest, 2014).

## ZAKLJUČAK

Biti dobra medicinska sestra/zdravstveni djelatnik znači imati više interpersonalnih vještina poput: empatije, poštovanja, tolerancije, aktivnog slušanja i drugih. U ovom poglavlju obuhvaćene su neke od najvažnijih interpersonalnih vještina, koje medicinska sestra mora imati kako bi procijenila psihološke potrebe i pružila učinkovitu psihološku njegu. Bolestan čovjek dolaskom u bolnicu izložen je neugodnim doživljajima. Dolazi s određenom predodžbom o medicinskom osoblju, medicinskim sestrama i liječnicima, koji su tu da bi mu pomogli, olakšali, pružili njegu, uklonili bol, izliječili ga. Bolest je sama po sebi nešto novo, strašno i nepoznato, dijagnoza je strana i nerazumljiva, počesto običnom „smrtniku“ neshvatljiva. Potrebe bolesnika obuhvaćaju one osnovne: za čašom vode, za okretanjem nepokretnog, za pomoć pri ustajanju. One važnije pokazuju se na razini: poštovanja, dobivanja osmijeha medicinske sestre, ulijevanja povjerenja da su zdravstveni djelatnici uz njega. Stalno se pojavljuje potreba za trajnim educiranjem zdravstvenog osoblja, i to upravo poradi poticanja, usvajanja i učenja ovih vještina. Kompjutorizacija i orijentiranost na ispunjavanje postavljenih zadataka katkad stvara „jaz“ između bliskoga, empatijskog odnosa medicinske sestre i bolesnika.

Međutim, pokazalo se da je **posjedovanje interpersonalnih vještina** temelj za pružanje zdravstvene njege, te da je psihološka uloga medicinske sestre da predvidi i zadovolji emocionalne potrebe, da ostvari kvalitetan pozitivan odnos s bolesnikom, da komunicira s njim i ohrabri samopouzdanje i samostalnost bolesnika.

## 9. INFORMIRANJE O BOLESTI, DIJAGNOSTIČKOM POSTUPKU, TERAPIJI OVISNO O VRSTI BOLESTI, SAVJETODAVNI RAD, RAZVIJANJE VLASTITOG NAČINA SUOČAVANJA S BOLESTI

Mario Šljuka, bacc.med.tech.

### UVOD

Zdravstveni se radnici dnevno susreću sa životno ugroženim bolesnicima kojima imaju zadatak pomoći. Ono što zdravstvene radnike svakodnevno može dovoditi u dvojbe je **implementacija poštovanja ljudskih prava**. Potrebno je sagledati pravo na ta individualna ljudska prava u kontekstu života u zajednici. Naime, vrlo je bitno odrediti koja su pravila društvenog ponašanja, kada su u pitanju poštivanja ljudskih prava u kontekstu **osiguravanja jednakosti zaštite** („Zakon o zdravstvenoj zaštiti“, 2003). Upravo se nedostatna određenost prema tim čimbenicima često zloupotrebljava kao "opravdanje" za neinformiranost o sadržaju i smislu ljudskih prava upravo onih koji bi trebali biti jamstvo njihove provedbe. Nisu rijetke dvojbe zdravstvenih radnika trebaju li pacijentu/bolesniku, zbog nekih posebnih prilika, doista reći istinu o njegovu zdravstvenom stanju.

Posebice je ovo pitanje izraženo kao dvojba onih koji prihvaćaju, ali i podupiru, nasljeđe tradicionalnih odnosa, u kojima je svaki pacijent/bolesnik u podčinjenom položaju. Evidentno je da se ovdje radi o **diskriminaciji**, dakle o kršenju osnovnih ljudskih prava. Pacijenti/bolesnici prihvaćaju tu diskriminaciju, ali ne svojevrijedno, kako se nastoji prikazati, već zbog straha jer se vrlo često osjećaju „ucijenjenima“. Osjećaju se toliko ugroženima da su u stanju i štiti onoga tko im omalovažava ljudsko dostojanstvo (Rušinović-Sunara, 2004).

Zbog toga je iznimno važno govoriti o **pravu na informacije**. Napredne i moderne ljudske zajednice prihvaćaju za osnovna ljudska prava ono što je definirano i Deklaracijom o ljudskim pravima, prihvaćenoj na Skupštini UN-a 1948. a gotovo dnevno međunarodne konvencije, deklaracije pa i bilateralni međunarodni ugovori, pokušavaju implementirati odnos prema ljudskim pravima u međudržavne okvire („Deklaracija o promicanju prava pacijenata u Europi“, 1994; „Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine“ i „Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini vijeća Europe“, 1997; „Opća deklaracija o ljudskim pravima“, 1948; „Međunarodni ugovori o civilnim i političkim pravima“, „Međunarodni ugovor o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima“, 1966).

Stoga je, posebice nakon prihvaćanja Deklaracije UN-a, mnogima postajalo jasnije kako postoje posebno ugrožene skupine, onih ljudi koji ne mogu sami sebe zaštititi u borbi za osobno ljudsko dostojanstvo, te kako se u **ljudsko dostojanstvo** svih nas ubraja i zaštita takvih grupacija („Zakon o zdravstvenoj zaštiti“, 2003).

