

# Značajke konzultacije u obiteljskoj medicini

---

Grgić, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:307256>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-18**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET**

**Ivana Grgić**

**Značajke konzultacije u obiteljskoj medicini**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2015.**

Ovaj diplomski rad izrađen je u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, pri Katedri za obiteljsku medicinu, a pod vodstvom doc.dr.sc. Goranke Petriček, specijaliste obiteljske medicine i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014/2015.

## Sadržaj

<b>SAŽETAK</b> .....	3
<b>SUMMARY</b> .....	4
<b>UVOD</b> .....	1
<b>KOMUNIKACIJA</b> .....	2
<b>Prednosti dobre komunikacije</b> .....	2
<b>Učinci loše komunikacije</b> .....	2
<b>Prepreke na putu do dobre komunikacije</b> .....	3
<b>VERBALNA I NEVERBALNA KOMUNIKACIJA</b> .....	5
<b>ODNOS IZMEĐU LIJEČNIKA I BOLESNIKA</b> .....	6
<b>KOMUNIKACIJA KAO LIJEK</b> .....	9
<b>KONZULTACIJA (MEDICINSKI INTERVJU)</b> .....	11
<b>MODELI KONZULTACIJE</b> .....	14
<b>Maslow: hijerarhija ljudskih potreba (1954.)</b> .....	15
<b>Balint: the doctor, his patient, and the illness (1957)</b> .....	16
<b>McWhinneyev Disease-Illness model (1984)</b> .....	17
<b>Model zdravstvenih uvjerenja (Health Belief Model)</b> .....	17
<b>Byrneov i Longov model (1976)</b> .....	17
<b>Pendeltonov model (1984, 2003)</b> .....	18
<b>Calgary-Cambridge model (1996)</b> .....	19
<b>DRUGA PITANJA I NOVI UTJECAJI</b> .....	24
<b>Empatija</b> .....	24
<b>Oснаživanje pacijenta</b> .....	24
<b>Medicina temeljena na dokazima (Evidence-based medicine, EBM)</b> .....	26
<b>ZAKLJUČAK</b> .....	26
<b>LITERATURA</b> .....	28

## SAŽETAK

### Značajke konzultacije u obiteljskoj medicini

Ivana Grgić

Velik broj članaka, knjiga i drugih stručnih tekstova iz područja konzultacije i komunikacije u medicini upućuje na njihovu važnost u svakodnevnoj medicinskoj praksi. „Teorija i praksa medicine je uvijek pod utjecajem dominantne teorije znanja i društvenih vrijednosti. Medicina je uvijek dijete svog vremena“ (Stewart et al, 2003).

Suvremeni način pružanja zdravstvene skrbi ima naglasak na prihvaćanju holističkog pristupa. Priznavanje važnosti ove široke perspektive u skrbi za pacijente dovelo je do razvoja pacijentu usmjerene skrbi. Ovaj pristup potiče na poboljšavanje kvalitete skrbi i kroz analizu konzultacije.

Medicinsko obrazovanje pruža znanstvenu podlogu i kliničke vještine potrebne za budući rad, no jednako je važna sposobnost dobre komunikacije. Uspješna konzultacija je kombinacija tehničkih znanja i vještina zajedno sa komunikacijskim vještinama koje omogućuju liječniku da razvije suradni odnos sa pacijentom. Cilj ovakvog odnosa je zajedničko rješavanje problema odnosno postizanje pozitivnih zdravstvenih ishoda. Učinkovita konzultacija je ključna u stvaranju dobrog interpersonalnog odnosa, razmjeni informacija i donošenju kvalitetnih medicinskih odluka. Stavljanje pacijenta na prvo mjesto podrazumijeva poštovanje autonomije pacijenta i njegova prava na sudjelovanje u donošenju odluka koje se tiču njegove zdravstvene skrbi.

Interakcija između liječnika i pacijenta je središnji dio zdravstvene skrbi. Liječnici obiteljske medicine u svojoj ulozi pružanja primarne zdravstvene zaštite moraju uvijek imati na umu važnost i vrijednost dobre komunikacije i stvaranja kvalitetnih odnosa sa svojim pacijentima. Komunikacija dokazano ima brojne utjecaje na ishode liječenja, potom na zadovoljstvo pacijenta primljenom skrbi, te suradljivost i osnaživanje pacijenta.

Ključne riječi: konzultacija, komunikacija, holistički pristup, obiteljska medicina

## SUMMARY

### Consultation characteristics in family medicine

Ivana Grgić

A large number of articles, books and other professional literature on the consultation and communication in medicine refers to their importance in everyday medical practice. This speaks on the importance of the subject on today's medical practise. „The theory and practice of medicine is strongly influenced in any era by the dominant theory of knowledge and by societal values. Medicine is always a child of its time“ (Stewart et al, 2003).

Contemporary method of providing health care highlights the importance of recognizing the hollistic approach. Acknowledgment of this broad perspective in caring for patients has led to the development of patient-centred approach. This approach supports quality improvement through consultation analysis.

Medical education provides a scientific background and technical clinical skills necessary for future practise, but a good communication acumen is equally as important. A successful consultation is a combination of technical knowledge and skills along with communication skills which enable a physican to develop a partner relationship with a patient. Goal of this type of relationship is managing the problem together with a patient and reaching positive health outcomes. Effective consultation is essential in creating a good interpersonal relationship, information exchange and making quality medical decisions. Putting patient first entails respect of patients' autonomy in making decisions related to their health and health care.

Interaction between doctor and patient is a central part of healthcare. Family medicine practitioners in their roles as primary health care providers must always remember the importance and value of good communication and creating quality relationships with their patients. Communication is proven to have influences on treatment outcomes, patient satisfaction with care, adherence and patient enablement.

Key words: consultation, communication, hollistic approach, family medicine

## UVOD

Obiteljska medicina je medicinska specijalnost posvećena sveobuhvatnoj zdravstvenoj skrbi obitelji i pojedinaca svih dobi, spola i bolesti ('ABFM | Definitions & Policies', n.d.). Temelji se na poznavanju pacijenta u kontekstu njegove obitelji i zajednice, te pružanju kontinuirane skrbi. Djelatnost koja ima tako širok i opsežan okvir djelovanja zahtijeva izvrsne vještine komunikacije. Kvalitetna komunikacija s pacijentom temelj je uspješnog liječenja u svakoj medicinskoj specijalnosti, a obiteljskoj medicini posebno uslijed velikog broja kompleksnih nediferenciranih problema, visoke prevalencije psihosocijalnih poremećaja i prirode odnosa između liječnika i pacijenta koji je dugotrajan (Mead & Bower, 2002).

Da bi mogao pomoći čovjeku koji pati, liječnik mora posjedovati ne samo znanstvene spoznaje i tehničke sposobnosti, nego i duboko razumijevanje ljudske prirode. Pacijent nije samo skup simptoma, oštećenih organa i promijenjenih osjećaja. On je ljudsko biće, u isto vrijeme zabrinuto i puno nade, koje traži utjehu, pomoć i povjerenje. Važnost njegovanja odnosa između liječnika i pacijenta nikad ne može biti precijenjena, jer u većini slučajeva ispravna dijagnoza, kao i učinkovito liječenje direktno ovise o kvaliteti ovog odnosa (Hellin, 2002).

Jedinstveni odnos između liječnika i pacijenta omogućuje da se dvije osobe, dotad nepoznate jedna drugoj, osjećaju dovoljno opušteno sa varijabilnim razinama intimnosti. Ovaj odnos se s vremenom može razviti tako da omogući pacijentu da iznese vrlo osobne i privatne stvari, jer vjeruje i osjeća da je u povjerljivoj, sigurnoj i konstruktivnoj okolini.

S obzirom na brojne izazovne situacije u medicinskoj profesiji, uz intuiciju, empatiju i iskustvo prijeko je potrebna i kontinuirana edukacija liječnika o komunikacijskim vještinama. Liječnik se mora znati suočavati s raznim osobnostima bolesnika, te najsloženijim medicinskim i socijalnim situacijama, a može pružiti dobru skrb samo ako razumije bolesnika u njegovom osobnom životnom kontekstu. Komunikacijski uspješni liječnici stvaraju smislene i dobre odnose s različitim strukturama ličnosti bolesnika i u različitim situacijama, uz odnos temeljen na razumijevanju i poštivanju ljudskog života i dostojanstva (Braš et al, 2011).

## KOMUNIKACIJA

Riječ komunikacija dolazi od latinskog *commūnicāre* što znači dijeliti, učiniti zajedničkim. Sama komunikacija je proces prijenosa informacija od jedne osobe k drugoj. To bi bila možda najkraća i najjednostavnija definicija iako se smatra da postoji više desetaka pa čak i stotina definicija komunikacije, ali još uvijek nema jednu koju bi prihvatila većina znanstvenika koji se bave komunikologijom (Čerepinko, 2012). Komunikacijski proces se sastoji od izmjene poruka kroz različite komunikacijske kanale od izvora do primatelja poruka. Sastavni elementi ovog procesa su izvor poruke, poruke, kanal komunikacije te primatelj poruke. Ipak, komunikacija je više od same razmjene informacija, radi se zapravo o razumijevanju osjećaja i namjera koji se nalaze iza same informacije. Ona je važan proces u svakodnevnom životu ljudi i njihovim interakcijama. Znanje i vještina kvalitetne komunikacije predujet su kvalitetnog djelovanja za mnoge profesije, uključujući i medicinska zanimanja. Dobra komunikacija između zdravstvenog djelatnika i bolesnika, ali i zdravstvenih djelatnika međusobno, temelj je uspješnog dijagnosticiranja i liječenja.

