

Medicina usmjerena prema osobi i zdravstvo usmjereno prema zajednici

Sabljak, Matilda

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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:105:810777>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-17**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Matilda Sabljak

Medicina usmjerena prema osobi i zdravstvo usmjereno prema zajednici

Diplomski rad



Zagreb, 2024.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Centru za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom prof.dr.sc. Marijane Braš i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2023./24.

POPIS KRATICA

EBM - medicina utemeljena na dokazima (engl. Evidence Based Medicine)

ECHR - Europska konvencija o ljudskim pravima (engl. The European Convention on Human Rights)

ICN - Međunarodno vijeće medicinskih sestara (engl. International Council of Nurses)

ICoME - Međunarodni kodeks medicinske etike WMA (engl. WMA International Code of Medical Ethics)

ICPCM - Međunarodni kolegij za medicinu usmjerenu na osobu (engl. International College of Person-centered Medicine)

IJPCM - Međunarodni časopis za medicinu usmjerenu na osobu (engl. International Journal of Person Centered Medicine)

INPCM - Međunarodna mreža za medicinu usmjerenu na osobu (engl. International Network for Person-centered Medicine)

NCDs - kronične nezarazne bolesti (engl. Noncommunicable Diseases)

PCM - medicina usmjerena na osobu (engl. Person-Centered Medicine)

PHC - primarna zdravstvena zaštita (engl. Primary Health Care)

SDGs - ciljevi održivog razvoja (engl. Sustainable Development Goals)

SDH – društvene odrednice zdravlja (engl. Social Determinants of Health)

UDHR - Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima (engl. The Universal Declaration of Human Rights)

UHC - univerzalna zdravstvena pokrivenost (engl. Universal Health Coverage)

UNGA - Opća skupština Ujedinjenih naroda (engl. United Nations General Assembly)

WHO - Svjetska zdravstvena organizacija (engl. World Health Organization)

WMA - Svjetsko liječničko udruženje (engl. World Medical Association)

WPA - Svjetsko psihijatrijsko udruženje (engl. World Psychiatric Association)

Wonca - Svjetska organizacija obiteljskih liječnika (engl. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

SADRŽAJ

• SAŽETAK	
• SUMMARY	
• POVIJESNI PREGLED.....	1
○ DREVNA MEDICINA.....	1
○ UTJECAJ ZNANOSTI I SUŽAVANJA SPECIJALIZACIJA.....	1
○ POVRATAK HOLISTIČKIM PRISTUPIMA.....	2
○ SUVREMENE PARADIGME.....	3
• BOLESNIKU USMJERENA SKRB.....	6
○ MEDICINA UTEMELJENA NA DOKAZIMA.....	7
○ PERSONALIZIRANA MEDICINA.....	9
○ MEDICINA USMJERENA PREMA OSOBI.....	11
• ODNOS LIJEČNIK-PACIJENT.....	12
• KOMUNIKACIJA I EDUKACIJA U MEDICINI.....	15
○ ZNAČAJ KOMUNIKACIJE U ZDRAVSTVENOJ SKRBI.....	16
○ EDUKACIJA (KLINIČKE I KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE).....	18
• ZDRAVLJE U ZAJEDNICI.....	19
○ DRUŠTVENE ODREDNICE ZDRAVLJA.....	20
○ ZDRAVSTVENE POLITIKE.....	22
• ZDRAVLJE KAO LJUDSKO PRAVO.....	25
• ZAHVALE.....	26
• LITERATURA.....	27
• ŽIVOTOPIS.....	35

SAŽETAK

Medicina usmjerena prema osobi i zdravstvo usmjereno prema zajednici

Matilda Sabljak

Priroda bolesti i način održavanja zdravlja jedinstveni su za svaku osobu. Skrb usmjerena na pojedinca temelji se na sveobuhvatnom pristupu koji uključuje biološke, psihološke, sociokulturne i duhovne aspekte. Takva skrb obuhvaća ne samo liječenje bolesti, već i očuvanje zdravlja.

Briga o pacijentu središte je medicine. Da bismo pacijente tretirali kao cjelovite osobe, potrebno je spojiti biomedicinsku perspektivu i najnovija znanstvena saznanja s osobnim iskustvima pacijenata i njihovim životnim kontekstom. Ključno je poticati kontinuirani razvoj pacijenata u skladu s njihovim životnim okolnostima i mogućnostima, što pomaže u lakšem suočavanju s bolešću, a veća uključenost pacijenata u proces donošenja odluka tijekom liječenja može poboljšati ishode liječenja.

Medicina usmjerena na osobu teži promicanju cjelovitog zdravlja pojedinca kroz podršku u ostvarivanju njihovih životnih ciljeva. Takav pristup njeguje suradnju i partnerstvo između pacijenata, njihovih bližnjih i zdravstvenih radnika kroz uzajamno poštovanje i razumijevanje.

Zdravstvena skrb usmjerena na ljude omogućava pojedincima i zajednicama sudjelovanje u pouzdanim (zdravstvenim) sustavima koji holistički zadovoljavaju njihove potrebe. Zdravlje zajednice oblikovano je brojnim čimbenicima koji nadilaze tradicionalne uzroke bolesti.

Društvene odrednice zdravlja, poput fizičkog, psihosocijalnog i ekonomskog okruženja te dostupnosti zdravstvenih usluga, značajno utječu na ponašanje i životni stil ljudi. Kao što anatomske i fiziološke osnove pomažu razumjeti ljudsko tijelo, tako je ključno da liječnici razumiju i socijalne, kulturne te okolišne uvjete u kojima pružaju skrb.

Ključne riječi: skrb usmjerena na pacijenta, odnosi između liječnika i pacijenta, holističko zdravlje, društvene odrednice zdravlja

SUMMARY

Person-centered Medicine and People-centered Healthcare

Matilda Sabljak

The nature of illness and the way of maintaining health are unique to each individual. Person-centered care is based on a comprehensive approach that includes biological, psychological, sociocultural, and spiritual aspects. Such care encompasses not only the treatment of illness but also the preservation of health.

Caring for the patient is at the heart of medicine. To treat patients as whole persons, it is necessary to combine a biomedical perspective and the latest scientific knowledge with patients' personal experiences and their life context. It is crucial to encourage the continuous development of patients in accordance with their life circumstances and capabilities, which helps them better cope with illness. Additionally, greater involvement of patients in the decision-making process during treatment can improve treatment outcomes.

Person-centered medicine aims to promote the overall health of individuals by supporting them in achieving their life goals. This approach fosters collaboration and partnership between patients, their loved ones, and healthcare workers through mutual respect and understanding.

People-centered healthcare enables individuals and communities to participate in reliable (healthcare) systems that holistically meet their needs. The health of a community is shaped by numerous factors that go beyond the traditional causes of illness. Social determinants of health, such as the physical, psychosocial, and economic environment, as well as the availability of healthcare services, significantly influence people's behaviour and lifestyle. Just as anatomical and physiological foundations help us understand the human body, it is essential for physicians to understand the social, cultural, and environmental conditions in which they provide care.

Keywords: Patient-Centered Care, Physician-Patient Relations, Holistic Health, Social Determinants of Health

POVIJESNI PREGLED

Korijeni medicine usmjerene na osobu (engl. Person-Centered Medicine, PCM) mogu se pronaći duboko u drevnim civilizacijama Istoka i Zapada koje su primjenjivale sveobuhvatne koncepcije zdravlja i personalizirane medicinske pristupe (1, 2). U posljednjim desetljećima suvremeni razvoj u kliničkoj medicini i javnom zdravstvu doveo je u pitanje pretjerano naglašavanje specifičnih bolesti i organa zagovarajući umjesto toga holistički pristup koji stavlja cijelu osobu u središte zdravstvene skrbi (3).

DREVNA MEDICINA

Drevna, odnosno tradicionalna medicina, u svojoj je srži oduvijek imala individualan pristup pacijentima što ukazuje da je osobi orijentiran medicinski pristup poznat od davnina (4). Tradicionalne zdravstvene prakse naglašavale su holističke i personalizirane pristupe (5). Ayurvedska i kineska medicina primjenjivale su metode koje su pacijenta promatrale kao cjelinu, uključujući fizičke, psihološke i duhovne aspekte i naglašavajući ravnotežu između tijela, uma i duha za postizanje optimalnog zdravlja (1). Slično tome, Hipokrat je, često nazivan ocem medicine, vjerovao da se bolesti trebaju liječiti uzimajući u obzir pacijenta kao cjelinu, uključujući njegovu okolinu i način života te je također naglašavao utjecaj emocija na tjelesno zdravlje (2).