Danas je nesporno kako u takve ranjive skupine treba ubrojiti malodobnu djecu, osobe s posebnim potrebama, a u mnogim se društvima u ovu skupinu ubrajaju i žene. Zbog toga su **prava pacijenata** (ne samo bolesnika već i zdravih korisnika zdravstvene zaštite, i to zbog posebno podčinjene pozicije osobe koja ovisi o drugome u svezi s osobnim zdravljem i samim životom)

izdvojena kao zasebna, iako se ne radi o nekim zasebnim pravima, već o u mnogim zajednicama posebno diskriminiranoj skupini ljudi koji zato i zaslužuju posebnu zaštitu zajednice („Deklaracija o promicanju prava pacijenata u Europi“, 1994).

Temeljno pravo pacijenta je **pravo na informaciju** („Zakon o zdravstvenoj zaštiti“, 2003). Pravilni tretman toga prava jedino je jamstvo za mogućnost sudjelovanja u odlukama o vlastitom zdravlju i životu. Ono je nazvano **pravom na odluku**, a posebice se govori o **pravu na pristanak informiranog pacijenta** koje je neposredno vezano uz pravo na odluku („Zakon o zdravstvenoj zaštiti“, 2003). U hrvatskom jeziku ponekad se ovaj pojam označava neispravno riječima *informirani pristanak*, koristeći doslovni prijevod anglosaksonske inačice tog pojma, tj. *informed consent*. Logično i primjereno je objasniti i upozoriti kako pristanak nije subjekt i kako ne može biti informiran. Stoga bi prikladnije bilo koristiti se izrazom koji je predložila i formulirala profesorica Biserka Belicza: „pravo na pristanak informiranog/obaviještenog pacijenta“.

Temeljem brošure o pravima pacijenata koju je izdalo Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, a može se naći u svim zdravstvenom ustanovama, vidljiva je nakana „Zakona o zaštiti prava pacijenata“: dobro definirati potrebe pacijenta, kao i njegova prava u pogledu dobivanja informacije („Zakon o zaštiti prava pacijenata“, 2004). **Zakon o zaštiti prava pacijenata** (2004) donesen je 19. studenoga 2004., a stupio je na snagu 11. prosinca 2004. Njime se svakome čovjeku kao pacijentu jamči **jednako pravo na kvalitetnu i stalnu zdravstvenu zaštitu primjerenu zdravstvenome stanju**, a sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima u njegovu interesu, uz poštovanje njegovih osobnih stavova. Pri pružanju zdravstvenih usluga jamči se poštovanje ljudskoga bića, očuvanje fizičkoga i mentalnog integriteta te zaštita osobnosti.

Naime, nigdje u Zakonu nije postavljena obveza osiguravatelju pružanja zdravstvene zaštite prema kojoj bi on bio dužan u opisu radnog mjesta zdravstvenog djelatnika, ubrojiti i vrijeme koje je potrebno kako bi se pacijentu pružila obavijest sa svim potrebnim elementima nabrojenim kao neophodnim za donošenje kvalitetne/kompetentne odluke, koja neposredno utječe na život i zdravlje pojedinca („Zakon o zaštiti prava pacijenata“, 2004).

S druge strane, kad bi se osiguravatelju pružanja zdravstvene zaštite zakonski jasno propisala obveza davanja informacija, zasigurno bi došlo do potpunog kolapsa zdravstvenog sustava. Naime, pri osiguravanju informiranja, ionako nedostatan broj liječnika i medicinskih sestara u skladu sa svojim kompetencijama, svoje bi radno vrijeme u cijelosti ispunilo sa svega nekoliko pacijenata dnevno. To bi značilo ugrozu zdravlja i života onih koji ne bi došli na red (Rušinović-Sunara, 2004).

## PRAVNI I ETIČKI ASPEKTI

Druga razina problematike tijesno je povezana sa sudstvom i pravnim čimbenicima u informiranju i obaviještenom pristanku, informiranom pristanku i pojmu prava na suodlučivanje. Između pojma **obaviještenog pristanka**, **informiranog pristanka** i **pojma prava na suodlučivanje** nema bitne razlike. U pojmu *pravo na suodlučivanje* naglasak je na suradnji liječnika/medicinske sestre i pacijenta, uz obvezu pacijentove autonomije. Zajedno prolaze proces informiranja o bolesti, dijagnostičke testove i odabiru najprikladniji medicinski tretman. Konačna odluka u vezi sa zahvatom ipak je na **pacijentu**, osim kad je pacijentovo pravo na suodlučivanje ograničeno (neodgodiva medicinska intervencija, ugrožavanje zdravlja drugih). Sustav informiranja o bolesti i osnovnim procesima i postupcima povezanim s odlukom o obavješćivanju, liječenju i poduci, može se vidjeti na

primjeru bolesnika s novootkrivenom malignom bolešću, ili koji još ne znaju ili nisu prihvatili dijagnozu (Pichler, 2014).

## FORMA OBAVIJEŠTENOG PRISTANKA

„Zakon o Zaštiti prava pacijenata“ (2004) u čl. 16. st. 2. određuje da pacijent prihvaćanje pojedinoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka izražava potpisivanjem suglasnosti. U st. 3. istog članka određuje se da obrazac suglasnosti, te izjave o odbijanju pojedinoga dijagnostičkoga ili terapijskog postupka, pravilnikom propisuje ministar zdravstva, dok st. 4. određuje da: slijepa osoba, gluha osoba koja ne zna čitati, nijema osoba koja ne zna pisati i gluho-slijepa osoba prihvaća pojedini dijagnostički ili terapijski postupak izjavom u obliku javnobilježničkog akta, ili pred dva svjedoka iskazanom izjavom o imenovanju poslovno sposobne osobe koja će u njeno ime prihvaćati ili odbijati pojedini postupak (Pichler, 2014).