**Prednosti dobre komunikacije (Health & Council, 2004):**

Dobra komunikacija gradi povjerenje između liječnika i pacijenta, može pomoći pacijentu da otkrije informacije, povećava zadovoljstvo pacijenta, uključuje pacijenta potpunije u donošenje medicinskih odluka, pomaže pacijentu donošenje zdravijih odluka, dovodi do realističnijih očekivanja, smanjuje mogućnost pogreške. Sve ovo zajedno može ojačati komunikaciju između liječnika i pacijenta i dovesti do boljih zdravstvenih ishoda za pacijenta.

**Učinci loše komunikacije**

Loša komunikacija: smanjuje povjerenje u zdravstveni sustav, odvraća pacijenta od otkrivanja važnih informacija, izaziva značajnu zabrinutost kod pacijenta, dovodi do toga da pacijenti ne traže daljnju pomoć, dovodi do nesporazuma, dovodi do pogrešne interpretacije liječničkog savjeta, razlog je većine prigovora pacijenata. Ove poteškoće dovode do loših rezultata za pacijenta.



## Prepreke na putu do dobre komunikacije

*Čimbenici okoliša:* nedovoljno privatnosti, neudobnost (oprema u ordinaciji), položaj sudionika jedan prema drugome

*Čimbenici liječnika:* neadekvatne komunikacijske vještine, manjak samopouzdanja, nedostatak empatije, psihičko stanje (tjeskoba), tjelesno stanje (umor), smetenost drugim vanjskim ili osobnim faktorima, pritisak zbog ograničenog vremena...

*Čimbenici u bolesnika:* tjelesne poteškoće zbog bolesti ili lijekova, psihološke poteškoće (anksioznost, sram, poricanje, gnjev), neiskustvo u identificiranju i opisivanju simptoma, strah od okoliša zdravstvene ustanove, protekla iskustva s liječnikom i liječenjem, percepcija liječnika i njegove uloge, odnos prema vlastitome zdravlju, oklijevanje postavljanju pitanja i sl.

Svi ovi čimbenici mogu ometati pacijenta da pruži, ali i primi i zapamti informacije.

*Socijalna i kulturalna raznolikost:* liječnici i pacijenti mogu dolaziti iz različitih etničkih, kulturalnih i socio-ekonomskih pozadina. Da bi komunikacija bila uspješna, liječnik mora biti svjestan i osjetljiv na potrebe koje dolaze iz takvih različitih okolnosti (Health & Council, 2004).

Loša komunikacija dovodi do nesporazuma, smanjuje samopoštovanje i samopouzdanje, izaziva povlačenje, otpor ili odbacivanje, može dovesti do osjećaja bespomoćnosti, povučenosti i nedoraslosti. Ponavljanje obrazaca loše komunikacije dovodi do trajnog poremećaja nekog odnosa.

Sposobnost kvalitetnog komuniciranja je iznimno važna u svim socijalnim situacijama, od privatnih do poslovnih, a u kontekstu medicinske konzultacije njena važnost je posebno izražena. Ključne komunikacijske vještine koje mora posjedovati dobar komunikator su:

- Empatija (podrazumijeva iskreno zanimanje za drugu stranu i vrlo je bitna za stjecanje povjerenja koje je temelj svakog uspješnog odnosa)
- Aktivno slušanje (povećava vjerojatnost ispravnog razumijevanja sugovornika, omogućuje drugoj osobi da se osjeća ugodno, da ima povjerenje u onog koji sluša i da lakše izrazi ono što je doista željela reći)
- Parafraziranje, „zrcaljenje“ i sažimanje (ponavljanje i prepričavanje izgovorenog u svrhu razjašnjavanja i razumijevanja)

- Feedback (vještina davanja i primanja povratnih informacija)
- Asertivnost (vještina izražavanja vlastitih osjećaja, mišljenja, vjerovanja i potrebe - direktno, otvoreno i iskreno, a da pritom ne povrijedimo prava druge osobe)
- Šutnja (stavlja u prvi plan neverbalnu komunikaciju, koja može biti snažnija i značajnija od verbalne) ('Communication Skills', n.d.).

Komunikacijske vještine samo su dio vještina potrebnih za ostvarenje uspješnih međuljudskih odnosa. Same komunikacijske vještine nisu dovoljne za stvaranje i održavanje odnosa s pacijentom jer se taj odnos ne temelji samo na izmjeni informacija nego i na psihosocijalnoj potpori, opažanju, osjećajima povezanim sa zdravstvenim poteškoćama i sl. Liječnikove vještine komunikacije se očituju kroz:

-mogućnost dobivanja informacija od bolesnika u procesu postavljanja dijagnoze

-savjetovanje

-prenošenje uputa

-izgradnja brižnog odnosa s bolesnikom.

Cilj je osigurati što bolji rezultat liječenja, tako da i pacijent bude zadovoljan. Pacijenti koji smatraju da je komunikacija između njih i liječnika primjerena, zadovoljniji su zdravstvenom zaštitom, pridržavaju se liječnikovih uputa, ali su i angažiraniji i spremniji s liječnikom podijeliti informacije koje mogu biti važne u postavljanju dijagnoze i u uspješnom liječenju (Katić & Švab, 2013).

U posljednje vrijeme jača svijest među liječnicima, istraživačima i nastavnicima o važnosti učinkovite komunikacije između liječnika i pacijenta u cilju postizanja željenih zdravstvenih ishoda. Aspekti ove interakcije utječu na različite ishode, uključujući adherentnost na preporučeno liječenje, prisjećanje i razumijevanje medicinskog savjeta te zdravstvene ishode. Dijelom kao rezultat sve većeg broja istraživanja koji ovo potvrđuju, nastavnici počinju preuzimati aktivniju ulogu u poučavanju komunikacijskih vještina studentima medicine (Boon & Stewart, 1998).

## VERBALNA I NEVERBALNA KOMUNIKACIJA

Verbalna komunikacija je razmjena poruka simbolima, odnosno riječima. To je najrazvijeniji oblik komunikacije i svojstven je samo ljudima. Neverbalna komunikacija je komunikacija različitim, uglavnom vizualnim znakovima. Verbalnom komunikacijom se uglavnom prenose informacije, a neverbalnom stavovi i emocionalni odnos prema informacijama koje se primaju, ili odnos prema osobi s kojom se komunicira (Đorđević & Braš, 2011). Riječi se mogu birati i lakše ih je kontrolirati, dok je korištenje neverbalne komunikacije u svakodnevnim socijalnim interakcijama pretežno nesvjesno.

U usporedbi s relativno jednostavnim procesom pisane komunikacije, verbalna i neverbalna komunikacija je mnogo dinamičnija i kompleksnija sa stalnim kruženjem i izmjenom informacija između dva ili više sudionika.

Neverbalna komunikacija se ponekad pogrešno naziva govorom tijela, no ona je mnogo više. U neverbalne znakove komunikacije osim izraza lica i govora tijela, ubrajamo i korištenje glasa tj. parajezika (boja i ton glasa, brzina i tečnost govora), dodira i udaljenosti (proksemika). Obrasci ponašanja, vanjski izgled, pa čak i spol također imaju važne utjecaje na neverbalnu komunikaciju. Neverbalni znakovi komunikacije se mogu podijeliti na statične i dinamične. Statični su udaljenost tijela sudionika, međusobni položaj između osoba, stav tijela i tjelesni kontakt. Dinamični neverbalni znakovi su izraz lica, geste i kontakt očima.

Pet primarnih funkcija neverbalnog ponašanja su (Argyle, 1988):

1. Izražavanje osjećaja (osjećaje najvećim dijelom izražavamo licem, tijelom i glasom)
2. Prenosjenje interpersonalnih stavova (osnivanje i održavanje odnosa neverbalnim znakovima - ton glasa, pogled, dodir i sl.)
3. Praćenje i potpora govoru (neverbalna ponašanja prate govor u razgovoru - npr. kimanje glavom kao znak odobravanja i slaganja)
4. Prikazivanje sebe (vanjski izgled, odjeća, nakit)
5. Rituali (poput pozdravljanja, rukovanja i sl.)

Neverbalnim porukama nesvjesno više vjerujemo. Ako postoji nesklad između izgovorenih riječi i neverbalnih znakova koji ih prate, vjerujemo neverbalnom dijelu

poruke. Prepoznavanje neverbalnih dijelova poruke zahtijeva pažljivo promatranje, jer što više neverbalnog ponašanja druge osobe možemo vidjeti, to je više neverbalnih znakova dostupno našoj interpretaciji.

Pacijenti najviše pažnje posvećuju upravo neverbalnim znakovima poput izraza lica, kontakta pogledom, gesta, držanja tijela, odjeće, pa čak i uređenosti prostorije. Zadovoljstvo pacijenta je povezano s onim neverbalnim ponašanjem koje oni smatraju izrazom zainteresiranosti liječnika.

Neverbalna ponašanja koja utječu pozitivno su kimanje glavom, naginjanje naprijed tj. prema pacijentu, neprekrižene ruke i noge, simetrija ruku, izbjegavanje „zurenja“ očima u pacijenta. Negativna neverbalna ponašanja su: „zurenje“ očima u pacijenta, orijentacija tijela dalje od pacijenta, naginjanje unazad, prekrižene ruke, učestalo dodirivanje, zaokupljenost drugim stvarima (tipkanje, pisanje i slično).

Verbalna ponašanja koja pozitivno koreliraju sa zdravstvenim ishodom uključuju empatiju, ohrabrenje i potporu, objašnjenja i pojašnjenja, humor, psihosocijalni razgovor (pridavanje pažnje pacijentovim problemima, socijalnim vezama, emocijama i slično), zdravstvenu edukaciju i davanje informacija, ljubaznost i sl. Verbalna ponašanja sa negativnim ishodom su formalno ponašanje, antagonizam i pasivno odbijanje, jednosmjerno pružanje informacija, nervoza, anksioznost, naređivanje, izražavanje mišljenja tijekom fizikalnog pregleda i slično (Beck et al, 2002).