UTJECAJ ZNANOSTI I SUŽAVANJA SPECIJALIZACIJA

Znanstveni napredak kroz stoljeća doveo je do pomaka pažnje s cjelokupne osobe/pojedinca na njegove specifične organe (4). Razvojem moderne medicine, posebice u 20. i 21. stoljeću, došlo je do sužavanja specijalizacija i fokusiranja na specifične bolesti i organe. Iako je to dovelo do velikih napredaka u liječenju specifičnih bolesti, izgubio se holistički pristup zdravlju. Sužavanje specijalizacija rezultiralo je time da liječnici različitih specijalnosti odvojeno liječe različite organe bez obzira na njihovu međusobnu povezanost unutar iste osobe. Razvoj znanosti u modernoj medicini doveo je do medicine usmjerene prema bolesti i fragmentacije skrbi (5). U takvom okružju, uz utjecaj politika i farmaceutske industrije (4), „medicina je do određene mjere postala proizvod koji se komercijalizira kao roba“ (5). Na primjer, razvoj farmaceutskih proizvoda često je usmjeren na liječenje specifičnih simptoma, umjesto na promicanje cjelokupnog zdravlja pacijenta. Praksa temeljena na dokazima, svojom krutošću, u sjenu je stavila osobno iskustvo, individualnost pacijenta i zdravstvene postupke koji osim liječenja imaju za cilj ublažiti bolest i pružiti utjehu (6). Fragmentacija skrbi dovela je do zanemarivanja prevencije bolesti i promocije zdravlja, stvarajući potrebu za ponovnim uravnoteženjem prema holističkim pristupima (5).

POVRATAK HOLISTIČKIM PRISTUPIMA

Povijesno gledano, primarna uloga liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika bila je liječenje bolesnih, a u manjoj mjeri, zdravstveni djelatnici su se bavili izlaganjem pojedinaca uzrocima bolesti kao što su pušenje, pretilost i alkohol iako danas znamo da se životni stil može smatrati „neposrednim“ uzrokom bolesti (7). Profesor Farnsworth sa Harvardovog sveučilišta u jednom je od svojih predavanja izjavio: „Medicina se danas suočava sa zadaćom proširenja svoje funkcije. U razdoblju krize, kao što je ovo u kojem se nalazimo, liječnici se nužno moraju baviti filozofijom. Velike bolesti našega doba jesu besciljnost, dosada i nedostatak smisla i svrhe.“ (8).

Jedan od ključnih pojedinaca, pionira, u povijesti medicine usmjerene na osobu bio je Paul Tournier koji je uvidio da brzorastuća medicinska znanost, iako je značajno unaprijedila liječenje, nije dovoljno poštovala potrebe ljudskih bića u cjelini (9). U njegovo vrijeme nije bila poznata psihosomatska medicina te nitko tada još nije povezivao duševne probleme s fizičkim bolestima (9). Tournier je bio liječnik u Švicarskoj (5) te uz iskustvo rada u obiteljskoj, ali i vojnoj medicini (9), napisao je i 1940. godine izdao knjigu *Medicina osobe* (franc. *Médecine de la Personne*) (10) u kojoj je naglasio važnost holističkog zdravlja. Njegov rad preveden je na 20 jezika i imao je značajan utjecaj na promicanje medicine usmjerene prema osobi širom svijeta (4). Tournier je slušao svoje pacijente i obraćao pažnju na fizičku, psihološku i duhovnu stranu svakog od svojih pacijenata, ističući potrebu vraćanja osobe u središte medicine (4).

Slično tome, još brojni liječnici opće prakse i obiteljske medicine u to vrijeme zagovaraju osobi orijentiranu skrb (5). Carl Rogers je tako razvio osobi usmjeren pristup terapiji koji je naglašavao empatiju i angažman pacijenta (5). Rogers je već tada vjerovao da je uspostavljanje odnosa povjerenja i međusobnog razumijevanja između terapeuta i pacijenta ključno za uspješnu terapiju (11). U drugoj polovici 20. stoljeća ustanovljena je opća, odnosno obiteljska, medicina kao zasebna specijalnost koja je od početka u svojoj srži imala skrb usmjerenu prema osobi (12). Istaknuti promicatelji širokog razumijevanja zdravlja s naglaskom na dobrobit pacijenata tada su bili: Ian McWhinney u Ujedinjenom Kraljevstvu, Jack Medalie u Sjedinjenim Američkim Državama i Frans Huygen u Nizozemskoj (12). McWhinneyjev udžbenik obiteljske medicine i danas je jedna od temeljnih literatura u području obiteljske medicine (12), a Frans Huygen u svojem je zanimljivom istraživanju još 1970. godine pokazao da su češće obolijevala djeca čiji su roditelji bili skloni izbjegavanju konflikta (12). Huygen je tim istraživanjem pokazao da postoji veća povezanost psiholoških i društvenih karakteristika roditelja sa zdravljem njihove djece nego zdravljem njih samih te dodatno ukazao na utjecaj okruženja u kojem odrastamo i živimo na naše zdravlje.

SUVREMENE PARADIGME

Razvoj modela medicine usmjerene prema osobi potaknut je potrebom za pronalaženjem najboljeg pristupa dijagnosticiranju i liječenju pacijenata, odnosno njihovih bolesti (13). Ključna načela skrbi usmjerene na osobu uključuju široki biološki, psihološki, sociokulturni i duhovni teorijski okvir (14). Takva skrb obuhvaća ne samo liječenje zdravstvenih problema već i očuvanje zdravlja, istraživanje i obrazovanje usmjereno na osobu te komunikaciju između pacijenata, obitelji i liječnika (14). Poštovanje autonomije, odgovornosti i dostojanstva svake osobe je ključno za ostvarenje skrbi usmjerene na osobu, kao i promocija partnerstva na svim razinama (14).

Temelji paradigmatke promjene prema ostvarenju takvog sveobuhvatnog poimanja zdravlja u medicini te stavljanja naglaska na angažman pacijenata, počeli su se graditi tijekom Ženevskih konferencija (3). Prvom Ženevskom konferencijom o medicini usmjerenoj na osobu (engl. The First Geneva Conference on Person-centered Medicine), koja je održana u svibnju 2008. godine, globalni koordinirani naponi prema razvoju takvog modela medicine, usmjerene na osobu i ljude, dobili su značajan zamah (3). Prva Ženevska konferencija o medicini usmjerenoj prema osobi imala je za cilj pomaknuti fokus medicine s bolesti na cijelu osobu (5). Međunarodne organizacije koje su predvodile organizaciju Konferencije bile su Svjetsko psihijatrijsko udruženje (engl. World Psychiatric Association, WPA), Svjetsko liječničko udruženje (engl. World Medical Association, WMA), Svjetska organizacija obiteljskih liječnika (engl. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, Wonca) i Svjetska zdravstvena organizacija (engl. World Health Organization, WHO) (5). Ženevske konferencije tako su iznjedrile koncept medicine usmjerene prema osobi kao potencijalno rješenje u potrazi za najboljim pristupom dijagnostici i liječenju bolesti (13).

Ženevske konferencije imale su i još uvijek imaju ključnu ulogu u promicanju zdravstva usmjerenijeg na osobu i ljude, okupljajući globalne zdravstvene organizacije i naglašavajući važnost holističkog pristupa, dostojanstva pacijenata i globalne suradnje (5).

Proces Ženevskih konferencija doveo je i do osnivanja Međunarodne mreže za medicinu usmjerenu na osobu (engl. International Network for Person-centered Medicine, INPCM) s ciljem dodatne promocije skrbi usmjerene na osobu (15). Mreža je službeno osnovana 2009. godine u New Yorku (16). Dogovoreno je da će se INPCM u svojim aktivnostima fokusirati na integraciju znanosti i humanizma u zdravstvu te se truditi poštivati individualno dostojanstvo i odgovornosti (5). Ženevske konferencije i INPCM predstavile su zajedničke međunarodne napore u (pre)usmjeravanju fokusa medicine na cijelu osobu, integrirajući napretke moderne znanosti i mudrosti drevne medicine (5).

2011. godine INPCM preimenovana je u Međunarodni kolegij za medicinu usmjerenu na osobu (engl. International College of Person-centered Medicine, ICPCM) (16). ICPCM neprofitna je obrazovna, istraživačka i zagovaračka organizacija koja ima za cilj razviti prilike za temeljito pružanje skrbi usmjerene prema osobi (16). Sažeta svrha ICPCM jest promocija medicine osobe, za osobu, od strane osobe i s osobom (13). Aktivnosti dogovorene pri osnutku INPCM, pa tako zatim i ICPCM, uključuju, ali ne i ograničavaju se samo na njih, primjerice: organizaciju konferencija i drugih znanstvenih sastanaka koji promiču skrb usmjerenu na osobu u medicini općenito, ali i u srodnim zdravstvenim područjima; pripremu smjernica za kliničku praksu usmjerenu na osobu, relevantnih za dijagnozu, liječenje, prevenciju, rehabilitaciju i promociju zdravlja; pripremu obrazovnih programa, uključujući kurikulume, s ciljem obuke zdravstvenih djelatnika o skrbi usmjerenoj na osobu te provođenje istraživanja i potvrđivanje koncepata i postupaka skrbi usmjerene na osobu (5).

Kako bi se dodatno potaknuo razvoj medicine usmjerene prema osobi, pokrenut je i Međunarodni časopis za medicinu usmjerenu na osobu (engl. International Journal of Person Centered Medicine, IJPCM ili Int J Pers Cent Med) (17). Prvo izdanje časopisa objavljeno je u travnju 2011. godine (18). Časopis je posvećen razvoju teorije i prakse medicine usmjerene prema osobi.