**Obrazac suglasnosti** propisan je „Pravilnikom o obrascu suglasnosti“ te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog ili terapijskog postupka. Pravilnik uređuje sadržaj obrasca suglasnosti kojom se prihvaća pojedini preporučeni dijagnostički ili terapijski postupak te sadržaj obrasca izjave o odbijanju pojedinog preporučenog dijagnostičkog ili terapijskog postupka u zdravstvenim ustanovama i trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te kod privatnih zdravstvenih radnika (Pichler, 2014). Pravilnik detaljno propisuje podatke koje mora sadržavati obrazac suglasnosti pacijenta kojom prihvaća preporučeni dijagnostički/terapijski postupak. Sadržaj obavijesti o preporučenom dijagnostičkom ili terapijskom postupku prilaže se suglasnosti pacijenta (Pichler, 2014). Sadržaj obavijesti utvrđuje nositelj zdravstvene djelatnosti uz prethodno pribavljeno mišljenje određenih komora i uz suglasnost Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu. „Zakon o zaštiti prava pacijenata“ u čl. 8. st. 1. određuje opseg obavijesti što ih pružatelj zdravstvene usluge mora dati pacijentu. Pacijent ima pravo biti **potpuno obaviješten** o: svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenog dijagnostičkog ili terapijskog postupka, zatim o preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje, mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata, o svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima; mogućim zamjenama za preporučene postupke; tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite, daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite; preporučenom načinu života, pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava (Pichler, 2014).

Pacijent ima pravo dobiti obavijesti na takav način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti. Pacijenti s invaliditetom imaju pravo dobiti obavijesti u njima pristupačnom obliku („Zakon o zaštiti prava pacijenata“, 2004). Samo prenošenje informacija pritom je najlakši dio posla. Ne može se prihvatiti teza o lakoći prenošenja informacija, jer su načini prenošenja informacija u uređenom sustavu zdravstvene skrbi multidisciplinarni.

Dade se pretpostaviti da se jedna informacija može prenijeti na više načina. Zbog toga se stručno i kvalitetno informiranje pa i informiranje samog pacijenta/bolesnika mora odvijati pod **određenim uvjetima i stručnim nadzorom** (Pichler, 2014). U Americi i Engleskoj posebni se **specijalizirani timovi** bave samo informacijom i načinom kako je prenijeti. Sastoje se prvenstveno od psihologa, radnih terapeuta i ostaloga potrebnog zdravstvenog osoblja (Pichler, 2014). Stručno osposobljeni zdravstveni tim za ovo područje bi trebao biti ne samo informacijski nego i savjetodavni i potporni. Metode i postupci kojima se pritom koriste, u polazištu su prilagođeni temeljem procjene tima koji je proveo psihološku analizu i donio odluku o mentalnome i socijalno-ekonomskom statusu

osobe prema kojoj treba početi djelovati (Pichler, 2014). Puno veći izazov je ocjenjivati pacijentovo/bolesnikovo razumijevanje dane informacije (npr. ovisno o njegovu trenutnom emocionalnom stanju), kao i ocjenjivati moguće utjecaje na autonomiju, tj. dobrovoljnost odlučivanja (npr. članova obitelji koji utječu na donošenje odluke). U skladu sa zahtjevom da očitovanje volje, da bi bilo valjano, mora biti učinjeno slobodno, ozbiljno, određeno i razumljivo, obaviješteni pristanak ne može se pribaviti ako pacijent nije potpuno budan, ili je pod utjecajem sedativa, kao ni neposredno prije samog zahvata, kad primi medikamente, jer oni mogu utjecati na njegovo stanje budnosti i shvaćanja (Pichler, 2014). Ističe se da bi postupak u svezi s obaviještenim pristankom trebao provoditi liječnik obiteljske medicine. Većinom se opravdava okolnošću da specijalizirani liječnici koji će provesti sam medicinski zahvat, nisu adekvatno osposobljeni za preuzimanje obveze suodlučivanja s pacijentom (Pichler, 2014).

U provedbi ovog postupka mora se obratiti pozornost na čimbenike što mogu utjecati na razumijevanje informacija: stupanj pacijentova obrazovanja, jezik kojim se on služi, autonomija u odlučivanju. Značenje obaviještenog pristanka je u sprječavanju bolesnikove obmane i prinude (Pichler, 2014).

U tom smislu, značajna je i količina informacija pružena bolesniku. Previše informacija tehničke i stručne prirode, može preopteretiti i najobrazovanijeg pacijenta/bolesnika i omesti ga u rasuđivanje, dok štute, generalizirane informacije mogu dovesti do toga da bolesnik donosi odluku bez razumijevanja. Trebalo bi postupno informirati bolesnika, od općenitijih do detaljnijih objašnjenja, ovisno o bolesnikovoj želji da se dalje informira (Pichler, 2014).

Način na koji je informacija prezentirana je od velikog utjecaja na to što će pacijent od nje zapamtiti. Treba imati na umu da se većina sudskih postupaka ne temelji na pogreškama u medicinskom tretmanu, već u osnovi ima pogrešku u komunikaciji. Učinkovito informiranje pacijenta/bolesnika o medicinskom zahvatu koji će se provesti, može biti izvršeno uz pomoć računalnog programa (Pichler, 2014). Što je više informacija interaktivno podijeljeno, više će ih pacijent/bolesnik upamtiti. To omogućuje i da se prijenos informacija prilagodi brzini i želji pacijenta/bolesnika u interaktivnom kontekstu. Razvijaju se specifični informatički testovi kojima se provjerava jesu li pacijenti razumjeli informacije (Pichler, 2014). Računalni interaktivni programi obaviještenog pristanka imaju prednost u snimanju svakog koraka u pacijentovu primanju informacija. U osnovi, ovaj je program *digitalni obrazac obaviještenog pristanka*. U ovim programima prvo se analizira pacijentova sposobnost za davanje suglasnosti na zahvat. Zatim se daju osnovne informacije o konkretnom medicinskom zahvatu. Ako se od pacijenta zahtijeva da suglasnost daje u kratkom roku, utječe se na njegovu mogućnost da razumije informaciju. Kad se pacijentu ne ostavlja dostatno vremena za davanje suglasnosti, možemo govoriti o obliku prisile (Pichler, 2014).