## ODNOS IZMEĐU LIJEČNIKA I BOLESNIKA

Komunikacija između liječnika i pacijenta je integralni dio kliničke prakse te se može argumentirati da je to najvažnija vještina u medicinskoj praksi na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s bolesnikom (Travaline et al, 2005). Ovo je posebno izraženo u praksi obiteljske medicine u kojoj svaki liječnik obiteljske medicine prosječno obavi između 120 000 do 160 000 konzultacija u svom četrdesetogodišnjem radnom vijeku (Putnam et al, 1995). Nadalje, vještina komunikacije je posebno važna u kontroli kroničnih bolesti, poput dijabetesa, hipertenzije i kongestivnog zatajenja srca (Greenfield et al, 1988) što predstavlja znatan dio aktivnosti liječnika obiteljske medicine.

Već od prvog susreta liječnika i pacijenta stvara se put prema razvoju dobrog ili lošeg odnosa. Svaka međusobna interakcija uključuje očekivanja s obje strane, koja ako se razlikuju ili su suprotstavljena, mogu spriječiti razvoj uspješnog odnosa i komunikacije (Đorđević & Braš, 2011).

Postoje razlike u značenju komunikacije između zdravstvenih radnika i pacijenata na razini primarne i na razini bolničke zdravstvene zaštite. U bolničkoj zaštiti vještina komunikacije ublažava intenzitet bolesti i dodatno terapijski djeluje na već postojeću organsku bolest ili hospitalizaciju. U ordinaciji obiteljskog liječnika odnos između bolesnika i liječnika je dugotrajniji pa se njegov značaj nalazi u prepoznavanju prijetećih mogućnosti razvoja bolesti, ali i u poticanju i formiranju pozitivnih ponašanja kod pacijenata (Katić & Švab, 2013).

Kad su pacijenti informirani i uključeni u donošenje odluka o svom liječenju, veće su šanse da pristanu na preporuke liječnika i provedu promjene u svom zdravstvenom ponašanju poput prestanka pušenja, tjelovježbe i promjena u dijeti (Mazur & Hickam, 1997). Takva zajednička odluka zahtijeva da je pacijent u potpunosti informiran o mogućim alternativama, te potencijalnim rizicima liječenja, ali i da vjeruje svom liječniku (Beck et al. 2002).

McBride i suradnici (McBride, 1994) su ustanovili da su pacijenti smatrali komunikaciju jednom od tri najvažnije sposobnosti koju bi liječnik trebao posjedovati, no u isto vrijeme su smatrali da komunikacijske vještine njihovog liječnika nisu zadovoljavajuće. Srećom, komunikacija je vještina te se kao takva može naučiti i poboljšati, bez obzira na prirodene i već stečene sposobnosti u tom području.

Odnos između liječnika i pacijenta je prošao kroz mnoge promjene tijekom vremena. U vremenu prije dva i više desetljeća, odnos je bio uglavnom paternalistički. To je značilo da je liječnik imao apsolutni autoritet o zdravlju svog pacijenta, a uloga pacijenta je bila samo pasivno slušanje uputa. Sve informacije koje bi liječnik pružio pacijentu bile su izabrane tako da potaknu pacijenta da pristane na liječnikov savjet. Ovo je opisano u modelu odnosa koji je postavio Parsons 1951. On je opisao zdravlje kao stanje optimalne sposobnosti pojedinca za djelotvorno izvršavanje svojih socijalnih uloga, a bolest kao stanje devijacije koje pojedinca odvraća od rada i drugih društvenih zadataka te je potencijalno štetno za društveni poredak. Uloga liječnika je da kontrolira ovu devijaciju koristeći svoja znanja i vještine stečene medicinskim obrazovanjem. Pri tome se razvija asimetričan odnos između liječnika i

pacijenta gdje liječnik ima autonomiju i autoritet postupati na način koji on smatra da je najbolji za pacijenta, liječnik djeluje kao pacijentov skrbnik i čuvar. Ovaj odnos je privremen, samo dok traje bolest. U razvoju odnosa liječnik održava distancu između sebe i bolesnika, izbjegavajući da sam proživljava bolesnikove osjećaje.

Paternalistički model se može primijeniti u akutnim bolestima, no kad je riječ o kroničnim bolestima koje se sve više susreću, model nije prikladan. Balint je opisao psihodinamski model koji zagovara puno dublju i potpuniju dijagnozu, uzimajući u obzir emocionalne, psihosocijalne i moralne okolnosti. On je opisivao ulogu liječnika kao lijeka, gdje sam liječnik svojim djelovanjem može djelovati terapijski.

Szasz and Hollender (1956) opisuju tri modela odnosa liječnik-pacijent. Model aktivnost-pasivnost je paternalistički model analogan odnosu novorođenčće-roditelj, gdje pacijent ima pasivnu ulogu, bespomoćan je, a liječnik djeluje u njegovom najboljem interesu. Ovo je primjenjivo u hitnim situacijama. Model usmjerene suradnje primjenjiv je u manje akutnim stanjima. Pacijent je svjestan što se s njime događa, može shvatiti postupak liječenja i pridržavati se uputa koje mu daje liječnik. Model se uspoređuje s odnosom roditelja i adolescenta, gdje roditelj zna što je za dijete najbolje, a zadatak djeteta je da se tih savjeta pridržava. Treći model je model uzajamnog sudjelovanja, koji se temelji na pretpostavci da u odnosu liječnika i bolesnika postoji jednakost sudionika. Ovaj model se najčešće primjenjuje u liječenju kroničnih bolesti kada liječnik i bolesnik zajedno aktivno sudjeluju u donošenju odluka o najboljim postupcima u daljnjem liječenju. Odnos je karakteriziran većim stupnjem odgovornosti pacijenta, empatijom liječnika, te se može usporediti sa odnosom prijateljstva ili partnerstva (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

U današnje vrijeme sve se više zagovara odnos liječnika i pacijenta koji podrazumijeva aktivnu, autonomnu ulogu pacijenta, gdje pacijenti imaju veći stupanj kontrole, liječnici manji stupanj dominacije, a oboje zajedno sudjeluju u dijagnozi i terapiji. Ovaj pristup koji ima pacijenta u središtu je opisan kao pokušaj liječnika da uđe u pacijentov svijet i vidi bolest njegovim očima.

## KOMUNIKACIJA KAO LIJEK

Iako sam razgovor može djelovati terapijski smanjivanjem pacijentove tjeskobe i pružanjem utjehe, puno češće komunikacija između pacijenta i liječnika utječe na zdravlje indirektnim putem. Neposredni ishodi interakcije uključuju povjerenje i razumijevanje od strane pacijenta te dogovor između pacijenta i liječnika. Ovi ishodi utječu na dugoročne ishode npr. bolja adherentnost, bolje vještine brige o sebi koji dalje utječu na zdravlje i blagostanje. Sedam načina kojima komunikacija može dovesti do boljeg zdravlja uključuju: dostupnost zdravstvenoj skrbi, veće znanje i zajednički sporazum, kvalitetnije medicinske odluke, pojačani terapijski savez, pojačana socijalna potpora, osnaživanje pacijenta, i bolje upravljanje emocijama (Street et al, 2009).

Dostupnost skrbi: liječnik može doprinijeti poboljšanoj dostupnosti tako da ne samo pruži informaciju o potrebi za nekim dijagnostičkim postupkom ili terapijom nego i informaciju o tome gdje potražiti potrebnu pomoć, olakšavajući suradnju među različitim medicinskim strukama, te zauzimajući se za svog pacijenta u slučaju potrebe.

Veće znanje pacijenta i zajednički sporazum: Pacijenti moraju razumjeti bolest, rizike i koristi različitih terapijskih opcija u skladu s njihovim mogućnostima, da bi mogli donijeti informirani pristanak o zdravstvenoj njezi. Liječnici s druge strane moraju razumjeti i uvažavati pacijentove vrijednosti, prioritete i vjerovanja o vlastitom zdravlju. Postizanje tog zajedničkog sporazuma može ponekad biti teško jer pacijenti i liječnici gledaju na zdravlje i bolest drugačijim očima.

Jačanje terapijskog saveza: Terapijski savez uključuje veze između pacijenta i mnogih zdravstvenih radnika, prijatelja, članova obitelji, kolega i sl. Ovaj savez djeluje terapijski jer kvaliteta ovih veza može utjecati na zdravlje na dva načina. Prvo, pacijentovo vjerovanje da ima dobru skrb, da neće biti napušten i da je prihvaćen može dovesti do emocionalnog blagostanja, posebno ako se treba suočiti sa teškom bolesti. Drugo, povjerenje u vlastitog liječnika i zdravstveni sustav može indirektno dovesti do boljeg kontinuiteta skrbi, zadovoljstva zdravstvenim odlukama i predanosti terapijskom planu.

*Bolje upravljanje emocijama:* Zabrinutost pacijenta zbog vlastitog zdravlja može izazvati brojne negativne osjećaje (ljutnju, strah, brigu, tugu) koji onda mogu ugroziti emocionalno blagostanje, ali i tjelesno zdravlje. Liječnik može pomoći pacijentu tako da mu pruži jasna i temeljita objašnjenja o zdravlju i terapijskim mogućnostima što će omogućiti pacijentu da dobije veći osjećaj kontrole i nade, te način da se nosi sa neizvjesnošću (Petriček et al, 2011). Osim toga, izazivanje, istraživanje i uvažavanje pacijentovih osjećaja može umanjiti anksioznost i depresiju. Komunikacija koja pojačava pacijentov osjećaj vrijednosti, samopouzdanje i nadu može donijeti značenje, motivaciju i energiju potrebnu da potraži aktivnosti u kojima će uživati te koje će dovesti do bolje kvalitete života usprkos bolesti.