Prvi međunarodni kongres ICPCM održan je upravo u Zagrebu, u studenom 2013. godine, s glavnom temom „Cijela osoba u zdravstvenom obrazovanju i obuci“ (engl. „Whole Person in Health Education and Training“), naglašavajući integraciju svih dionika zdravstvene skrbi i okupljajući sudionike iz svih sfera: pacijente, učitelje, studente... (13). Zagreb je odabran kao mjesto održavanja prvog kongresa zbog prestižnog nasljeđa profesora Andrije Štampara, predsjednika prve skupštine WHO (engl. the first WHO General Assembly) te pionira skrbi koja je orijentirana osobi i zajednici (13).

Uz brojne darovite i motivirane ljude s kontinuiranom željom za poboljšanjem zdravstvene skrbi na nacionalnoj i međunarodnoj razini, Hrvatska je zemlja s dugom poviješću javnozdravstvenih inicijativa i inovativnih pristupa zdravstvenoj skrbi (19). Promocija medicine usmjerene prema osobi u Hrvatskoj prisutna je još od 1927. godine, kada je osnovana Škola narodnog zdravlja u Zagrebu, a koja danas nosi ime po, kako ga neki nazivaju, ocu javnog zdravstva, Andriji Štamparu (19). Štampar je, nadahnjujući mnoge, imao jednu od glavnih uloga u utemeljenju i naglašavanju aktivnosti za promociju zdravlja, kako u Hrvatskoj, tako i u svijetu (19).

Medicina usmjerena prema osobi predstavlja povratak temeljnim principima liječenja gdje je pojedinac i cijeli njegov životni kontekst u središtu pažnje.

Od drevnih civilizacija do suvremenih globalnih inicijativa, medicina usmjerena prema osobi je evoluirala kroz različite faze, integrirajući napretke moderne znanosti i mudrosti drevne medicine. Njegovanje naslijeđa Paula Tourniera i Andrije Štampara uz suvremene globalne inicijative kao što su ICPCM pokazatelji su predanosti holističkom pristupu zdravlju.

Budući napori trebaju biti usmjereni na daljnju promociju i bespogovornu implementaciju holističkih pristupa u zdravstvene sustave, osiguravajući da zdravstvena skrb (p)ostane usmjerena na cijelu osobu.

BOLESNIKU USMJERENA SKRB

U medicini oduvijek postoji svojevrsna borba između grupiranja pacijenata s istim simptomima te potrage za specifičnostima bolesti svakog pojedinog pacijenta, odnosno prisutna je dvosmislenost između jedinstvenosti svakog pojedinca i zajedničkih karakteristika ljudi koje medicina pokušava liječiti (14). Već začetnici zapadne medicinske tradicije (Platon, Aristotel, Hipokrat) unijeli su holističku perspektivu u medicinu, prema kojoj, ako cjelina nije zdrava, niti dio ne može biti zdrav (14).

Moderna definicija zdravlja sadržana u ustavu WHO iz 1946. godine ostala je usklađena s takvim prethodnim tradicionalnim težnjama i naglasak stavlja na dinamično stanje potpune fizičke, emocionalne i socijalne dobrobiti, a ne samo na odsutnost bolesti (20). Međutim, unatoč ovoj definiciji, stavovi i praksa velikog dijela moderne medicine postali su izrazito usmjereni na bolesti i specifične organe, sa sve užitim specijalizacijama. Prednosti znanstvenog napretka u liječenju bolesti i inovativnih tehnologija tako mogu biti nedovoljno, ili čak pogrešno, iskorištene ako nisu popraćene razumijevanjem briga i potreba pacijenata (21). Uzak i strogo usmjeren pristup medicini utemeljenoj na dokazima tako može zanemariti vrijednosti i želje pacijenata koji traže pomoć (6), a sveprisutna je i opasnost da veliki, brzi napredak i razvoj personalizirane medicine u sjenu pomakne fokus s pacijenta kao osobe (22). Upravo stoga moramo prihvatiti napretke, ali ih i implementirati na način da i dalje zadržimo kontakt s pacijentom (22).

Rani korijeni koncepta medicine usmjerene na osobu nalaze se u sveobuhvatnom pojmu zdravlja i personaliziranim pristupima medicinskoj skrbi prepoznatim još u drevnim civilizacijama Istoka i Zapada, a moderni napori za implementaciju takvog koncepta uključuju suvremene razvojne promjene u kliničkoj medicini i javnom zdravstvu koje sprječavaju pretjeranu (isključivu) usredotočenost na specifične organe i bolesti te nastoje staviti cijelu osobu u središte medicine (3).

MEDICINA UTEMELJENA NA DOKAZIMA

Veći dio povijesti medicine, dokazi za učinkovitost kliničkih terapija temeljili su se na anegdotalnim izvještajima i osobnom iskustvu. James Lind je, primjerice, izliječio skorbut tako što je hranio mornare citrusima unatoč tome što nije imao temeljnu teoriju za objašnjenje svojih rezultata, a učinak je bio toliko dramatičan da je postao široko prihvaćen (23). Nasuprot tome, tijekom proteklih nekoliko desetljeća, upravo je na temelju pomno osmišljenih velikih kliničkih istraživanja postignut značajan napredak u prevenciji i liječenju kardiovaskularnih bolesti, što je rezultiralo značajnim smanjenjem kardiovaskularne smrtnosti (24).

Na početku 20. stoljeća postojala su tri čimbenika koja su prethodila razvoju medicine temeljene na dokazima: transformacija bolnica iz skloništa za bolesne u prestižne institucije gdje se medicinska skrb temelji na znanstvenim principima (25), reforma medicinskog obrazovanja (26) i začetci kliničke epidemiologije (27).

Medicina utemeljena na dokazima (engl. Evidence Based Medicine, EBM) definira se kao „[...] pažljivo, jasno i razborito korištenje najboljih dokaza prilikom donošenja odluka o skrbi za pojedinačne pacijente. Praksa EBM znači integraciju individualnog kliničkog iskustva s najboljim dostupnim vanjskim kliničkim dokazima iz sustavnih istraživanja.“ (28), odnosno, predstavlja pristup medicinskoj praksi u kojemu se odluke o skrbi za pacijente donose na temelju najboljih dostupnih dokaza iz istraživanja.

S razvojem EBM, razvijale su se i brojne stručne smjernice za liječenje određenih bolesti. Takve smjernice su definirane kao „[...] izjave koje uključuju preporuke, namijenjene optimizaciji skrbi za pacijente, koje se temelje na sustavnom pregledu dokaza“ (29). Cilj takvih smjernica jest standardizirati skrb temeljenu na dokazima iz istraživanja, odnosno smanjiti varijabilnost medicinske prakse i osigurati da svi pacijenti s istom bolešću primaju jednako kvalitetnu skrb (23).

Koncept EBM sve je više postao prihvaćen kao zlatni standard za donošenje odluka u medicinskoj/zdravstvenoj praksi i politici (30).

Međutim, u posljednje se vrijeme spominje (i događa) svojevrsna „renesansa“ EBM, u smislu promicanja njezinih originalnih principa, ali s posebnim naglaskom na dijeljenju odluke s pacijentima i stručnoj prosudbi, zasnovanoj na dokazima i iskustvu (31). Dakle, nikako ne smijemo zanemariti da je pacijent u središtu i nad isključivo znanstvenim razmatranjima uvijek treba dati prednost potrebama pacijenata (15).

Liječnici koji prakticiraju EBM trebali bi identificirati i primjenjivati najučinkovitije intervencije s ciljem unaprjeđenja kvalitete i kvantitete života pacijenata, a to je naravno moguće samo ako uz trenutno najbolje dostupne vanjske dokaze implementiraju i individualno kliničko iskustvo (28). Isto tako, bitno je imati na umu i da bez relevantnih novih istraživanja, praksa brzo može postati zastarjela (28). Izostanak takvog sveobuhvatnog pristupa može biti na potencijalnu štetu pacijenta. Upravo stoga, svaka klinička smjernica mora biti integrirana s individualnim kliničkim iskustvom prilikom odlučivanja o tome uklapa li se u kliničko stanje pacijenta, njegove okolnosti i preferencije i može li se s obzirom na sve razmotrene okolnosti primijeniti (28).

Mnogi faktori, osim kliničkog iskustva i znanstvenih dokaza, utječu na moguće razlike u ishodima liječenja pojedinih pacijenata, uključujući osobni dom pacijenta, njegovu obitelj, društveno i radno okruženje (32). Takva varijabilnost u medicini proizlazi iz individualne biologije (genetike) i individualne biografije (životnih okolnosti) svakog individualnog pacijenta (33,34).

Unatoč svojim prednostima, EBM također može imati i značajne negativne posljedice za zdravstvenu skrb. Neki od primjera koji dočaravaju te negativne posljedice su velika količina istraživačkih studija i njihova varijabilna kvaliteta s manjkavošću upravljanja i također, formuliranje novih bolesti za skupove simptoma kako bi se promovirali medicinski proizvodi uz upotrebu dokaza (35,36).