## PSIHOLOŠKA POMOĆ I PODRŠKA

Da bi se moglo pomoći **pacijentu naći vlastiti način suočavanja s bolešću**, važno je proučiti nekoliko uvjeta (Miškulin, 2015).

### 1) *Pacijentovi uobičajeni načini suočavanja sa stresom*

Reakcija osobe na spoznaju da je teško bolesna ne razlikuje se od reakcije na sve druge vrste emocionalne i psihičke traume. Ljudi postaju dezorijentirani, konfuzni, otupjelih emocija, distanciraju se od okoline, stvari koje su prije imale smisao postanu nevažne. Stoga je važna psihološka potpora u



suočavanju s bolešću, ponekad krucijalna za izgrađivanje konstruktivne reakcije na novonastalu situaciju (Mojsović i sur., 2005; Miškulin, 2015). Kad nestane prvotni šok, pacijent i njegova obitelj nalaze način življenja s bolešću. Pacijenti su u početku tužni ili ljuti zbog bolesti, a psihološka se potpora sastoji u traganju za jedinstvenim načinom da se baš taj pacijent nauči nositi i živjeti s bolešću. To neizostavno znači promjenu vrijednosti života, neke vrijednosti za pojedinca postaju važnije, a neke je gube (Miškulin, 2015). Medicinska sestra, uz psihologa, ima ulogu u određivanju novih ciljeva i vrijednosti, vodeći računa da su ti ciljevi realistični, smisleni i dostižni za samog pacijenta. Naime, to stvara osjećaj da barem jednim dijelom on sam uspostavlja kontrolu nad svojim životom, daje mu smisao i svrhovitost, pa čak i optimizam (Miškulin, 2015). Pacijent se potiče da razmišlja samo o sljedećem koraku, o malim pomacima, ali se posebna pažnja usmjerava na svako postignuće (Mojsović i sur., 2005). Neki se pacijenti prilagode brzo novom načinu života i okrenu se sutrašnjici, dok su drugi u nevjerici i depresiji, čak i duže vremena nakon dijagnoze. Ostaju zarobljeni neugodnim emocijama, samosažaljenjem, žaljenjem za prošlošću itd. (Miškulin, 2015). Način na koji su naučili odgovarati na stresne i problemske situacije u životu primjenjuju i u suočavanju s bolešću. Oni koji su bili „borci“, i u situaciji kad su oboljeli stvaraju dobar primjer i za ostale pacijente (Miškulin, 2015). Njihova iskustva inspiriraju, nudeći mogućnost ostalima da učine pomak u vlastitom konceptu bolesti i boljoj kvaliteti života (Miškulin, 2015).

## **2) Obiteljska podrška**

**Kvaliteta podrške** u pacijentovoj obitelji važna je za suočavanje s bolešću. U obitelji oboljelog se mijenja dinamika, pa se postavlja pitanje o prirodi odnosa pacijenta i njegovih bližnjih. Obitelj može reagirati odbijanjem, sramom, ravnodušnošću, negiranjem i drugim emocijama (Miškulin, 2015). Ponekad je problem suočavanja obitelji i prilagođavanja na novonastalu situaciju ono s čim se terapeut/medicinska sestra susreću kao glavni problem. Članovi obitelji osjećaju se zaknuti, nespreni su na žrtvovanje i mogu izražavati osjećaje beznada i tuge, što im ne dozvoljavaju da se adekvatno postave u novonastaloj situaciji (Miškulin, 2015). Psihološka podrška u suočavanju s kroničnom ili teškom bolešću posebno je bitna a očituje se i grupnom psihoterapijom s bolesnicima i njihovim obiteljima. Pacijenti tako mijenjaju svoje životne planove u odnosu na obitelj, posao, društvo i prijatelje, učeći se živjeti s kroničnom bolešću i postupnim gubitkom autonomije (Miškulin, 2015). Podrška je tako važna i za članove obitelji jer im daje mjesto gdje mogu podijeliti svoje brige i strahove. Uz psihološku pomoć, pacijenti i članovi njihove obitelji uče kako biti iskreni i otvoreni jedni prema drugima, kako prepoznati pacijentove potrebe, da ne odustaju nepotrebno od zajedničkih socijalnih aktivnosti te uče kako se uključiti u odluke o tretmanu i zajedno istražiti sve informacije povezane s bolešću, učeći od drugih koji se uspješno nose s takvom situacijom, bez sažalijevanja i sebe i samog pacijenta (Miškulin, 2015).

## **3) Jasnoća u traženju pomoći**

Uspješan način pacinetova traženja pomoći i podrške, posebice od obitelji i prijatelja važan je za stvaranje dobrog osjećaja razumijevanja i voljenosti (Miškulin, 2015). Problem koji se ovdje može javiti je pacijentova ideja da mu drugi trebaju pomagati „čitanjem misli“, a svaka neadekvatna pomoć je razlog za ljutnju ili depresiju (Miškulin, 2015). Pacijent se uči **kako izraziti svoje potrebe i tražiti pomoć**, a da to bude konstruktivno i shvatljivo za okolinu. Za neke to može biti potpuno novo iskustvo jer nemaju takve uvriježene obrasce komunikacije i ne njeguju odnose suradnje (Miškulin, 2015).