*Poboljšanje obiteljske i socijalne potpore:* Socijalna potpora može utjecati na zdravlje i kvalitetu života na nekoliko načina: može poboljšati pacijentovo emocionalno blagostanje pružanjem osjećaja povezanosti sa drugima i mogućnosti da razmotri teške životne situacije, može pružiti instrumentalnu pomoć (npr. prijevoz), financijsku sigurnost, ohrabrenje, te zalaganje za dobivanjem potrebne zdravstvene pomoći. Iako se veza između liječnika i pacijenta ne smatra dijelom socijalne potpore, ona joj može doprinijeti. Komunikacija između liječnika i pacijenta je oblik potpore koja može pružiti ohrabrenje, hvalu, vraćanje samopouzdanja, zalaganje. Liječnik može razgovarati s pacijentom o načinima osnaživanja postojećih socijalnih veza ili predložiti nove izvore potpore, poput udruga za oboljele od različitih bolesti. Naravno, liječnik može potencijalno prepoznati i pomoći usprotiviti se negativnoj socijalnoj potpori (npr. poticanje na rizično ponašanje).

*Oснаživanje pacijenta:* Odnos liječnik-pacijent također može poboljšati zdravlje poticanjem pacijenta da bude aktivan i sposoban zastupnik vlastitog zdravlja. To se očituje u aktivnom sudjelovanju u konzultacijama i donošenju odluka te razvijanju vještina upravljanja svakodnevnim aktivnostima vezanima za zdravlje. Sudjelovanje pacijenta može dovesti do kvalitetnijih medicinskih odluka koje odgovaraju njegovim jedinstvenim potrebama i okolnostima. Liječnik može olakšati pacijentu sudjelovanje u donošenju odluka time što će mu pomoći da aktivno traži informacije, razjasni terapijske ciljeve i izrazi brige i osjećaje. Važnost pacijentovog sudjelovanja je dokazana u brojnim studijama. Na primjer: osjećaj kontrole nad bolesti kod pacijenata oboljelih od raka je povezan sa emocionalnim blagostanjem te boljim suočavanjem



sa bolešću i svim njenim implikacijama tijekom vremena preživljenja (Street & Voigt, 1997).

Kvalitetnije odluke: Donošenje medicinske odluke trebalo bi se sastojati iz tri faze: razmjena informacija, razmatranje i na kraju donošenje odluke. Razmjena informacija uključuje razmjenu perspektiva liječnika i pacijenta. Liječnikova perspektiva označava kliničke dokaze koji se odnose na stanje pacijenta, a pacijentova izražavanje vrijednosti, vjerovanja, prioritete i očekivanja. Razmatranje obuhvaća raspravu fokusiranu na pronalaženje dodirnih točaka, pomirenje razlika u mišljenju i vjerovanjima, te postizanje zajedničkog razumijevanja o pacijentovom zdravstvenom stanju kao i rizicima i koristima različitih terapijskih mogućnosti. Na kraju slijedi donošenje odluke. Prolaženje kroz ove faze se može jako razlikovati od jedne konzultacije do druge. Npr. neki pacijenti mogu aktivno sudjelovati u razmjeni informacija i razmatranju, ali konačnu odluku radije prepuste liječniku; drugi pak mogu biti relativno pasivni slušajući liječnikove informacije i mišljenja, ali odluku donesu sami. Donošenje kvalitetne odluke ima mnogo izazova: manjak kliničkih dokaza (za neka stanja ne postoji klinički konsenzus o najboljoj opciji terapije), pacijenti ne razumiju kliničke informacije, liječnici imaju poteškoća sa prenošenjem informacija na način razumljiv pacijentu, pacijenti i liječnici imaju različita viđenja rizika i koristi terapije itd. Prema tome, put do donošenja kvalitetnijih odluka, a time i do boljeg zdravlja zahtijeva konzultacije gdje pacijenti, ali i njihove obitelji, i liječnici predstave i razumiju perspektivu onog drugog, pronađu zajedničko tlo, pomire razlike, dosegnu konsenzus i, kad se razlike ne mogu pomiriti, dogovore prihvatljiv plan.

## KONZULTACIJA (MEDICINSKI INTERVJU)

Konzultacija je dvosmjerni susret između liječnika i pacijenta (Charlton et al, 2007). Liječnik i pacijent stalno utječu jedan na drugoga i ne mogu se promatrati odvojeno. Konzultaciju može inicirati pacijent kad je bolestan ili liječnik kad provodi preventivnu medicinu ili probir. U obiteljskoj medicini, konzultacija se ne provodi samo u okružju zdravstvene ustanove, nego nerijetko i u domu bolesnika.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji zdravlje je „stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti“. Pristupi konzultaciji bi trebali moći iskoristiti ovu široku bio-psiho-socijalnu definiciju.

Tijekom konzultacije najvažniji, a često i najteži zadatak liječnika je da ustanovi pravi razlog pacijentova dolaska - biološki, ali i psihološki i socijalni sadržaj. Biološki aspekti medicinskog problema se najlakše dobiju, jer su liječnici tradicionalno istrenirani da prikupe takve informacije, a pacijenti očekuju otkrivanje tih podataka. Psihosocijalni razlozi koji su doveli do posjeta liječniku često ostaju skriveni. Smatra se da u 50% posjeta liječniku psihosocijalni razlozi imaju značajnu ulogu, što upućuje da će liječnik uzeti nepotpunu anamnezu ako ne postavi pitanja o tim problemima. Ovo postaje jasno kad pacijent na kraju konzultacije, na izlazu iz ordinacije kaže: „Zapravo, htio sam vas pitati...“, gdje se tek otkrije pravi razlog dolaska liječniku. Štoviše, kad pacijenti nisu u mogućnosti izraziti svoje glavne brige, nezadovoljniji su i manje je vjerojatno da će slijediti liječnikov propisani terapijski plan. S druge strane, liječnik ima ograničeno vrijeme dostupno da izmami sve korisne informacije i mora postaviti pitanja o biološkim aspektima bolesti da bi ispunio svoju profesionalnu dužnost (Larsen, 1997). Pronalazak prave ravnoteže, može se pokazati kao izazov.

Zadnjih desetljeća vođenje konzultacije u obiteljskoj medicini temelji se na uključivanju bolesnika u konzultaciju, tj. bolesnik se nalazi u središtu skrbi (Petriček, 2015). Ovo je velika razlika u odnosu na tradicionalni, paternalistički pristup koji je bio usmjeren prema liječniku tj. liječnik je vodio glavnu riječ i usmjeravao je konzultaciju prema problemu dijagnosticiranja bolesti postavljanjem uglavnom zatvorenih pitanja. Ovakav pristup može biti učinkovit, i velikoj mjeri se još koristi, no u obiteljskoj medicini je često nedovoljan te mogu ostati neriješeni neki problemi pacijenta.

Koncept pacijentu usmjerene skrbi podrazumijeva holistički pristup tj. obrađuje bolesnika u kontekstu njegovih fizioloških, psiholoških i socijalnih okolnosti.

Pet dimenzija pacijentu usmjerene skrbi:

- 1) bio-psiho-socijalna perspektiva: perspektiva na bolest koja uzima u obzir socijalne i psihološke jednako kao i biomedicinske čimbenike
- 2) pacijent kao osoba: razumijevanje osobnog značenja bolesti za svakog pacijenta zasebno

- 3) podjela moći i odgovornosti: osjetljivost na pacijentove sklonosti za informacijama i zajedničkom donošenju odluka te prikladno odgovaranje na iste
- 4) terapijski savez: razvijanje zajedničkog terapijskog cilja i osnaživanje odnosa između liječnika i pacijenta
- 5) liječnik kao osoba: svjesnost utjecaja osobnih kvaliteta i subjektivnosti liječnika na praksu (Mead & Bower, 2002)

Pacijentu usmjerena skrb nije samo kvaliteta svakog pojedinog liječnika, nego zdravstvenog sustava u cijelosti. Postoje brojni čimbenici koji utječu na mogućnost provedbe kvalitetne skrbi koja ima pacijenta u središtu:

- a) čimbenici pacijenta - težina bolesti, osobnost, asertivnost, prijašnja iskustva s bolešću i liječenjem, kultura, obitelj, vrijednosti, socio-ekonomski status, očekivanja
- b) čimbenici liječnika - osobnost, podupiranje autonomije pacijenta, poznavanje pacijenta kao osobe, strah od rizika
- c) čimbenici odnosa - podudarnost rase, vjerovanja i vrijednosti, trajanje odnosa, povjerenje, očekivanja
- d) čimbenici zdravstvenog sustava - dostupnost zdravstvenoj skrbi, zdravstveno osiguranje, izbor liječnika, ljubaznost osoblja, duljina čekanja i duljina trajanja posjeta i frekvencija (Epstein et al, 2005).

U mnogim zemljama u svijetu teži se uspostavljanju konzultacija koje traju duže. Iako nema pravih dokaza da su vremenski duže konzultacije uvijek i učinkovitije, prepoznate su neke koristi od duljih konzultacija. Istraživanja pokazuju da kad su konzultacije dulje, liječnici propisuju manje lijekova, bolje slušaju svoje pacijente, prepoznaju više problema, istražuju više psihosocijalne probleme i pružaju više promocije zdravlja. Smatra se čak da dulje konzultacije unapređuju dvije glavne karakteristike obiteljske medicine, holistički pristup i usmjerenost pacijentu.

Tijekom konzultacije koja traje dulje liječnici postavljaju više pitanja, skloniji su istražiti psihosocijalne „tragove“, skloniji su adekvatno objasniti pacijentu problem i njegovo rješavanje. Pacijenti također pokazuju drugačije ponašanje u duljim konzultacijama: daju više izjava u svrhu što boljeg objašnjavanja svog problema, postavljaju više

pitanja i iznose više ideja o svom stanju. U konačnici, pacijenti izražavaju veće zadovoljstvo duljim konzultacijama (Lin et al, 2001).