Rezultati istraživanja koji prikazuju kako je liječenje djelovalo na cijelu populaciju u istraživanju i smjernice koje svakog pacijenta upućuju na isto „najbolje“ liječenje često mogu zanemariti faktore individualnih razlika te to možda neće dovesti do optimalnih ishoda za svakog specifičnog pojedinca (23). EBM nam pruža informacije o prednostima liječenja za prosječnog pacijenta, ali ne i za specifičnog pacijenta (23). Posljedica toga je da mnoge kliničke odluke u skrbi za pacijente, osobito one koje zahtijevaju prilagodbu liječenja uslijed promjena u težini bolesti ili u prisutnosti komorbiditeta, nisu temeljene na dokazima, budući da dokazi potrebni za liječenje trenutnog pacijenta često nisu dostupni (23). Pruža li personalizirana medicina rješenje ovog problema?

PERSONALIZIRANA MEDICINA

Priroda i tijek bolesti specifični su za svakog pojedinca (22).

William Osler još je početkom 20. stoljeća ukazao na važnost individualnog pristupa u medicini, rekavši: „Varijabilnost je zakon života i kao što nema dva ista lica, tako nema niti dva ista tijela niti dva pojedinca koja jednako reagiraju i ponašaju se pod abnormalnim uvjetima koje poznajemo kao bolest.“ (37), a George Beard, tvorac pojma neurastenije, rekao je: „Ako liječnik liječi dva slučaja neurastenije na isti način, tada sigurno jedan liječi krivo.“ (8).

Personalizirana medicina predstavlja pristup zdravstvenoj skrbi s fokusom na prilagodbu medicinskog tretmana individualnim karakteristikama svakog pacijenta (38). To je pristup proizašao iz bioloških znanosti koji koristi jedinstvene genetske, kliničke i druge podatke pojedinca za prilagodbu i optimizaciju tretmana svakom pojedincu (22). Molekularna analiza difuznog B velikostaničnog limfoma na neki je način označila početak ere personalizirane medicine, koja temeljena na genomskim znanjima omogućuje pristup svakom pacijentu kao biološkoj individui (32).

Identifikacija svih specifičnih individualnih karakteristika svakog pojedinca omogućava pretpostavljanje tijeka bolesti i odgovora na terapiju u pojedinca (22). Konačni cilj ovakvog pristupa jest pružiti učinkovitije, preciznije i sigurnije tretmane usklađene s jedinstvenim potrebama pacijenata umjesto korištenja standardiziranih protokola liječenja za sve pacijente s istom dijagnozom (38). Personalizirana medicina pretvara liječnike iz isključivog autoriteta u stručne savjetnike pri liječenju, a pacijente čini sudionicima u procesu odlučivanja (39).

Pristup istraživanjima s gledišta personalizirane medicine naglašava potrebu za novom vrstom baze dokaza koja bi sadržavala sveobuhvatne prikaze pacijenata povezane s velikim brojem uobičajenih kroničnih poremećaja (32). Primjer takvog pristupa istraživanjima su „n-of-1“ klinička ispitivanja u kojima se pacijent koristi kao vlastita kontrola u studiji kako bi se utvrdila učinkovitost liječenja ili intervencije (40). Za razliku od uobičajenih kliničkih ispitivanja koja se usredotočuju na skupine ili populacije, „n-of-1“ ispitivanja usmjerena su na pojedinačne pacijente, što omogućuje personaliziranu procjenu učinkovitosti tretmana (40).

Primarni fokus istraživanja i generiranja dokaza u personaliziranom pristupu mora biti na individualnoj razini, a ne na razini skupine ili populacije (32). Takav pristup ističe važnost detaljne karakterizacije svakog pacijenta za bilo koju klinički primjenjivu analizu (32).

Individualni podaci u istraživanjima tako bi u obzir uzeli više karakteristika svakog pacijenta, kao što su biološke i fiziološke, ali i individualne socijalne te ponašajne značajke (32).

Problem koji se javlja u istraživanjima personalizirane medicine, ali i medicine usmjerene prema osobi, jest nedostatak podataka, a posljedica je prilično malih uzoraka korištenih u studijama, što otežava razumijevanje varijabilnosti među pacijentima (41).

Unatoč revolucionarnom, individualnom pristupu medicinskoj skrbi koji je stvorila, glavna kritika personalizirane medicine zapravo leži u tendenciji da pacijente tretira kao objekte umjesto kao cjelovite osobe (41). Kombinacija personalizirane medicine i skrbi usmjerene na pacijenta upravo je ono što može dovesti do učinkovitijih i individualiziranih planova liječenja, koji uzimaju u obzir jedinstveni genetski i osobni kontekst svakog pacijenta (32). Iako oba pristupa stavljaju pojedinca u središte pozornosti, personalizirana medicina naglašava znanstveni napredak, a medicina usmjerena prema osobi fokusira se na holistički i humanistički pristup (15).

Da bismo osigurali da pacijente tretiramo kao cjelovite osobe, a ne samo kao slučajeve određenih bolesti, potrebna je integracija biomedicinske perspektive i najnovijih znanstvenih spoznaja zajedno s pacijentovim osobnim viđenjem vlastitog stanja i kontekstom u kojemu bolest postoji (15). Upravo medicina usmjerena prema osobi pruža sveobuhvatan okvir za takvu integraciju (15).

MEDICINA USMJERENA PREMA OSOBI

Koncept medicine usmjerene prema osobi uspostavljen je kao globalna inicijativa od strane ICPCM u partnerstvu s WMA, WHO, Međunarodnim vijećem medicinskih sestara (engl. International Council of Nurses, ICN) i 30 drugih organizacija tijekom godišnjih konferencija u Ženevi (42).

Uzak i rigidni okvir prakse temeljene na dokazima marginalizirao je vrijednosti i težnje pacijenata koji traže pomoć (14). Oslabljena komunikacija između kliničara i pacijenata ograničila je razumijevanje i suradnju te poljuljala učinkovitu koordinaciju zdravstvene skrbi (14). Medicina usmjerena na osobu razvila se kao odgovor na fragmentiranu medicinsku skrb, previše tehnološki orijentiranu i fokusiranu na pojedine organe (43).

Medicina usmjerena prema osobi stoga uključuje i naglašava fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne aspekte zdravlja i tako vodi prema cjelovitom tretmanu pacijenta (42). Ovakav pristup pacijenta promatra kroz širi kontekst koji obuhvaća kulturnu raznolikost, ali i njegovu duhovnost (14). Medicina usmjerena prema osobi u potpunosti priznaje osobnost pacijenta te osigurava poštovanje njegove autonomije i dostojanstva te usmjerava pažnju prema komunikacijskim vještinama i odnosu između liječnika i pacijenta što može u konačnici poboljšati učinkovitost zdravstvene skrbi (14). Viktor Frankl u svojoj je knjizi Liječnik i duša izjavio: „Ne mogu zamisliti da bi možda nedovoljna predanost nekoj zadaći ikada mogla biti jedini uzrok psihičke bolesti, ali sam čvrsto uvjeren u to da je pozitivna usmjerenost prema smislu sredstvo ozdravljenja.“ (8).

Medicina usmjerena prema osobi ima za cilj „promicanje medicine osobe (ukupnosti zdravlja osobe, uključujući njezine bolesne i pozitivne aspekte), za osobu (promicanje ostvarivanja životnog projekta osobe), od strane osobe (s kliničarima koji se ponašaju kao cjeloviti ljudi, dobro utemeljeni na znanosti i s visokim etičkim težnjama) i s osobom (raditi s poštovanjem, u suradnji i na osnažujući način kroz partnerstvo pacijenta, obitelji i kliničara).“ (5).

Skrb usmjerena prema osobi naglašava važnost razumijevanja pacijentovih briga i potreba, te promiče integraciju biopsihosocijalnih koncepata i zdravstvenih usluga (14).

Prema riječima filozofa Ortege y Gasset, osoba je kontekstualizirana ovako: „Ja sam ja i moja okolnost.“ (5).

Kako bi medicinska skrb uistinu bila sveobuhvatna u svakom smislu, potrebno je kombinirati znanstvene dokaze i humanističke vrijednosti.

ODNOS LIJEČNIK-PACIJENT

„Ta sav je Zakon ispunjen u jednoj jedinoj riječi, u ovoj: Ljubi bližnjega svoga kao sebe samoga!“ (Gal 5,14) (44)

Prema riječima jedne medicinske sestre, dobri liječnici, shvaćaju jednu ključnu stvar: „Ovdje se ne radi o njima. Radi se o pacijentima.“ (45).

Odnos liječnika i pacijenta se uvelike mijenjao kroz vrijeme, od paternalističkog prema suradničkom (46), a taj je odnos oblikovan unutar društvene kulture i tehnoloških mogućnosti svakog određenog razdoblja (47). Ono što svakako treba sprječavati jest da tehnologija proguta odnos liječnik-pacijent, koji je srž medicinske prakse (22).