#### 4) *Odnos s liječnikom i medicinskim osobljem*

**Kvalitetan odnos** s liječnikom, uključujući i drugo medicinsko osoblje, ima značajnu ulogu u psihološkom prilagođavanju na bolest (Miškulin, 2015). Povjerenje prema liječniku ili medicinskoj sestri, liječnikova pristupačnost i podrška ima i jak utjecaj na odnos samog pacijenta prema svojoj bolesti. To katkad zahtijeva interdisciplinarni rad liječnika, drugoga zdravstvenog osoblja i psihologa (Miškulin, 2015). Primjerice, u istraživanju u Ohio State University Medical Center, interdisciplinarni tim liječnika i psihologa, deset je godina pratio 227 žena oboljelih od raka dojke u grupama psihološke podrške jedanput tjedno tijekom četiri mjeseca i nakon toga jedanput mjesečno sljedećih osam mjeseci, te su im mjerili su imunitet i razinu stresa. Rezultati su pokazali da je tim ženama smanjen stres, te su im izmjereni dramatični pozitivni efekti na tjelesno zdravlje. Sve žene u programu psihološke podrške imale su jači imunitet i za 45% smanjenu šansu za povratak bolesti. Smrtnost je te grupe pala za 56% u jedanaest godina (Andersen, 2008, prema Miškulin, 2015).

## ZAKLJUČAK

“Najveća je pogreška u liječenju bolesti postojanje liječnika za tijelo i liječnika za dušu, iako se tijelo i duša ne mogu razdvojiti.”

Platon

**Informiranje ili poduka** osnova je izobrazbe bolesnika. **Liječnik-profesionalac** utječe na razvoj kognitivne (racionalne) komponente stava. **Obitelj** utječe na emocionalnu (afektivnu) reakciju, a ova referentna skupina utječe na akcijsku komponentu. Postmoderni zdravstveni odgoj ističe važnost **zdravstvene kulture** kao okružja koje utječe na formiranje zdravstvenog ponašanja pojedinca. **Sustav vrijednosti** s kojima je pojedinac okružen utječe na njegovo odlučivanje i ponašanje, a **samoučenjem** spoznaja o **osobnim zdravstvenim potrebama**. U svakodnevnoj praksi danas se koristi svim tim pristupima. Njihov izbor ovisi o osobnim karakteristikama i znanju edukatora, osobinama bolesnika, osobinama njegova socijalnog okruženja, percepciji zdravstvenog problema i mogućnostima i uvjetima rada (Barath, 1995).

**Informiranje i poduka bolesnika** ne mogu se promatrati izvan etičkog konteksta i bolesnikove autonomije. Dvostruki cilj pri davanju informacije je informiranje o zdravstvenom stanju, na temelju čega se donosi odluka (*informed consent*) koja bi trebala biti potpuna, iskrena i tajna, kao i na temelju utjecaja te odluke na zdravstveno ponašanje bolesnika i/ili članova njegove obitelji. Emocionalno i racionalno u edukaciji ima za osnovu **tri područja učenja**: kognitivno (spoznajno), afektivno (emocionalno) i psihomotorno (Barath, 1995). **Kognitivno** uči činjenice, vještinu rješavanja problema i vrednovanje, **emocionalno** odgovara na poticaj i vrednovanje, a **psihomotoričkim** se razvija preciznost, usvajanje automatizma i imitacija viđenoga. Učenje i poduka uvijek su emocionalni i racionalni. Dvije osnovne aktivnosti/karakteristike utječu na taj proces: informacija i motivacija. **Motivacija** znači psihičku pripremljenost pojedinca da informaciju prihvati. Ona ovisi o odnosu s osobom koja vodi izobrazbu i ima sposobnosti da poruku prenese na razumljiv i odgovarajući način. Za poduku i učenje bolesnika najvažniji je **interakcijsko-komunikacijski** odnos između edukatora i bolesnika. U samoj osnovi odnosa je **empatija**, kao sposobnost edukatora/zdravstvene osobe da se uživi u ulogu bolesnika, da pruži i omogući podršku bolesniku da on sam donese odluku (Barath, 1995).

## 10. OPĆI ZAKLJUČAK – PODUKA I UČENJE

Mario Šljuka, bacc.med.tech.

Što sve utječe na **proces poduke i učenja**? To su osobine edukatora/zdravstvene osobe, njegova etika i pripremljenost te poznavanje vještina komunikacije. Bolesnik u procesu poduke sudjeluje aktivno i kreativno, razvijajući sposobnost donošenja odluke uz povjerenje prema sebi i edukatoru izobrazbe. Čimbenici koji utječu su **osobine bolesnika** su njegovo predznanje o bolesti, otpor prema bolesti ili njezino prihvaćanje te potpora obitelji i socijalnog okruženja (Barath, 1995).

**Odnos i identifikacija** edukatora i educiranoga (bolesnika) značajno utječu na poduku. **Positivan transfer i kontratransfer** preduvjeti su uspješnosti prijenosa edukacijskih poruka. Naglašeno pozitivan transfer edukatora čini ga unaprijed opredijeljenim za stav bolesnika, koji nije dobrodošao (Barath, 1995).