Iako su navedeni važni pozitivni aspekti dulje konzultacije, dulja konzultacija sama po sebi, nije jamstvo bolje komunikacije. Ovo ovisi o još mnogo drugih čimbenika. Kad se liječnik i pacijent dugo poznaju i imaju razvijen odnos temeljen na povjerenju, trajanje konzultacije nije odlučujući faktor o njezinoj kvaliteti. Jednako tako, ne želi svaki pacijent konzultaciju koja traje dugo. Istraživanja upućuju da mlađi pacijenti, te oni s jednostavim problemom, žele kratku konzultaciju koja će dati brzo rješenje njihova problema. Na liječniku je da prepozna svoje komunikacijsko ponašanje i izabere ono koje najbolje odgovara njemu i njegovom pacijentu u svakoj konzultaciji i svakom problemu ponaosob (Deveugele et al, 2004).

## MODELI KONZULTACIJE

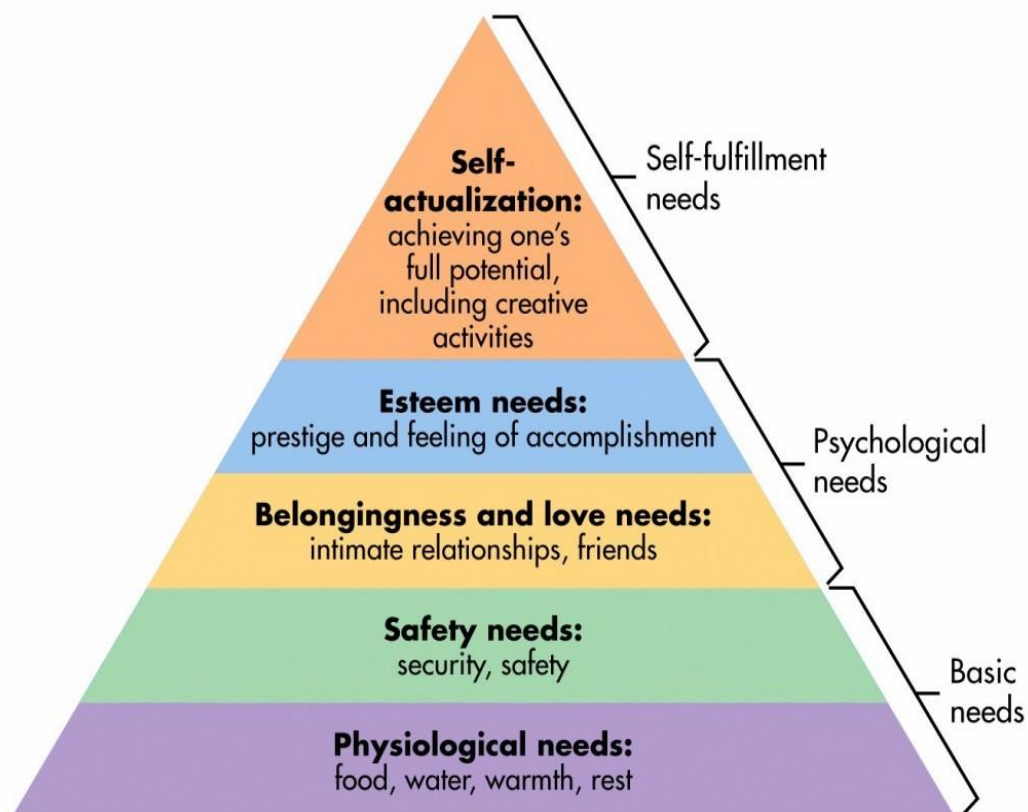
Postoji mnogo različitih modela ili pristupa konzultaciji. Svaki od modela ima svoje prednosti i mane, ovisno o tipu konzultacije, ali i o stilu vođenja konzultacije svakog pojedinog liječnika. Ne treba zaboraviti da jednako kao što je svaki pacijent jedinstven, tako i svaki liječnik ima svoje bio-psiho-socijalne okolnosti koje su svojstvene samo njemu, pa ne postoji jedan „kalup“ konzultacije koji bi odgovarao svima (Charlton et al, 2007). Za svakog liječnika je bitno razviti otvoren i fleksibilan način konzultiranja koji će odgovarati njegovoj osobnosti i koji mu neće izazivati stres i neugodnost, jer će samo tako moći učinkovito skrbiti o svojim pacijentima.

Napredovanjem medicinske znanosti i tehnologije, liječnici su se sve više oslanjali na sve njihove prednosti. No, krajem 20. stoljeća je postajalo sve jasnije da znanost i tehnologija ne mogu uvijek pružiti rješenje za sve ljudske probleme i da neupitno povjerenje pacijenata u liječnike pomalo jenjava. Promjena socijalnog okoliša i eksplozija javnog pristupa informacijama (Internet i sl.) i alterni načini rješavanja medicinskih problema označavala je potrebu za razvojem šireg pogleda na pacijente i na konzultaciju. Ključnu ulogu imao je McWhinneyev model koji je isticao važnost gledanja izvan okvira biomedicinske dijagnoze u svrhu sagledavanja pacijentove perspektive i razvijanja metode konzultacije koja u središtu ima pacijenta. Mnogi autori su intenzivno pisali o strukturi konzultacije s pacijentima. Ovi modeli imaju

raspon od onih koji imaju liječnika u središtu (Byrne i Longov model iz 1976. godine) do onih sa naglaskom na partnerstvo između liječnika i pacijenta te podjelu odgovornosti uz zajedničko donošenje odluka (Pendeltonov model 1984. godine i Calgary-Cambridge model iz 1998. godine). Postoji dakle niz modela konzultacije razvijenih kroz povijest, a ovdje će se dati prikaz nekih od njih.

### Maslow: hijerarhija ljudskih potreba (1954)

Ovaj pristup obrađuje fundamentalne razloge zašto pacijent osjeća da treba posjetiti liječnika i prepoznaje važnost holističkog pristupa; s naglaskom na osobu u cjelini, njezinu kulturu i okolinu. Svi ljudi imaju potrebe, koje su suština njihova življenja. Ove potrebe se mogu klasificirati hijerarhijom potreba koristeći koncept piramide. Na dnu piramide se nalaze osnovne potrebe (tjelesne potrebe: zrak, voda, hrana) koje moraju biti ispunjene, prije nego osoba potraži ispunjenje na sljedećoj razini.



Slika 1.

Ispunjenje potreba na višim razinama izaziva veći osjećaj sreće i individualni razvoj, no zahtijeva bolju okolinu.

## Balint: the doctor, his patient, and the illness (1957)

Balint je bio britanski psihoanalitičar koji je promijenio perspektivu konzultacije u obiteljskoj medicini. Smatrao je da sustav koji se temelji samo na biomedicinskoj dijagnozi nije adekvatan za zadatak konzultacije, te je zagovarao puno dublju i potpuniju dijagnozu, opisujući ulogu liječnika kao lijeka, te opisujući edukativnu ulogu liječnika kroz apostolsku funkciju. Balint je stavljao naglasak na emocionalni sadržaj odnosa liječnika i pacijenta.

- Istaknuo je ključnu ulogu liječnika obiteljske medicine u pokušavanju prepoznavanja još nediferencirane bolesti. Naglasio je važnost rada iz šire, bio-psiho-socijalne perspektive.
- Naglašavao je važnost aktivnog slušanja.
- Mogućnost postojanja „skrivena namjere“ kod pacijenta tj. razlog zbog kojeg je pacijent zapravo došao, možda nije prva stvar koju će spomenuti. Na liječniku je da prepozna znakove te skrivene namjere i ohrabri pacijenta da iznese svoje zabrinutosti.
- Savjetovanje i ohrabrivanje su dva najčešća oblika suportivne psihoterapije korištene u svakodnevnoj praksi obiteljskog liječnika. No, ni jedno ni drugo se ne može učiniti dok ne saznamo koji je pacijentov stvarni problem.
- Apostolska funkcija liječnika: osobnost liječnika u interakciji s medicinskom izobrazbom stvara jedinstven način bavljenja pacijentima. Liječnici obično ne preispituju vlastito ponašanje, pa se razvije ustaljen stil. Liječnici tako imaju vlastita (često nerealistična) očekivanja o tome kako bi se pacijenti trebali ponašati kad su bolesni, kako u interakciji s liječnikom i kako u suradnji tijekom liječenja (npr. „Trebate prestati piti. Ja nikad ne pijem.“).
- Iskazao je ideju liječnika kao lijeka („*doctor as a drug*“).

Ovaj model je razvijen prije razvoja razdoblja koje stavlja naglasak na autonomiju bolesnika, pa je ipak u većoj mjeri orijentiran na liječnika nego na pacijenta. No, za studente koji tek počinju ostvarivati konzultacije, koje su na početku često vrlo orijentirane na liječnika, ovaj pristup može biti koristan jer ima primjenu u svim interakcijama liječnika i pacijenta, obzirom da su emocionalne, psihosocijalne i moralne teme prisutne u svim kliničkim situacijama.

## McWhinneyev Disease-Illness model (1984)

Liječnik vodi konzultaciju s namjerom obrade bolesnika i patološkog zbivanja iz svoje perspektive. Konzultaciju usmjerava na dobivanje informacija o simptomima, znacima i pretragama te tako oblikuje diferencijalne dijagnoze. U isto vrijeme uvodi i bolesnikovu perspektivu tako da bolesnik govori o svojim predodžbama koje se tiču zdravlja, brigama, očekivanjima, osjećajima, stavovima. Na kraju su objašnjavanje i planiranje usmjereni tome da ih bolesnik razumije i prihvati.

## Model zdravstvenih uvjerenja (Health Belief Model)

Model nastao 1950-ih koji pokušava objasniti i predvidjeti zdravstveno ponašanje fokusiranjem na stavove i vjerovanja pojedinaca. Model se temelji na shvaćanju da će osoba poduzeti određenu zdravstvenu akciju (npr. prestati pušiti) ako ona smatra da će tako doista izbjeći negativnu zdravstvenu posljedicu (karcinom pluća) i da preporučenu akciju može uspješno izvesti (bez neugodnosti). Ovo ovisi o unutarnjim i vanjskim čimbenicima. Strah od bolesti ili percipirana korist su primjeri unutarnjih čimbenika, a savjeti i informacije bližnjih, liječnika ili medija kao vanjski čimbenici.