Zanimljiv je primjer, kako je Joseph Fabry u svojoj knjizi o logoterapiji predstavio dehumanizaciju u medicini: „Kad sam još bio dijete naš je kućni liječnik svakog tjedna posjećivao moju baku, koja je tom prilikom mogla izjadati sve svoje boli i brige. Danas se svake godine podvrgavam temeljitom pregledu, pri kojemu me tijekom 3 sata prebacuju od sestre do sestre, od aparata do aparata, i na koncu moram odgovoriti na upitnik od 150 pitanja, koja pomažu računalu pri uspostavljanju dijagnoze. Znam da je medicinska obrada koju mi pružaju u toj klinici neusporedivo bolja od one koju je kućni liječnik mogao pružiti mojoj baki, ali nešto se pri tom razvitku medicinske tehnike izgubilo.“ (48).

Briga za pacijenta je temelj medicine (5). Povijesno gledano, a kako je sadržano i u Hipokratovoj zakletvi, altruizam je bio jedna od ključnih značajki medicinske profesije (49). Međutim, kako su liječnici postajali vještiji u liječenju bolesti, čini se da se suosjećajna skrb smanjila, unatoč činjenici da, ponekad, skrb ima veći značaj od liječenja (15).

Tasman naglašava da je odnos kliničar-pacijent ključan za učinkovitu skrb te da treba započeti već pri njihovom prvom susretu (50). Taj odnos treba uključivati empatično slušanje, sveobuhvatno dijagnosticiranje uz razumijevanje simboličnog značenja, a sve skupa s ciljem ostvarivanja terapijskog partnerstva (50). Njegovanje odnosa liječnika i pacijenta važno je tijekom cijelog procesa liječenja (15), a osim s pacijentima, partnerski odnos treba graditi i s njihovim bližnjima (obitelji) (13).

Neuroznanstvena pozadina odnosa liječnik-pacijent ističe različite biokemijske mehanizme koji su zaslužni za pozitivne učinke suosjećanja, empatije, povjerenja i nade za terapijski proces, a stečenih u optimalnom odnosu između liječnika i pacijenta (51). Ovakvi znanstveni dokazi mogu i trebaju potaknuti zdravstvene profesionalce da u svojem radu primjenjuju empatičan pristup, znajući da svojim postupcima mogu utjecati na mozak svojih pacijenata, a tako i na ishode liječenja/skrbi (51). Dakle, trebamo poštivati čvrstu poveznicu mozga i ostatka organizma (15).

Jačanje kontinuiranog rasta i razvoja pacijenata, unutar njihovih životnih okolnosti, ključno je za olakšano nošenje s bolešću i održavanje nade (15). Veća uključenost pacijenata u donošenje odluka u tijeku liječenja rezultira i boljim rezultatima liječenja (15). Da bi se to ostvarilo liječnik treba prepoznati i poticati zdrave dijelove osobnosti pacijenta koje može koristiti u procesu liječenja, a ne samo uočavati i usmjeravati pažnju na bolest s kojom se pacijent prezentira (15). Pacijente, dakle, trebamo vidjeti kao cjelokupne osobe, koje traže pomoć, a liječnike kao osobe kojima možemo vjerovati, koje pružaju pomoć (15).

Pacijenti danas liječnicima postavljaju brojna pitanja koja često zapravo i nisu medicinske, nego filozofske prirode i za koja liječnici kroz svoju edukaciju često nisu pripremljeni (8). Američki psihoanalitičar Burton istaknuo je primjer redukcije straha od smrti u psihijatrijskih pacijenata na strah od kastracije: „Što bih dao za to da me muči strah od kastracije, a ne tjeskobno pitanje, nužna sumnja hoće li moj život jednom, u času mog umiranja, imati smisla?“ (8). Dakle, nije mudar onaj koji zna, nego onaj koji razumije (52).

Već desetljećima se u odnosu terapeuta i pacijenata prepoznaje važnost aktivnog sudjelovanja pacijenata u vlastitom liječenju (52). Suvremeni pristup, uključujući dijeljenje informacija i razmatranje opcija liječenja, dio je osnovnih pacijentovih prava u medicini (52). Ipak, često se zanemaruje sposobnost pacijenata da koriste svoje snage i psihološke resurse kako bi aktivno sudjelovali u postizanju željenih promjena (52).

Finski model procjene i liječenja prilagođenog potrebama pacijenta, koji su razvili Alanen i kolege, ističe aktivno sudjelovanje pacijenata kao stručnjaka za njihove vlastite životne situacije, uzimajući u obzir njihov obiteljski i društveni kontekst (53). Takav pristup, usmjeren na obitelj i okolinu pacijenta, pokazao se vrlo učinkovit u terapiji psihijatrijskih pacijenata (53).

Atul Gawande, kirurg, javnozdravstveni stručnjak i pisac, u jednoj od svojih knjiga, Bolja medicina, dočarao je problematiku ostvarivanja dubljeg odnosa liječnik-pacijent:

„Naš je posao razgovarati sa strancima. Zašto o njima ne bismo nešto i doznali? To se, na prvi pogled, čini poprilično lako. A onda vam dođe novi pacijent. Trebate ih primiti još troje, i odgovoriti na dva poziva na pejdžer, a dan odmiče. Jedino što u tom času želite jest riješiti trenutačni problem. Gdje boli, gdje je kvržica, ili što je već u pitanju? Koliko dugo je tu? Da li nešto poboljšava ili pogoršava stanje? Kakve je zdravstvene probleme osoba imala u prošlosti? Svi znamo kako to ide.“ (45).

Međutim, Gawande je u istoj knjizi vrlo jasno opisao način na koji liječnici mogu doprinijeti izgradnji odnosa s pacijentima i implementirati pozitivno devijantno ponašanje u medicinu:

„Ali zamislite da, u primjerenom trenutku, pacijentu posvetite trenutak vremena i natjerate se da mu postavite neko nepredviđeno pitanje: „Gdje ste odrasli?“ ili „Kako to da ste se preselili u Boston?“ Pa čak i: „Jeste li sinoć gledali Red Soxe?“ Pitanje ne mora biti ni teško ni važno; tek pitanje koje vam omogućava da uspostavite ljudski kontakt. Neki ljudi za to neće biti zainteresirani. Reći će vam da samo pogledate kvržicu. I to je u redu. U tom slučaju, pogledajte kvržicu. Obavite svoj posao.

Vidjet ćete, međutim, da će mnogi na pitanje odgovoriti – iz uljudnosti, ili prijaznosti, ili zato što im nedostaje ljudski kontakt. Kada se to dogodi, provjerite možete li razgovor održati na dulje od dvije rečenice. Slušajte. Zabilježite što ste doznali. To nije četrdeset šestogodišnji muškarac sa desnom ingvinalnom hernijom. To je četrdeset šestogodišnji bivši pogrebnik koji je mrzio raditi sa sprovodima, s desnom ingvinalnom hernijom.“ (45)

Učinkovita komunikacija i izgradnja odnosa ključni su za uspješnu medicinsku praksu te osiguravaju da se pacijenti tretiraju kao cjelovite osobe, a ne samo kao slučajevi bolesti (15).

KOMUNIKACIJA I EDUKACIJA U MEDICINI

Odgovorni smo za ono što izgovaramo (54).

Osnova medicine usmjerene prema osobi je kvalitetna komunikacija između liječnika i pacijenta, od koje koristi trebaju/mogu imati obje strane, zdravlje pacijenta i osobnost liječnika (5). Upravo komunikacija predstavlja svojevrsni „most između personalizirane i osobi usmjerene medicine“ (15) i omogućuje implementaciju i znanosti i holističkog pristupa u zdravstvenu skrb. Površna komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenata (ali i zdravstvenih djelatnika međusobno) rezultira(la) je zanemarivanjem pacijentovih stvarnih potreba, briga i vrijednosti (5). „Sve više govorimo, a sve manje slušamo. Imamo sve manje vremena za komunikaciju i strpljenja za slušanje, od sati i minuta sveli smo se na sekunde.“ (55). Međutim, pozitivna je činjenica da je u posljednjim desetljećima naglasak na komunikaciji i medicinskom intervjuu sve prisutniji u medicinskoj edukaciji i praksi (13).

Riječ komunikacija na latinskom znači „javni“, „koji dijele mnogi“ (56). Čovjek je društveno biće, treba mu komunikacija s drugima (56). Prema Jaspersovoj filozofiji egzistencije, komunikacija je ono što razlikuje čovjeka od svih drugih živih bića i postoji samo među ljudima (57).

Komunikacija u širem smislu označava razmjenu iskustva i uključuje najmanje dvije osobe, a uspješna komunikacija je ona u kojoj do sugovornika dolazi poruka što sličnija onoj koju je pošiljalatelj imao na umu (58). Faze komunikacijskog procesa uključuju kodiranje, prijenos i dekodiranje poruke (57). Elementi komunikacijskog čina su pošiljalatelj, primatelj, kod, kanal, poruka i kontekst (57), među kojima kontekst nikako ne smije ostati zanemaren. Neverbalna komunikacija, taktilna, vizualna, olfaktivna, također ima ogromnu ulogu (57). Krucijalan dio komunikacije predstavlja slušanje (58), a za ostvarivanje uspješne komunikacije, vrlo je važna empatija, odnosno razumijevanje osjećaja drugih i sposobnost da se stvari vide iz perspektive sugovornika (58).