Važno je uvidjeti razliku između **objektivne stvarnosti i subjektivnog doživljaja bolesnika**, kako bi se mogao bolesnik usmjeriti na donošenje odgovorne odluke i rješavanje osobnog problema. **Iskazivanje osobnog primjera** djelotvoran je način rada zdravstvenog djelatnika. Aktivnosti u podučavanju su **formalne** (strukturirani posebno organizirani oblici podučavanja pojedinca) i **neformalne** (vođenje razgovora ili priopćavanje) (Barath, 1995).

Nema jedinstvenog modela kako **informirati i motivirati bolesnika da se pridržava uputa**. **Savjetovanje** ne znači da isključivo kompetentne osoba daje savjete nekompetentnoj osobi (bolesniku). **Dvosmjernan odnos** osposobljavanja bolesnika bitan je za samostalno i uspješno rješavanje pojedinih problema. Može se koristiti u dogovoru o promjeni ponašanja (u prehranbenim navikama, pušenju, fizičkoj aktivnosti) i dogovoru o promjeni stavova (prema bolesti, operativnom zahvatu, socijalnoj mreži) (Barath, 1995).

**Pravila podučavanja** vode računa o **količini informacija**, koje moraju biti ograničene (do sedam informacija), koristiti se s više putova prijenosa, aktivno slušati i znati kada prestati govoriti, pitati i odrediti bolesnikove edukativne potrebe. Također je važno moći prilagoditi poduku **aktualnim potrebama bolesnika**. Naime, valja osigurati uvjete za osiguranje djelotvornosti poduke. Prihvaćanje neke poruke ovisi o njezinom sadržaju, uvjetima za poduku, te praktičnom iskustvu pojedinca koje predstavlja najviši autoritet (potrebno je koristiti se pozitivnim potkrjepljenjem) (Barath, 1995).

U **edukaciji članova obitelji** nema kvalitetne poduke bez promjene primarnoga socijalnog okruženja. Izričito je važno procijeniti prednosti i ograničenja u radu s članovima obitelji te izabrati odgovarajuću metodu. U **grupnoj edukaciji** važno je spomenuti da grupa uči brže od pojedinca, donosi više mogućih i boljih rješenja (npr. grupe za kroničnu bolest, povišen tlak, šećernu bolest, malignu bolest, astmu) i grupe za promjenu ponašanja (odvikavanje od alkohola, pušenja, gojaznih) (Sindik i Rončević, 2014; Miškulin, 2015). S obzirom na veličine grupe i zadano vrijeme, one su obično homogene (istih ili sličnih), broje do 15 članova, a trajanje rada u grupi iznosi do osam tjedana. Prijedlog programa rada nudi edukator u izobrazbi, a grupa dogovara zajednički cilj, plan rada i norme ponašanja. Rad se temelji na **kombinacijama informiranja i objašnjavanja, bihevioralnih tehnika i metakognicije (sažimanja i prepoznavanja)** (Miškulin, 2015).

Učenje bez edukatora u **samozaštitnim grupama** obavlja se u oblicima grupa solidarnosti, empatije, socijalne podrške, zaštite (partnerstvo edukatora i samozaštitne grupe), u formi klubova ili

terapijskih zajednica. Znanstvena literatura i praksa u pružanju psihološke pomoći oboljelim osobama pokazuje da je **psihološka podrška i potpora** ne samo relevantna za svakog pacijenta suočenoga s kroničnom bolešću već može biti presudna i za produljenje njegova života (Miškulin, 2015).

## LITERATURA

1. Andrilović, V., i Čudina, M. (1987). *Osnove opće i razvojne psihologije*. Zagreb: Školska knjiga.
2. Andrilović, V., Matijević, M., i sur. (1985). *Andragogija*. Zagreb: Školska knjiga.
3. Barath, A. (1995). *Kultura, odgoj i zdravlje (Zbirka nastavnih tekstova iz zdravstvenog odgoja i unapređivanja zdravlja)*. Zagreb: Visoka zdravstvena škola.
4. Bratanić, M. (1990). *Mikropedagogija: interakcijsko-komunikacijski aspekt odgoja (Priručnik za studente i nastavnike)*. Zagreb: Školska knjiga.
5. Breakwell, G.M. (2001). *Vještine vođenja intervjua*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
6. Ćurin, J. (2010). Specifičnosti poučavanja osoba treće životne dobi: podsjetnik za nastavnike. *Andragoški glasnik*, 14(1), 73-78.
7. *Deklaracija o promicanju prava pacijenata u Europi* (1994). Amsterdam: WHO, European membership.
8. Despot Lučanin, J. (1993). *Uvod u razvojnu psihologiju*. Zagreb: Medicinski fakultet u Zagrebu.
9. Despot Lučanin, J. (1997). *Longitudinalna studija povezanosti psiholoških, socijalnih i funkcionalnih čimbenika u procesu starenja*. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
10. Đorđević, V., Braš, M., i Brajković, L. (2013). *Osnove palijativne medicine*. Zagreb: Medicinska naknada.
11. Ekman, P. (2007). *Emotions Revealed, Second Edition: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. New York: Owl Books.
12. Fučkar, G. (1992). *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: Veleučilište u Splitu.
13. Giesecke, H. (1993). *Uvod u pedagogiju*. Zagreb: Educa.
14. Grgin, T. (1996). *Edukacijska Psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
15. Grubišić-Ilić, M. (2015). *Aktivno slušanje*. Skinuto 25.05.2015 s <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/6793/Aktivno-slusanje-12.html>
16. Havelka, M. (ur.) (2002). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
17. Heit, E. (1997). Knowledge and concept learning. U: K. Lamberts i D. Shanks (Ur.), *Knowledge, concepts, and categories* (str. 7-41). Hove, England: Psychology Press.
18. Heit, E. i Bott, L. (2000). Knowledge selection in category learning. U: D.L. Medin (Ur.), *The psychology of learning and motivation* (str. 163-199). San Diego: Academic Press.
19. Heit, E., Briggs, J. i Bott, L. (2004). Modeling the effects of prior knowledge on learning incongruent features of category members. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 30, 1065-1081.