## Byrneov i Longov model (1976)

Byrne i Long su bili profesori obiteljske medicine u Velikoj Britaniji. Oni su svojim istraživanjima zaključili da je liječnik „proizvod i zatvorenik svog medicinskog obrazovanja“ te da učenje socijalnih uloga i stvaranje uzora na fakultetu potiče prevladavanje liječniku usmjerenog ponašanja. Ovakvo ponašanje ne omogućuje liječniku da se nosi sa psihosocijalnim problemima svojih pacijenata. Liječnici su orijentirani samo na to da stave bolest i bolesnika u određene naučene okvire biomedicinskog modela.

Ovaj model prepoznaje šest faza kroz koje prolazi liječnik u procesu konzultacije:

- 1) Uspostavljanje odnosa s pacijentom
- 2) Otkrivanje razloga dolaska pacijenta

- 3) Uzimanje anamneze i fizikalni pregled
- 4) Razmatranje dijagnoze ili stanja pacijenta
- 5) Određivanje terapije ili daljnjih pretraga
- 6) Završavanje konzultacije

### Pendeltonov model (1984, 2003)

Model opisuje sedam uvjeta koji potječu od potreba pacijenta i ciljeva liječnika:

- *Razumijevanje problema* i razloga posjeta pacijenta vođenjem dijaloga
  - 1) Definiranje uzroka posjeta pacijenta uključujući: prirodu i povijest problema, etiologiju, pacijentove ideje, brige i očekivanja, učinke problema.
  - 2) Razmatranje drugih problema: kontinuirani problemi, faktori rizika.
  - 3) Zajedno s pacijentom izabrati prikladan način djelovanja za svaki problem.
- *Razumijevanje pacijenta*
  - 4) Zajedno s pacijentom postići razumijevanje problema.
- *Dijeljenje odgovornosti i odluka*
  - 5) Uključiti pacijenta u zbrinjavanje i potaknuti ga i ohrabriti da prihvati primjerenu razinu odgovornosti. Složiti se oko postupaka i odgovornosti u smislu ciljeva liječenja, praćenja i kontrola.
  - 6) Racionalno korištenje vremena i sredstava.
  - 7) Uspostaviti i održavati odnos s pacijentom koji omogućuje postizanje drugih ciljeva, razmatranje rizičnih čimbenika ili drugih problema.

Naglasak je stavljen na to da je učinkovita konzultacija ona u kojoj liječnik i pacijent zajedno surađuju u definiranju problema i njihovom zbrinjavanju. Ovaj model se fokusira na dinamiku kako liječnika tako i pacijenta za vrijeme konzultacije. Bit konzultacije nije samo da prepozna i ispuni potrebe pacijenta, nego i da poboljša njegovo razumijevanje i sposobnost upravljanja vlastitim zdravljem, drugim riječima osnaživanje pacijenta (*patient enablement*).

Model potiče liječnike da preispitaju svoj stil vođenja konzultacije i spoznaju vlastite osjećaje, stavove, slabe i jake strane, da budu svjesni vlastitog raspoloženja, zdravlja, raspoloživosti vremena i organizacijskih problema koje možda imaju. Dugoročni pozitivni ishodi za liječnika su zadovoljstvo poslom, a za pacijenta



uspješno pridržavanje terapijskog plana, zadovoljstvo i konačno pozitivna promjena zdravstvenog stanja.

Osim definiranja sastavnica uspješne konzultacije, ovaj model jasno podupire partnerski odnos usmjeren na pacijenta.

### Calgary-Cambridge model (1996)

Ovaj model je najcitiraniji i najčešće primjenjivani model komunikacije među teorijama o edukaciji konzultacije, te u ordinacijama obiteljske medicine. Naglasak mu je na temeljnim komunikacijskim vještinama koje formiraju osnovu za rješavanje stavova i problema koji se susreću u praksi.

Preciznost, učinkovitost i potpora su ciljevi koje liječnici pokušavaju postići u svojim konzultacijama. Četiri opća principa dobre komunikacije u tom smislu uključuju:

- Smanjenje nesigurnosti
- Planirani ishodi
- Prepoznavanje dinamike same konzultacije
- Uzajamna interakcija sudionika

Calgary-Cambridge model je baziran na pristupu usmjerenom pacijentu koji promovira suradničko partnerstvo. Metoda jasno nastoji napraviti odmak od paternalističkog načina komunikacije i koncentrira se na ono što liječnik može napraviti za vrijeme medicinskog intervjua da olakša sudjelovanje pacijenta.

Sastavni dijelovi konzultacije prema ovom modelu su:

- Uvodni dio
  - Priprema za konzultaciju
  - Prijem bolesnika
  - Uspostavljanje početne veze
  - Utvrđivanje razloga dolaska pacijenta
- Prikupljanje informacija
  - Istraživanje problema (aktivno slušanje, facilitacija, otvorena pitanja)
  - Biomedicinska perspektiva
  - Bolesnikova perspektiva
  - Predviđanje strukture konzultacije

- Izgradnja odnosa
- Razvijanje prisnosti (empatija, potpora, osjetljivost)
- Uključivanje pacijenta
- Fizikalni pregled
- Objašnjavanje i planiranje
- Pružanje primjerenih informacija
- Pomoć pri prisjećanju i razumijevanju informacija
- Postizanje zajedničkog razumijevanja uz uključivanje pacijentove perspektive
- Planiranje i zajedničko odlučivanje
- Zaključak obrade (uključuje sažimanje, dogovor i uspostavljanje „sigurnosne mreže“)

Ovaj okvir djelovanja je nadograđen na prethodne modele konzultacije, ali sa stajališta usmjerenosti pacijentu. To je model koji razjašnjava svaki korak na putu do učinkovite konzultacije.

### Uvodni dio - početak konzultacije

Konzultacija se može odvijati u različitim okolnostima, ne samo u ordinaciji nego i u kući bolesnika, u domu za starije osobe, u bolnici. Liječnik i pacijent se mogu poznavati već godinama ili se mogu tek prvi puta susresti. Cilj ovog uvodnog dijela je utvrditi razlog posjeta, steći prvi dojam o pacijentu, prepoznati njegovo raspoloženje, uspostaviti početni odnos koji će potaknuti pacijenta na dalje izlaganje. Na početku je bitno ne prekidati prirodni tijek izlaganja prebrzim postavljanjem pitanja jer time riskiramo da pacijent ne dođe do glavne teme ili namjere, zbog koje je i došao.

Prijem bolesnika obilježavaju pravila lijepog ponašanja: pozdrav, stisak ruke, osmijeh, predstavljanje ako je riječ o novom pacijentu. Ovo se možda čini banalnim, no time iskazujemo poštovanje prema pacijentu i pokazujemo zanimanje za njega, što će učiniti da se pacijent već na početku konzultacije osjeća ugodno.

U sljedećem koraku, utvrđivanju razloga posjeta, bitno je uvodno pitanje, aktivno slušanje, provjeravanje i potvrđivanje. Uvodnim pitanjem liječnik poziva pacijenta

da iznese svoje poteškoće zbog kojih je došao. Uvodno pitanje mora biti tipa otvorenog pitanja, tj. biti dovoljno široko kako bi se pacijent osjećao slobodnim izreći sve svoje probleme. Pažljivo slušanje je vrlo važna komunikacijska vještina tijekom konzultacije. To podrazumijeva da se pacijenta ne prekida u njegovom izlaganju na početku konzultacije, što će pomoći otkrivanju pravog razloga posjeta i utvrđivanje prikrivenih informacija koje će bolesnik navesti kasnije, kad stekne povjerenje u liječnika. Liječnici u tom dijelu moraju imati strpljenja i poticati pacijenta na daljnje izlaganje koristeći uglavnom neverbalne znakove pažljivog slušanja (kontakt očima, izraz lica i slično), a izbjegavati prebrzo prekidanje i postavljanje zatvorenih pitanja. Provjeravanjem utvrđujemo je li bolesnik doista rekao sve što je želio. Tako izbjegavamo da bolesnik najvažniju tegobu spomene tek na izlasku iz ordinacije. Također treba tijekom konzultacije biti pažljiv u prepoznavanju naznaka ili putokaza kojima pacijent može poručiti da želi još nešto reći. To mogu biti verbalni ili neverbalni znakovi, no bitno ih je prepoznati i provjeriti što je pacijent zaista želio reći (Silverman et al, 2006).

### Prikupljanje informacija

U ovome dijelu konzultacije liječnik dobiva detaljne informacije o pacijentovom problemu iz njegove perspektive, ali i iz biomedicinske perspektive, te dodatne informacije o okolnostima. Važno je uzimanje anamneze dopuniti sa bolesnikovim doživljajem bolesti: njegovim osjećajima, očekivanjima i utjecaju bolesti na njegov život. Ovaj, pacijentu usmjeren pristup proširuje okvire prikupljanja informacija i olakšava kasniji tijek konzultacije, objašnjavanje i planiranje. Ako ne ustanovimo kako bolesnik doživljava svoje tegobe te ga ne zbrinemo, on će se vraćati sa stalno istim problemima.

Informacije koje je potrebno prikupiti u ovom dijelu konzultacije su biomedicinski podatci (opis simptoma, razvoj poteškoća, anamneza važnih organskih sustava), dodatni medicinski podatci (osobna i obiteljska anamneza, lijekovi, alergije, radna anamneza i slično), te informacije o pacijentovoj perspektivi (vjerovanja, stavovi o zdravlju i bolesti, zabrinutost, očekivanja, utjecaj bolesti na život i slično).