Osim empatije, važno je znati i svoje komunikacijske vještine uskladiti sa zahtjevima vremena u kojem živimo (56). Nakon pisama i fiksnih telefona, kao novi izazovi i dodatni načini komunikacije pojavili su se mobiteli, elektronička pošta, društvene mreže (56). Posebno se izdvaja cjelokupna komunikacija putem interneta i stvaranje cijele subkulture interneta (55), ali prirodu ljudskih odnosa u ovakvom modernom tehnološkom vremenu određuje način na koji koristimo tehnologiju (56). Unatoč tome što je napredak znanosti brži od napretka prakse, važno je uložiti napore za održavanje balansa između napredovanja tehnologije i holističkog uvažavanja potreba pacijenata (15). Za taj je balans fundamentalan odnos kliničara i bolesnika, a taj odnos počiva upravo na komunikaciji (15).

ZNAČAJ KOMUNIKACIJE U ZDRAVSTVENOJ SKRBI

Dobra međusobna komunikacija pomaže nam da lakše shvatimo problem i otvara mogućnost zajedničkog odlučivanja (4).

Carl Rogers, američki psiholog, sredinom 20. stoljeća ukazao je na značaj otvorene komunikacije i osnaživanja pojedinaca kako bi oni postigli svoj puni potencijal (59).

Komunikacija je ključna za izgradnju suradničkog odnosa s pacijentima i njihovim obiteljima te za konačan uspjeh medicinskog tima (60). Suradnički odnos i kvalitetna komunikacija rezultiraju poboljšanim iskustvom pacijenata unutar zdravstvene skrbi (60). Otvorena komunikacija potiče timski rad i povećava kulturnu osjetljivost (60).

Pacijenti su uz dobru komunikaciju s liječnicima skloniji pridržavati se plana liječenja, a kvaliteta skrbi se općenito unaprjeđuje što vodi smanjenju rizika od medicinskih pogrešaka te u konačnici boljim kliničkim ishodima (60).

Komunikacija između liječnika i pacijenta treba biti zasnovana na međusobnom razumijevanju te također uključivati i obitelj (bliske osobe) pacijenta (46). Liječnik bi, dakle, trebao biti obziran i komunicirati s osobama bliskim pacijentu, kada god je to moguće, a u skladu s pacijentovim željama i najboljim interesima (61).

Razumijevanje komunikacije iznimno je izazovno te da bismo mogli barem djelomično razumjeti njezinu važnost, trebamo razumjeti što se događa u mozgu liječnika i pacijenta pri njihovom razgovoru (o dijagnozi, o prognozi, rizicima zahvata...) (55).

Neuroznanstvena pozadina komunikacije potvrđuje da riječi liječnika utječu na mozak pacijenta (51). Dokazano je da kada liječnik ponudi više informacija pacijentu, dolazi do smanjenja stresa, poboljšanog odgovora na terapiju te olakšanja simptoma (62). Nasuprot tome, kada liječnik pruža informacije samo napismeno to povećava anksioznost i rezultira lošim raspoloženjem pacijenata (62).

Ovdje je korisno ponovno istaknuti i jedno od istraživanja profesora Fransa Huygena, liječnika iz Nizozemske, koji je 1970. godine pokazao da su djeca čiji su roditelji bili skloni izbjegavanju konflikta češće oboljevala (12) što na neki način također naglašava važnost komunikacije i izražavanja emocija.

Iako dosta ljudi smatra komunikaciju banalnim dijelom zdravstvene skrbi, ona je zapravo jedno od najslojevitijih područja medicine (55).

Komunikacija je najvažnija klinička vještina u medicinskoj praksi (15) koja zahtijeva aktivno sudjelovanje svih pružatelja i korisnika zdravstvene skrbi. Obuhvaća interakcije između pacijenata i liječnika, pacijenata i drugih članova zdravstvenog tima (socijalni radnici, medicinske sestre, psiholozi, fizioterapeuti, radiološki tehničari...), zdravstvenih djelatnika i obitelji pacijenata, komunikaciju unutar multidisciplinarnog medicinskog tima, unutar profesionalnih udruženja, ali i s vanjskim subjektima (vladajući, osiguravajuća društva, mediji, farmaceutska industrija...) (15).

Zdravstveni djelatnici trebaju biti spremni komunicirati na različite načine, u različitim okolnostima i kulturama, u suvremenom svijetu i uz suvremene tehnologije (umjetnu inteligenciju, društvene mreže) (55). Razvoj komunikacijskih tehnologija i povećana dostupnost medicinskih informacija javnosti (laicima) neizbježno su utjecali na promjene interakcije između liječnika i pacijenta, potičući angažiranost pacijenata za njihovo zdravlje, ali istovremeno stavljajući pritisak javnosti na liječničke odluke (63).

Komunikacija u zdravstvenoj skrbi je višeslojna, a neučinkovita komunikacija na bilo kojoj razini može značajno utjecati na sigurnost pacijenata te potencijalno rezultirati pogreškama u liječenju (64).

Značajna vrsta komunikacije u kojoj zdravstveni djelatnici imaju važnu ulogu jest i komunikacija s medijima. Ona predstavlja oblik javne, odnosno masovne komunikacije, koja većinom nije recipročna, već jednostrana i stavlja veliku odgovornost na govornika (58), u ovom slučaju zdravstvene djelatnike. Pri komunikaciji s medijima, primjerice u trenucima oružanih sukoba ili nasilja, liječnici ne smiju širiti dezinformacije niti manipulirati činjenicama za javnost, za medije ili za društvene mreže (65). Liječnici, kao znanstvenici i humanitarci, trebaju biti svjesni svoje društvene odgovornosti (66).

Svaka komunikacija i razgovor su unikatni i individualni, a obuka u komunikacijskim vještinama je ključna za dugoročno učinkovitiju zdravstvenu skrb (15). Iako su iskustvo i prirodni talent vrlo korisni u uspostavi komunikacije između pružatelja i korisnika zdravstvene skrbi, svi ljudi inicijalno raspolažu različitim stupnjevima vještina te ako želimo pružiti optimalnu i strukturiranu skrb ne možemo se oslanjati samo na njih (15). Kvalitetna i učinkovita komunikacija je dakle nešto što se može i treba naučiti kako bi svi zdravstveni djelatnici bili u mogućnosti optimalno ju provoditi (15).

EDUKACIJA (KLINIČKE I KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE)

Prema Međunarodnom kodeksu medicinske etike WMA (engl. WMA International Code of Medical Ethics, ICoME), dokumentu koji postavlja etičke standarde za liječnike diljem svijeta, liječnici su dužni tijekom cijelog profesionalnog života kontinuirano unaprjeđivati svoja znanja i vještine kako bi osigurali pružanje najbolje moguće njege (61).

Održavanje zdravlja kao prirodnog stanja iznimno je važno (67). Naš stav prema životu i prirodi oblikuje se kroz učenje (67). Obrazovanje nam pomaže u razvijanju kulture zdravlja, a komunikacija je ključna za ostvarenje i implementaciju te kulture (67).

Rezultati istraživanja provedenog pomoću online upitnika među liječnicima u Hrvatskoj 2015. godine istaknuli su potrebu za jačanjem obrazovanja u komunikacijskim vještinama unutar medicinskih programa u Hrvatskoj (46). Hrvatski liječnici prepoznaju važnost komunikacije u kliničkoj praksi i potrebu za jačanjem obrazovanja u ovom području, prepoznaju da dobra komunikacija može ublažiti simptome i poboljšati ishode terapije, odnosno priznaju ulogu komunikacije u placebo i nocebo efektima (46). Značajan broj hrvatskih liječnika također smatra da je u edukaciji prevelik fokus na biomedicinskom pristupu, zanemarujući humanističke aspekte bolesti te izražavaju želju za dodatnom edukacijom u području komunikacijskih vještina (46).

Komunikacija je, srećom, vještina, koja se može naučiti, a trening komunikacijskih vještina sve je više uključen u medicinske kurikule (46). Španjolska je tako primjerice u razdoblju od 1990. do 2014. godine povećala implementaciju edukacije o komunikaciji u medicinski kurikulum, odnosno evidentiran je povećan broj predmeta i povećana osviještenost o komunikacijskim vještinama (68). Hrvatska također ne zaostaje u shvaćanju i prihvaćanju važnosti edukacije o komunikaciji i treninga u tom području (46).

S obzirom da se komunikacija najbolje uči kroz praksu, u treningu komunikacijskih vještina najvažnije je iskustveno učenje (69). „Ex cathedra“ predavanja o komunikaciji nisu dovoljno uspješna u učenju komunikacijskih vještina (70). Edukacije o komunikaciji stoga trebaju biti sveobuhvatne i uključivati primjerice učenje komunikacije s profesionalnim glumcima, odnosno igranje uloga sa simuliranim pacijentima uz osmišljene scenarije (55).

ZDRAVLJE U ZAJEDNICI

“Padne li jedan, drugi će ga podići; a teško jednomu! Ako padne, nema nikoga da ga podigne.” (Prop 4,10) (44)

Zdravstvena skrb usmjerena na ljude je skrb u kojoj pojedinci i zajednice mogu sudjelovati u pouzdanim zdravstvenim sustavima koji im služe i holistički zbrinjavaju njihove potrebe (71). Zdravstvo usmjereno prema zajednici osmišljeno je prema potrebama svih sudionika te omogućuje suradnju na svim razinama (među pacijentima, zdravstvenim djelatnicima, zdravstvenim organizacijama i srodnim sektorima) (71).