20. Hitrec, G. (1991). *Kako pripremiti dijete za školu*. Zagreb: Školska knjiga.
21. Jarvis, P. (2009). *Learning to be a person in society*. London and New York: Routledge.
22. *Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini vijeća Europe* (1997). Skinuto 4.7.2015. s: <http://zakon.poslovna.hr/public/Konvencija-o-zastiti-ljudskih-prava-i-dostojanstva-ljudskog-bica-u-pogledu-primjene-biologije-i-medicine-u-vezi-presadivanja-organa-i-tkiva-ljudskog-porijekla/243337/zakoni.aspx>
23. Krešić, V. (2013). Komunikacija u sestrinstvu - međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. *Sestrinski glasnik*, 18, 41-43.
24. Levandovski, D., Teodorović, B., i Pintarić, Lj. (1992). Spremnost za učenje djece s lakom mentalnom retardacijom. *Defektologija*, 28(1-2), 9-29.
25. Lin, E.L. i Murphy, G.L. (1997). The effects of background knowledge on object categorization and part detection. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 23, 1153-1169.
26. Lučanin, D., Despot Lučanin, J. (2010). *Komunikacijske vještine u zdravstvu*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
27. *Međunarodni ugovori o civilnim i političkim pravima, Međunarodni ugovor o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima* (1966). Skinuto 04.07.2015. s: [http://www.mvep.hr/hr/vanjska-politika/multilateralni-odnosi/ujedinjeni-narodi-\(un\)/ljudska-prava-u-rh/](http://www.mvep.hr/hr/vanjska-politika/multilateralni-odnosi/ujedinjeni-narodi-(un)/ljudska-prava-u-rh/)
28. Milutinović, D. (2014). *Proces zdravstvene njege I (nastavni tekstovi)*. Bratislava. Slovačka: Visoka škola za zdravstvo i socijalni rad Sv. Elizabete.
29. Miljković, D., Rijavec, M. (2001). *Razgovori sa zrcalom – psihologija samopouzdanja*. Zagreb: IEP.
30. Miškulin, I. (2015). *Psihološka pomoć u suočavanju s teškom bolešću*. Skinuto 4.7.2015. s: <http://www.capta.hr/files/Inka%20Mi%C5%A1kulin%20%20Psiholo%C5%A1ka%20pomo%C4%87%20u%20suo%C4%8Davanju%20s%20te%C5%A1kom%20bole%C5%A1%C4%87u.pdf>
31. Mojsović, Z. i sur. (2005). *Sestrinstvo u zajednici*. Zagreb: Visoka zdravstvena škola.
32. Murphy, G.L. (2002). *The big book of concepts*. Cambridge, MA: Mit Press.
33. Murphy, G.L. (1993a). A rational theory of concepts. U: G.V. Nakamura, R.M. Taraban i D.L. Medin (Ur.), *The psychology of learning and motivation: Categorization by humans and machines* (str. 327-359). New York: Academic Press.
34. Murphy, G.L. (1993b). Theories and concept formation. U: I. Van Mechelen, J. Hampton, R. Michalski i P. Theuns (Ur.), *Categories and concepts: Theoretical views and inductive data analysis* (str. 173-200). New York: Academic Press.
35. Murphy, G.L. i Medin, D.L. (1985). The role of theories in conceptual coherence. *Psychological Review*, 92, 289-316.
36. *Opća deklaracija o ljudskim pravima* (1948). Skinuto 04.07.2015. s: <http://www.udrugasuncokret.hr/ljudska-prava/opca>

37. Paravličić, F. (2006). *Riječ kao lijek. Priručnik za medicinske sestre i tehničare*. Sarajevo: SaVart.
38. Pastuović, N. (1999). *Edukologija: integrativna znanost o sustavu cjeloživotnog obrazovanja i odgoja*. Zagreb: Znamen.
39. Pavličević, I. (2013). Rani kontakt s pacijentom-splitski model. *Acta Medica Croatica*, 67, 19-24.
40. Pichler, D. (2014). Obaviješteni pristanak u obrascima suglasnosti kojima se prihvaća preporučeni dijagnostički odnosno terapijski postupak kliničkog bolničkog centra Osijek i njihova usklađenost s propisima i međunarodnom praksom. *Pravni vjesnik*, 30(1), 89-114.
41. Priest, H. (2014). *Uvod u psihološku njegu u sestринstvu i drugim zdravstvenim strukama*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
42. Rehder, B. (2003). A causal-model theory of conceptual representation and categorization. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 29(6), 1141-1159.
43. Ribardić, S., i Vidoša, A. (2014). *Zdravstvena njega u zaštiti mentalnog zdravlja*. Zagreb: Medicinska naklada.
44. Rijavec, M. (2000). *Čuda se ipak događaju*. Zagreb: IEP.
45. Rušinović-Sunara, Đ. (2004). *Prijedlog nacrtā Zakona o pravima, obvezama i odgovornostima pacijenata*. Skinuto 04.07.2015. s: [www.pravapacijenata.hr](http://www.pravapacijenata.hr)
46. Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8V2 years. *JAMA*, 233, 872-877.
47. Schaie, K.W., i Willis, S.L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
48. Schank, R., Collins, G., i Hunter, L. (1986). Transcending inductive category formation in learning. *Behavioral and Brain Sciences*, 9, 639-686.
49. Sindik, J., i Rončević, T. (2014). *Metode zdravstvenog odgoja i promocije zdravlja*. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku.
50. Štrkljar-Ivezić, S. (2011). *Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj*. Zagreb: Medicinska naklada.
51. Vizek Vidović, V., Rijavec, M., Vlahović-Štetić, V., i Miljković, D. (2003). *Psihologija obrazovanja*. Zagreb: IEP.
52. Zakon o zaštiti prava pacijenata (2004). *Narodne novine*, 169/04.
53. Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (2003). *Narodne novine*, 121/03.
54. Zarevski, P. (2002). *Psihologija pamćenja i učenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
55. Žauhar V. (2014). Teorijski i metodološki pristupi kategorijalnom učenju. *Psihologijske teme*, 23(3), 435-459.