Na početku se koriste otvorena pitanja, a kad se usmjerimo na određenu hipotezu, mogu se postavljati zatvorena pitanja kojima provjeravamo kliničke čimbenike koji nam pomažu pri postavljanju dijagnoze.

Na kraju ovog dijela konzultacije, liječnik može podijeliti svoja razmišljanja o dobivenim informacijama onako kako ih je on shvatio. To omogućuje pacijentu da uvidi je li ga liječnik razumio u potpunosti, te uključuje pacijenta u razmišljanje o izvoru poteškoće i može ga potaknuti na iznošenje dodatnih informacija.

### Izgradnja odnosa s pacijentom

Tijekom cijele konzultacije gradimo odnos s pacijentom. Pacijentu nije potreban samo stručan medicinski savjet nego i razumijevanje i potpora. Izgradnjom dobrog odnosa stječemo povjerenje pacijenta, koji se onda osjeća slobodnim izložiti sve svoje poteškoće zbog kojih je došao. Bitne komunikacijske vještine su priznavanje, prihvaćanje, odobravanje, empatija i potpora.

Na kraju pacijentovog izlaganja koje predstavlja njegovu perspektivu, osjećaje i razmišljanja o problemu, ispravna reakcija liječnika je dati mu do znanja da je prihvaćen i priznati njegovo gledište, ne iskazujući slaže li se s njime ili ne. Ako liječnik prerano reagira i kaže da „to nije ništa“, pacijent to može shvatiti kao podcjenjivanje njegovih problema ili kao nebrigu.

Empatija uključuje razumijevanje i prihvaćanje, te poruku pacijentu kako ga razumijemo i podupiremo. Empatiju je bitno pokazati, a to podrazumijeva sve elemente dosad spomenute: topli prijem, otvorena pitanja, pokazivanje zanimanja, prihvaćanje, razumijevanje verbalnih i neverbalnih poruka itd. Potpora dopunjava empatiju u komunikaciji i pomaže u izgradnji odnosa.

### Objašnjavanje i planiranje

Ovo je vrlo bitan dio konzultacije, iako se često zanemari. Objasnjavanje podrazumijeva pojašnjavanje diferencijalne dijagnoze bolesti, odnosno uzroka poteškoća, mogućnost liječenja te planiranje i usklađivanje sa pacijentovim

željama i mogućnostima. Ako pacijent razumije svoje poteškoće, te se složi s predloženim planom liječenja, veće su šanse da će taj isti plan i provoditi.

U planiranju je bitno postići zajedničko sporazumijevanje o daljnjim postupcima. Zbog toga je jako važno da se liječnik pri objašnjavanju prilagodi svakom pacijentu i njegovoj razini razumijevanja, njegovoj perspektivi, prethodnim znanjima, iskustvima i okolnostima. Potrebno je poticati pacijente na postavljanje pitanja i provjeriti da li je pacijent shvatio izloženo te ima li nekih nejasnoća.

Za cijelo vrijeme trajanja konzultacije nastojimo uspostaviti partnerski odnos koji osigurava izmjenjivanje informacija između liječnika i pacijenta, te poticanje pacijenta da izrazi svoje gledište i želje u postupku donošenja odluke. Odnos u kojem liječnik samostalno odlučuje što je za pacijenta najbolje, možda može funkcionirati za neke bolesnike (starije, teško bolesne), no za većinu takav odnos neće imati pozitivne rezultate zdravstvenih ishoda. Pacijent i liječnik trebaju zajedno doći do rješenja koje je prihvatljivo za oboje. Takav način poboljšava suradljivost bolesnika u liječenju, veće je zadovoljstvo i bolja regulacija bioloških parametara bolesti (npr. vrijednost krvnog tlaka, šećera u krvi..) (Katić & Švab, 2013).

### Zaključak obrade

U završnom dijelu konzultacije potrebno je potvrditi dogovoreni plan liječenja, pojasniti sljedeće mjere te nastojati poboljšati suradljivost pacijenta. Bitno je uspostavljanje „sigurnosne mreže“, odnosno objasniti pacijentu što da učini ako se pojave komplikacije, kada i kako da potraži pomoć.

Prikazani modeli konzultacije njeguju holistički pristup pacijentu. Njihov cilj je da olakšaju usmjerenost pacijentu i partnerstvo između liječnika i pacijenta.

## DRUGA PITANJA I NOVI UTJECAJI

### Empatija

Bez empatičnog liječnika, nijedan od ovih modela ne može funkcionirati. Empatija podupire terapijski odnos između liječnika i pacijenta. Ona je više od samo intelektualnog uvažavanja pacijentove situacije, ona je mješavina razumijevanja i brižnosti koja je vidljiva pacijentu u liječnikovim riječima i djelima.

### Osnaživanje pacijenta

Osnaživanje pacijenta (*engl. patient enablement*) je proces u kojem liječnik obiteljske medicine uspijeva svojim djelovanjem razviti i unaprijediti bolesnikovu sposobnost da se uspješno suoči s problemom. Drugim riječima, to je mjerilo ishoda konzultacije. Pacijentima je vrlo važno da razumiju svoju bolest i da su sposobni upravljati njome, što podupire koncept osnaživanja kao korist od konzultacije koja je specifična za pacijenta i njegovo zdravlje.

Osnaživanje pacijenta se temelji na principima holističkog pristupa i skrbi usmjerene pacijentu, a to su dvije vrijednosti koje se nalaze u srži obiteljske medicine.

Pacijentu usmjerena skrb podrazumijeva korištenje prikladnih konzultacijskih vještina u identificiranju pacijentovih prioriteta i briga te svrsishodno uključivanje pacijenta u donošenje odluka o vlastitoj skrbi. Holistički pristup je pristup konstrukciji dijagnoze uzimajući u obzir bio-psiho-socijalne uvjete i okolnosti. Osnaživanje pacijenta se reflektira u dvjema dimenzijama koje pozitivno koreliraju sa osnaživanjem: koliko dobro pacijent poznaje obiteljskog liječnika (kontinuitet skrbi) i trajanje konzultacije.

Dobra komunikacija tijekom konzultacije važna je kako liječniku tako i pacijentu, te se smatra markerom kvalitete skrbi. Usmjerenost pacijentu se definira kao težnja bio-psiho-socijalnom pristupu, prepoznavanju pacijenta kao „stručnjaka“ za sebe i vlastita iskustva i uključivanju pacijenta u donošenje odluka. Liječnici bi trebali težiti ovom pristupu i u svakodnevnoj praksi koristiti komunikacijske vještine koje potiču osnaživanje pacijenta. Smatra se da se veći stupanj osnaživanja postiže kad su pacijentove potrebe prikladno identificirane, priznate i obrađene tijekom konzultacije.

U cilju procjene razine osnaživanja pacijenta razvijen je jednostavan instrument - Patient Enablement Instrument (PEI). Radi se o upitniku koji pacijenti ispunjavaju nakon konzultacije. PEI procjenjuje razumijevanje, samopouzdanje i sposobnost suočavanja nakon konzultacije. Zadovoljstvo konzultacijom predstavlja ispunjavanje pacijentovih očekivanja o skrbi, no osnaživanje ide izvan tih granica i reflektira se na pacijentovoj sposobnosti razumijevanja i suočavanja sa zdravstvenim problemima.

Faktori konzultacije koji su povezani sa osnaživanjem jesu:

1. Verbalna komunikacija - verbalna ponašanja liječnika tijekom konzultacije utječu na osnaživanje pacijenta, osobito socio-emocionalna razmjena: slaganje, odobravanje, smijeh (oba sudionika) i legitimizacija.
2. Usmjerenost pacijentu - istraživanje pacijentovog iskustva bolesti, razumijevanje osobe u cjelini, pronalaženje zajedničkog stajališta, uključivanje promocije zdravlja i prevencije bolesti itd.
3. Verbalna dominacija pacijenta - stvaranje partnerskog odnosa to jest saveza između liječnika i pacijenta je u pozitivnoj korelaciji sa osnaživanjem, za razliku od kontrolirajućeg ponašanja liječnika koje vodi do slabijih rezultata. Najbolje rezultate daje fleksibilan pristup, jer nekim pacijentima više odgovara verbalna dominacija liječnika, dok drugi žele aktivno sudjelovati u konzultaciji.
4. Opći dojam - liječnici koji imaju toplo, prijateljsko te ponašanje koje hrabri i umiruje su učinkovitiji u osnaživanju svojih pacijenata od onih kojima je takvo ponašanje manjkavo.
5. Neverbalna komunikacija - otvoren govor tijela i emocionalno izražajno neverbalno ponašanje (opuštene liječnikove ruke, naginjanje naprijed i sl.) pozitivno koreliraju sa zadovoljstvom pacijenta.

Ukratko, osnaživanje je olakšano prikladnom razmjenom informacija, stvaranjem interpersonalnog odnosa (slaganje, odobravanje, smijeh), angažiranim pacijentom, te susretljivim i pažljivim liječnikom (Pawlikowska et al, 2012).

Istraživanje kvalitete skrbi u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj (Ožvačić Adžić et al, 2008) pokazalo je da konzultacije u obiteljskoj medicini u prosjeku rezultiraju visokom razinom osnaživanja pacijenta. Korišten je PEI (Patient Enablement

Instrument). Istraživanje je potvrdilo da osnaživanje pacijenta ima jaku vezu sa kontinuitetom skrbi, te su bolje rezultate postigli pacijenti koji poznaju svog liječnika dulje. Starija dob u muških pacijenata, niži stupanj obrazovanja, slabija kvaliteta života i slabiji zdravstveni status (samoocjenjivanjem) povezani su sa nižim stupnjem osnaživanja.