„Što je u 21. stoljeću zdravlje? Kako promicati zdravlje, a ne bolest?“ (55)

Dobro zdravlje nije nešto što se podrazumijeva, već nešto za što se mora boriti, raditi i ulagati; proizvod je kako pojedinca tako i zajednice te da bi ovaj pristup bio uspješan „moramo prestati živjeti za bolest i početi se boriti za zdravlje“ (67).

„Dok pokušava izaći na kraj sa sve kompleksnijim znanjima i oblicima liječenja, medicina ne uspijeva zadovoljiti standarde svojih najjednostavnijih zadaća.“ (45). U okolnostima sve veće „super“ specijalizacije, sve je prisutnija i depersonalizacija u zdravstvenoj skrbi te stoga ne čudi da se u takvim okolnostima pacijenti žale da ih se ne tretira kao osobe, već ih se „obrađuje“ kao objekte“ (72). Pacijenti od zdravstvene skrbi ne očekuju medicinu usmjerenu na bolest, bogatu tehničkim vještinama, a siromašnu ljudskošću, već zahtijevaju zdravstvene sustave koji su organizirani tako da liječe kompletne osobe (72).

DRUŠTVENE ODREDNICE ZDRAVLJA

Društvene odrednice zdravlja, poznate i kao socijalne determinante zdravlja (engl. Social Determinants of Health, SDH), su faktori koji utječu na zdravlje ljudi kroz izloženost tijekom života, ali i prije rođenja (73).

Kao što anatomija, fiziologija i biokemija pružaju temelj za razumijevanje ljudskog tijela, njegovog funkcioniranja, mogućih poremećaja i načina popravljanja oštećenih funkcija, tako je važno da (budući) liječnici razumiju socijalne, kulturne i okolišne uvjete u kojima će raditi i liječiti ljude, a to uključuje upravo temeljito poznavanje SDH (74).

Zdravlje zajednice ili populacije oblikuju brojni čimbenici koji nadilaze tradicionalno shvaćene uzroke bolesti. SDH obuhvaćaju čimbenike koji utječu na odabir ponašanja i životnog stila: fizičko, psihosocijalno i ekonomsko okruženje u kojem ljudi žive te dostupnost zdravstvenih usluga (75).

Neki od primjera SDH koje mogu pozitivno ili negativno utjecati na zdravlje su obrazovanje, dohodak, nezaposlenost i poslovna nesigurnost, radni uvjeti, nesigurnost hrane, uvjeti stanovanja, socijalna zaštita, životni okoliš i socijalna uključenost (76). Brojna istraživanja su pokazala da SDH utječu na 30-55% zdravstvenih ishoda, što pokazuje da one mogu utjecati na zdravlje čak i više od strukture samih zdravstvenih sustava (76).

U mnogim društvima nezdrava ponašanja slijede socijalni gradijent: niži položaj u socioekonomskoj hijerarhiji povezan je s većom stopom pušenja, lošijom prehranom i manjom razinom fizičke aktivnosti (7). Bliska povezanost između siromaštva i bolesti ključna je za zbrinjavanje društvenih determinanti zdravlja, pri čemu je razina obrazovanja glavni, ali ne i jedini, čimbenik koji utječe na socijalnu raspodjelu ovih uzroka (7).

Glavno rješenje najučestalijih nezaraznih bolesti je prevencija (77). Pušenje, nezdrava prehrana, fizička neaktivnost i prekomjerna konzumacija alkohola predstavljaju četiri najčešća promjenjiva rizika, uz nedavno prepoznato i mentalno zdravlje kao dodatni faktor rizika za kronične nezarazne bolesti (engl. noncommunicable diseases, NCDs) (77). Nacionalne politike koje podržavaju ljude u postizanju zdravih životnih stilova i ponašanja trebaju biti osnova svih zdravstvenih mjera (77).

Neki od konkretnih primjera rješavanja temeljnih uzroka narušavanja zdravlja uključuju regulaciju cijena i dostupnosti alkohola, kao i promicanje oporezivanja duhana, označavanje pakiranja, te zabrane oglašavanja i pušenja na javnim mjestima, što je dokazano smanjilo potrošnju duhana (7).

Jedan od ključnih elemenata zdravstvene infrastrukture su ljudski resursi; ostvarivanje zdravstva usmjerenog prema potrebama ljudi ovisi o dobro educiranim i motiviranim zdravstvenim djelatnicima, na čelu s liječnicima primarne zdravstvene zaštite (engl. Primary Health Care, PHC) (77). Osim bolničkih, odnosno kliničkih liječnika, najčešći kontakt s pacijentima imaju upravo liječnici primarne zdravstvene zaštite, odnosno obiteljske medicine i stoga je od iznimne važnosti da upravo taj kontakt bude kvalitetan i usmjeren osobi (78). Prema europskoj definiciji ključnih značajki i uloge liječnika opće prakse/obiteljske medicine iz 2023., „Obiteljska medicina bavi se ljudima i njihovim problemima u kontekstu njihovih životnih okolnosti, a ne bezosjećajnom patologijom ili 'slučajevima'.” (78).

PHC većinom je prvi kontakt ljudi sa sustavom zdravstvene zaštite te ukoliko je dovoljno dobro organizirana, može (i trebala bi) zadovoljiti većinu zdravstvenih potreba stanovništva kroz sveobuhvatan i kontinuiran pristup (79). PHC obuhvaća širok raspon osobne medicinske skrbi, uključujući preventivnu, dijagnostičku, palijativnu, terapijsku, kurativnu, savjetodavnu i rehabilitacijsku skrb, tijekom vremena i u svojoj srži nije pristup usmjeren isključivo na bolest, već pristup usmjeren na osobu (79). PHC također ima za cilj osnažiti pojedince, obitelji i zajednice da preuzmu aktivnu ulogu u poboljšanju svog zdravlja (79). Kroz takvu društveno odgovornu skrb, odnosno uključivanje i mobiliziranje zajednice, omogućuje pacijentima participativnu i multidisciplinarnu skrb, a ujedno pridonosi rasterećenju viših razina zdravstvene zaštite (79).

Zdravstveni razvojni programi dakle trebaju proširiti svoje fokuse od pojedinačnih bolesti te se usmjeriti na održiviji i učinkovitiji razvoj infrastrukture PHC (77). Postizanje zdravstvene jednakosti za sve podrazumijeva predanost vlada, zdravstvenog sektora, zdravstvenih stručnjaka i međunarodne zajednice (7).

ZDRAVSTVENE POLITIKE

Javno zdravstvo uključuje praćenje, procjenu i planiranje niza programa i aktivnosti usmjerenih na identificirane potrebe stanovništva, a ključno načelo javnozdravstvene politike trebalo bi biti inkluzivnost i zdravstvena pravednost (75). Zdravlje zajednice mjeri se zdravljem svih njenih stanovnika, a zdravstveni problemi koji se mogu spriječiti i koji pogađaju pojedinca utječu na zdravlje i resurse zajednice (75).

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske strukturiran je kao složeni sustav u kojem ključnu ulogu ima zdravstvena djelatnost koja se odvija na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini, kao i na razini zdravstvenih zavoda (80). Uz zdravlje kao temelj, hrvatski zdravstveni sustav počiva na ravnopravnosti, pravednosti i solidarnosti u raspodjeli i dostupnosti zdravstvenih usluga, koje trebaju biti kontinuirane, sveobuhvatne i pristupačne, a u pružanju zdravstvene zaštite poštuje načelo usmjerenosti na pacijenta (80).

Političari bi, naime, uvijek trebali stavljati potrebe populacije iznad potreba pojedinca, dok kliničari u svakodnevnom radu trebaju činiti suprotno, a zbog toga može doći do sukoba između društvene pravednosti i osjetljivosti na individualne potrebe (21). Važno je stoga kontinuirano imati na umu da pacijentove potrebe nadilaze isključivo biomedicinske aspekte te osigurati da mjere javnog zdravstva ne zaborave individualne potrebe pacijenata (21).

Odgovornost javnog zdravstva prvenstveno je nadzor, istraživanje i kontrola bolesti, a te se aktivnosti ne mogu učinkovito provoditi bez aktivne suradnje zdravstvenih djelatnika, odnosno liječnika i njihovih strukovnih udruga s vladinim i nevladinim agencijama (75). Liječnici su svjesni obrazaca bolesti pojedinaca i zajednice te imaju svojevrsnu dužnost obavijestiti zdravstvene vlasti o problemima koji bi mogli zahtijevati daljnje istraživanje i djelovanje (75). Neki problemi povezani sa zdravljem izuzetno su složeni i uključuju više razina odgovora te bi stoga medicinski i javnozdravstveni sektor trebali aktivno surađivati u stvaranju sustava koji promiču zdrave stilove života i smanjuju rizike za zdravlje (75).