## POPIS TABLICA I SLIKA

	Stranica
Tablica 1. Razvoj, razvojni i zdravstveni zadaci	33
Slika 1. Vrste učenja	9
Slika 2. Demografske karakteristike ispitanika: spol	12
Slika 3. Demografske karakteristike ispitanika: dob	12
Slika 4. Prisutnost umora kod ispitanika	13
Slika 5. Znakovi umora kod ispitanika	13
Slika 6. Samoprocjena utjecaja umora na učenje	13
Slika 7. Abraham Maslow	39
Slika 8: Piramida potreba po Maslowu	39
Slika 3: Virginia Henderson (1897.-1996.)	40
Slika 4: Teorija Virginie Henderson	40



## RJEČNIK BITNIH POJMOVA

Pojam	Stranice
Aktivnosti poučavanja	2
Atribucije i lokus kontrole	34
Davanje uputa	3-5
Elementi sustava poučavanja	2-3
Emocije, emocionalna spremnost i učenje	20-21
Empatija, simpatija	50-52, 60
Faze intervjua	45-46
Fiziološki čimbenici i učenje (spol, dob, umor, bolest)	11-14
Forma obaviještenog pristanka, obrazac suglasnosti	58-59
Hijerarhija ljudskih potreba	38-39
Intervju u procesu zdravstvene njege (cilj, svrha, uloga intervjuera)	41-45
Izravno poučavanje	1
Klasično uvjetovanje	9-10
Kognitivno učenje	10-11, 15-19
Komunikacijske prepreke	44
Metode kognitivnog učenja (korak po korak“, letimično učenje...)	17-18
Mišljenje	6-7, 15-19
Motivacija (intrinzična, ekstrinzična) i učenje	25-26
Opća načela savjetodavnog razgovora	4-5
Operantno (instrumentalno) uvjetovanje	10
Osnova sestrinskog rada	39-40
Osnovni ciljevi savjetovanja	4
Osobine medicinske sestre koja poučava	4-5
Pamćenje, vrste i metode pamćenja	11-13, 18-20
Podučavanje bolesnika	1-5
Pojam o sebi, samopouzdanje i učenje	21-25
Pokazatelji djelotvornog poučavanja	3-4
Poštovanje	51-52
Poučavanje	1-3, 7
Poučavanje pojedinog bolesnika	2
Poučavanje vođenim otkrivanjem i razgovorom	2
Pravo na informacije, prava pacijenta	36-37
Pravo na odluku, pravo na pristanak informiranog pacijenta	56-57
Predznanje i učenje	26-28

Prikupljanje podataka	40-41, 44
Problemi „neslušanja“	3
Proces zdravstvene njege (utvrđivanje potreba, prikupljanje podataka, sestrinska anamneza)	40-44
Procjena pacijentove sposobnosti i spremnosti da uči	1-7, 25-30
Pružanje informacija, pravo na informaciju	53-54, 56
Prvi dojam	36
Prvi kontakt medicinska sestra – pacijent	45-46
Psihološki čimbenici učenja	25-29
Razgovor o dijagnozi	36-37
Razlozi nepridržavanja uputa	5-6
Reakcija pacijenta na dijagnozu	30-35
Salutogeneza	33
Samopoštovanje i učenje	22-23
Savjetovanje	3-4, 47-48, 61
Savjetovanje i vještine savjetovanja medicinske sestre	47-54
Sestrinska skrb	7, 36
Skriveno učenje i učenje uvidom	16
Slika o sebi i učenje	22-23
Sposobnost bolesnika da prihvate dijagnozu	54
Spremnost na učenje	11-14
Spremnost za učenje, čimbenici koji određuju spremnost za učenje	8-29
Tehnika pokazivanja i modeliranja	1
Temeljne interpersonalne vještine medicinske sestre	47-54
Tip A ponašanja	35
Tip B ponašanja	35
Tolerancija	52-53
Učenje	1-29
Ukupno iskustvo osobe i učenje	28-29
Uvjeti uspješnog pacijentovog suočavanja s bolešću	20, 30-35, 58-60
Vještine aktivnog slušanja, aktivno slušanje	49-50
Vještine pregovaranja	49-50
Vještine sudjelovanja (SONOO pozicija)	48-49
Vještine uvjeravanja	50-51
Vođeno uvježbavanje i praćenje izvedbe	1
Vrste intervjua	42-43
Vrste pitanja u intervjuu	43-44
Zaboravljanje	17, 19