## Medicina temeljena na dokazima (Evidence-based medicine, EBM)

Razvoj medicine temeljene na dokazima se slavi kao put napretka. Postoji težnja da se svi liječnici „preobrate“ na korištenje ovog načina donošenja odluka o skrbi za pacijente. No, pitanje je da li ovaj pristup uvijek postiže najbolje rezultate. Na razini sekundarne zdravstvene zaštite, gdje većina pacijenata imaju definirane i dijagnosticirane bolesti, korištenje ovog pristupa ima više smisla nego na razini primarne zaštite gdje su problemi kompleksniji, nejasni i isprepleteni. Naravno, to ne znači da liječnici obiteljske medicine ne trebaju koristiti sve prednosti medicine temeljene na dokazima, nego da ju trebaju kombinirati sa vlastitim iskustvom i intuicijom razvijenima u kontinuiranom kontaktu s pacijentima. Osim toga, ne treba zaboraviti i terapijski učinak liječnika, kako je isticao Balint.

Liječnici bi trebali nastojati pružati i učinkovitu kliničku (medicina temeljena na dokazima) i interpersonalnu skrb (pacijentu usmjerena medicina) (Charlton et al, 2007).

## ZAKLJUČAK

Modeli konzultacije ne predstavljaju popis zadataka koje treba označiti kao obavljene. Oni upućuju na važnost svake pojedinačne konzultacije u svakog pojedinog bolesnika; potom ističu različite elemente i načine vođenja medicinskog intervjua, te upućuju na učinkovitost svakog od navedenih. Stoga je važno poznavati ih kako bismo u svakodnevnom radu primjenjivali najučinkovitiji medicinski intervju te izgradili vlastiti stil i smisleni okvir svojih konzultacija.



Istaknuto je da su komunikacijske vještine temelj na kojima se gradi uspješna konzultacija. Medicinsko znanje i praktične vještine vrlo su bitne u radu svakog liječnika, no ukoliko su komunikacijske vještine loše, rezultati zbrinjavanja mogu biti nezadovoljavajući. Stoga je, u cilju ostvarenja uspješne konzultacije u radu obiteljskog liječnika važno da on posjeduje dobre komunikacijske vještine, koje će biti oslonac rješavanja svakodnevnih jednostavnih (savjetovanje), ali i zahtjevnijih zadataka (priopćavanje loših vijesti, postupanje sa snažnim emocijama – ljutiti, agresivni, uplakani pacijent). Vještine dobre komunikacije mogu se naučiti. To se najbolje postiže korištenjem metoda temeljenih na iskustvu i opažanju, te nadgradnjom na već postojeći individualni stil komuniciranja.

Nažalost, na medicinskim fakultetima u Republici Hrvatskoj dugo vremena se nedostavno pažnje pridavalo podučavanju budućih liječnika osnovama dobre komunikacije, te se nastava iz područja komunikacije svodila na izborne predmete, koji su odabirali selektivno oni studenti koji su inače smatrali komunikacijske vještine važnima. Studenti su bili prepušteni vlastitom nahođenju i inspiraciji što svakako nije bilo dovoljno jer samo osobno iskustvo, intuicija, empatija ili pak talent nisu dovoljni za osiguranje najbolje komunikacije. Međutim, diplomatska izobrazba na Medicinskim fakultetima u Republici Hrvatskoj prepoznala je potrebu za implementacijom kontinuirane izobrazbe na području usvajanja komunikacijih vještina, te je tako na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu ova edukativna potreba pokrivena implementacijom u kurikulum longitudinalnog predmeta *Temelji liječničkog umijeća*, kojim se poučavaju praktične i komunikacijske kliničke vještine. Navedeno upućuje da je vještina komunikacije prihvaćena kao neophodna vještina u radu svakog liječnika, za svladavanje koje je nužan dugotrajan, teorijski, individualni i timski rad.

Medicinsko znanje i praktične vještine zajedno sa profesionalnim stavom, bez predrasuda, i dobrim komunikacijskim vještinama, kvalitetna su podloga, a ujedno i osnova za razvoj i daljnje njegovanje dobrog odnosa između liječnika i pacijenta.

## LITERATURA

1. ABFM | Definitions & Policies. (n.d.). Retrieved 10 June 2015, from <https://www.theabfm.org/about/policy.aspx>
2. Argyle, M. (1988). *Bodily Communication*. London: Methuen young books.
3. Beck, R, Daughtridge, R, & Sloane, P. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 15(1), 25–38.
4. Braš, M, Đorđević, V, & Miličić, D. (2011). Komunikacija liječnika i bolesnika. *MEDIX*, 92(1), 38–43.
5. Charlton, R, Neighbour, R, & Black, C. (2007). *Learning to Consult*. United Kingdom: Blackwell Publishers.
6. Communication Skills. (n.d.). Retrieved 6 June 2015, from <http://www.kent.ac.uk/careers/sk/communicating.htm>
7. Čerepinko, D. (2012). *Komunikologija: Kratki pregled najvažnijih teorija, pojmova i principa*. Varaždin: Veleučilište u Varaždinu.
8. Deveugele, M, Derese, A, De Bacquer, D, van den Brink-Muinen, A, Bensing, J, & De Maeseneer, J. (2004). Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Education and Counseling*, 54(2), 227–233.
9. Đorđević, V, & Braš, M. (2011). *Komunikacija u medicini*. Zagreb: Medicinska naklada.
10. Đorđević, V, & Braš, M. (2011). Osnovni pojmovi o komunikaciji u medicini. *MEDIX*, 92(1), 12–14.
11. Elwyn, G, Frosch, D, Thomson, R, Joseph-Williams, N, Lloyd, A, Kinnersley, P, ... Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367.
12. Epstein, RM, Franks, P, Fiscella, K, Shields, CG, Meldrum, SC, Kravitz, RL & Duberstein, PR. (2005). Measuring patient-centered communication in Patient–Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1516–1528.

13. Greenfield, S, Kaplan, SH, Ware, JE, Yano, EM, & Frank, HJL. (1988). Patients' participation in medical care. *Journal of General Internal Medicine*, 3(5), 448–457.
14. Health, AGN, & Council, MR. (2004). *Communicating with patients: advice for medical practitioners*. Canberra: National Health and Medical Research Council.
15. Hellin, T. (2002). The physician-patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia*, 8(3), 450–454.
16. Kaba, R, & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57–65.
17. Katić, M, & Švab, I. (2013). *Obiteljska medicina: sveučilišni udžbenik*. Zagreb: Alfa.
18. Kurtz, S, Silverman, J, Benson, J, & Draper, J. (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. *Academic Medicine*, 78(8), 802–809.
19. Larsen, J. (1997). P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Family Practice*, 14(4), 295–301.
20. Lin, CT, Albertson, GA, Schilling, LM, Cyran, EM, Anderson, SN, Ware, L, & Anderson, RJ. (2001). Is Patients' Perception of Time Spent With the Physician a Determinant of Ambulatory Patient Satisfaction? *Archives of Internal Medicine*, 161(11).
21. Lloyd, MM, Bor, R, & Bor, PR. (2004). *Communication skills for medicine* (2nd ed.). Edinburgh: Elsevier Health Sciences.
22. Mazur, DJ, & Hickam, DH. (1997). Patients' Preferences for Risk Disclosure and Role in Decision Making for Invasive Medical Procedures. *Journal of General Internal Medicine*, 12(2), 114–117.
23. McBride, CA. (1994). The physician's role. Views of the public and the profession on seven aspects of patient care. *Archives of Family Medicine*, 3(11), 948–953.
24. Mead, N, & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48(1), 51–61.
25. Ožvačić Adžić, Z, Katić, M, Kern, J, Lazić, Đ, Nekić, VC, & Soldo, D. (2008). Patient, Physician, and Practice Characteristics Related to Patient

- Enablement in General Practice in Croatia: Cross-sectional Survey Study. *Croatian Medical Journal*, 49(6), 813–823.
26. Pawlikowska, T, Zhang, W, Griffiths, F, van Dalen, J, & van der Vleuten, C. (2012). Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations – How this relates to patient enablement. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 70–76.
27. Pearson, JCC, & Spitzberg, BH. (1989). *Interpersonal communication: concepts, components, and contexts* (2nd ed.). Dubuque, IA: Wm C Brown Publishers.
28. Pendleton, D, Schofield, T, & Tate, P. (2003). *The New Consultation: Developing Doctor-patient Communication* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
29. Petriček G. Bolesniku usmjerena klinička metoda: teorijske postavke, važnost i uloga u dijagnozi i liječenju kroničnih bolesti Šesti kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM) 2015; Zagreb, Hrvatska. Zagreb: Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine; 2015, str. 13-25.
30. Petriček, G, Vrcić-Keglević, M, Lazić, D, & Murgić, L. (2011). How to deal with a crying patient? A study from a primary care setting in Croatia, using the ‘critical incident technique’. *European Journal of General Practice*, 17(3), 153–159.
31. Putnam, JSM., Lazare, A, Carroll, GJ, Frankel, RM, Keller, A, Klein, T, Putnam, SM (1995). *The medical interview: clinical care, education, and research*. (M. Lipkin, Ed.). New York: Springer-Verlag New York.
32. Scambler, G. (2003). *Sociology as applied to medicine* (5th ed.). Edinburgh: Saunders (W.B.) Co.
33. Silverman, J, Kurtz, S, & Draper, J. (2006). *Skills For Communicating With Patients*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
34. Stewart, M, Brown, JB, Weston, WW, McWhinney, IR, McWilliam, CL & Freeman, TR. (2003). *Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Oxford: Radcliffe Publishing.
35. Street, RL, & Voigt, undefined B. (1997). Patient Participation in Deciding Breast Cancer Treatment and Subsequent Quality of Life. *Medical Decision Making*, 17(3), 298–306.

36. Street, RL, Makoul, G, Arora, NK, & Epstein, RM. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301.
37. Travaline, JM, Ruchinskas, R, & D'Alonzo, GE. (2005). Patient-Physician Communication: Why and How. *J Am Osteopath Assoc*, 105, 13– 18.