Opća skupština Ujedinjenih naroda (engl. United Nations General Assembly, UNGA) 2012. godine usvojila je Rezoluciju o globalnom zdravlju i vanjskoj politici (engl. Global health and foreign policy: resolution), pozivajući zemlje da ubrzaju napredak prema univerzalnoj zdravstvenoj pokrivenosti (engl. Universal Health Coverage, UHC), ideji prema kojoj svi, svugdje, trebaju imati pristup kvalitetnoj i pristupačnoj zdravstvenoj skrbi kao ključnom prioritetu međunarodnog razvoja (81). Tada su države članice također priznale važnost UHC u nacionalnim sustavima, posebice kroz PHC i mehanizme socijalne zaštite, kako bi se osigurao pristup zdravstvenim uslugama za sve, osobito za najsiromašnije dijelove stanovništva (81).

UHC je dakle pokret koji želi omogućiti pristup odgovarajućoj zdravstvenoj skrbi svima, svugdje te tako promicati svijest i djelovati na SDH (82). Predstavlja svojevrsan okvir za implementaciju jednakosti, ravnopravnosti i socijalne uključenosti te njegovanje dobre prehrane i mentalnog zdravlja tijekom cijelog životnog ciklusa u cijelom svijetu (82).

Preporuka WHO je preusmjeravanje zdravstvenih sustava prema što većem korištenju pristupa PHC (82). Većina, odnosno 90% ključnih intervencija za UHC može se provesti kroz resurse PHC, što bi moglo spasiti 60 milijuna života i povećati prosječni globalni životni vijek za 3,7 godina do 2030. godine (82).

Agenda 2030 za održivi razvoj (engl. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development), koju su Ujedinjeni narodi usvojili 2015. godine, dokument je koji ima za cilj iskorijeniti siromaštvo, zaštititi planet i osigurati napredak za cijeli svijet do 2030. godine kroz 17 ciljeva održivog razvoja (engl. Sustainable Development Goals, SDGs) (83). Ključni ciljevi Agende 2030 uključuju iskorjenjivanje siromaštva, promicanje socijalne uključenosti i održivog gospodarskog rasta, zaštitu okoliša te poboljšanje globalnog zdravlja (83).

Agenda 2030 ima za cilj rješavanje globalnih izazova na sljedeće načine: iskorjenjivanjem siromaštva i gladi, osiguranjem zdravlja i blagostanja, pružanjem kvalitetnog obrazovanja, postizanjem jednakosti spolova, osiguravanjem čiste vode i sanitarnih uvjeta, osiguravanjem pristupačne i čiste energije, promicanjem primjerenog rada i održivog gospodarskog rasta, poticanjem inovacija i izgradnjom otporne infrastrukture, smanjenjem nejednakosti, stvaranjem održivih gradova i zajednica, poticanjem odgovorne potrošnje i proizvodnje, poduzimanjem hitnih klimatskih mjera, zaštitom života na kopnu i pod vodom, uz promicanje mira i pravde i revitaliziranjem globalnih partnerstava za postizanje ovih ciljeva (84).

Zdravlje se na neki način provlači kroz gotovo sve ciljeve održivog razvoja, a primarno je definirano u cilju broj 3: „Osigurati zdrav život i promicati dobrobit za sve u svim dobima“ (84).

WHO prepoznaje dobrobiti ostvarivanja ciljeva održivog razvoja za zdravstvo te potvrđuje političku volju da zdravstvena pravednost postane globalni, regionalni i nacionalni cilj, uz naglasak na djelovanju na društvene odrednice zdravlja na svim razinama i u svim sektorima (85).

Berwick također naglašava kako je da bi medicina uspješno napredovala potrebno poduzeti dvije stvari: pratiti vlastite rezultate i biti transparentniji u radu, odnosno redovito uspoređivati učinkovitost liječnika i bolnica te analizirati sve, od učestalosti komplikacija tijekom operacija do toga koliko često pacijenti dobivaju lijekove točno onako kako je propisano (45).

Prema WMA Deklaraciji o smjernicama za kontinuirano poboljšavanje kvalitete u zdravstvenoj skrbi (engl. WMA Declaration on Guidelines for Continuous Quality Improvement in Healthcare) svi dionici u zdravstvu imaju dužnost za kontinuiranim usavršavanjem s ciljem osiguravanja bolje skrbi pojedinačnim pacijentima, a kroz poboljšanje individualnih ishoda ostvarivanje i boljeg zdravlja populacije (86). Zdravstvene institucije imaju obvezu provoditi interne i eksterne evaluacije kvalitete i redovno/kontinuirano unaprjeđivati svoj rad kroz učenje na greškama, uz procjene rezultata liječenja i kliničkog rada, prikupljanje informacija i zadnje, ali možda najvažnije, prikupljanje mišljenja, odnosno povratnih informacija od strane pacijenata (86). Zdravstvene institucije stoga trebaju, ukoliko postoje prepoznati rizici ili prostor za poboljšanja, implementirati intervencije te ponovno aktivno evaluirati učinak svake provedene akcije (86).

Dakle, za provođenje zdravstvene skrbi usmjerene prema potrebama zajednice, ključna je bliska suradnja između zdravstvenih djelatnika, koji su direktno upućeni u zdravstvene potrebe pacijenata te zdravstvenih vlasti, koje donose mjere na temelju kojih se ta zdravstvena skrb provodi, ali kako bi skrb uistinu bila namijenjena ljudima, nikako ne smijemo zaboraviti uključiti i mišljenje upravo korisnika te skrbi.

ZDRAVLJE KAO LJUDSKO PRAVO

Prema Univerzalnoj deklaraciji o ljudskim pravima (engl. The Universal Declaration of Human Rights, UDHR) iz 1948. godine, ljudska prava su prava koja pripadaju svim ljudima, bez obzira na rasu, spol, nacionalnost, etničku pripadnost, jezik, religiju ili bilo koji drugi status (87). Primjeri prava spomenutih u UDHR uključuju: pravo na život, slobodu i sigurnost, pravo na slobodu od ropstva i mučenja, pravo na slobodno vrijeme i odmor od rada, pravo na slobodu mišljenja i izražavanja, pravo na rad i obrazovanje, pravo na pripadnost religiji (87)...

Međunarodni instrument koji štiti ljudska prava i slobode u Europi je Europska konvencija o ljudskim pravima (engl. The European Convention on Human Rights, ECHR) i prvi je instrument koji od 1953. godine određena prava UDHR čini obvezujućima za svih 46 država članica Vijeća Europe (88).

Svi ljudi rađaju se slobodni i jednaki u dostojanstvu i pravima, a ljudska prava postoje neovisno o sustavima, ona su inherentna svakom pojedincu i trebaju se primjenjivati na sve osobe samo zbog toga što su ljudska bića (87).

Službena definicija zdravlja prema načelima WHO utvrđenim u preambuli Ustava glasi: Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nemoći (20).

Za kraj ću istaknuti ono što smatram da čini srž pristupa usmjerenog prema osobi:

"Svako ljudsko biće ima pravo na uživanje najvišeg dostupnog standarda zdravlja pogodnog za dostojanstven život." (89).

ZAHVALE

Hvala dragom Bogu, svim mojim voljenima i ovoj molitvi koja me pratila zadnjih 6 godina:

“Dobri Bože, hvala ti na svim darovima koje si mi dao. Udijeli mi milost da se uvijek njima služim tebi na slavu, za svoje posvećenje i na dobro drugih.

Daj da uvijek budem radosna srca. Blagoslovi moje roditelje, prosvjetli učitelje, nastavnike i profesore, pomoz mi prijateljima. Daj da, zagovorom nebeske majke Marije, moje učenje bude nagrađeno uspjehom. Molim te, vodi moj razum i učvrsti volju da savjesno vršim svoje dužnosti i zaslužim uspješno položiti ispit za koji se spremam. Amen.” (90).

LITERATURA

1. Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P, Bhatt N. Ayurveda and traditional Chinese medicine: a comparative overview. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2005 Dec;2(4):465-73. doi: 10.1093/ecam/neh140.
2. Christodoulou N. Psychosomatic Medicine in Ancient Greece: An Overview. U: Leigh H, ur. *Global Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry: Theory, Research, Education, and Practice*. Cham: Springer International Publishing; 2019. str. 15-26
3. Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Botbol M, Salloum I. Introduction to person-centred medicine: from concepts to practice. *J Eval Clin Pract*. 2011 Apr;17(2):330-2. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01606.x.
4. Prof. dr. sc. Juan E. Mezzich: Medicina usmjerena osobi - osnovni principi zaboravljene doktrine. U: 2. hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihijatriji; 2012. rujan; Zagreb, Hrvatska. *MEDIX*. 2012;XVII(98/99):78-82.
5. Mezzich JE. The Geneva Conferences and the emergence of the International Network for Person-centered Medicine. *J Eval Clin Pract*. 2011 Apr;17(2):333-6. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01576.x.
6. Miles A, Loughlin M, Polychronis A. Evidence-based healthcare, clinical knowledge and the rise of personalised medicine. *J Eval Clin Pract*. 2008 Oct;14(5):621-49. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.01094.x.
7. World Medical Association. WMA Declaration of Oslo on Social Determinants of Health [Internet]. [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-oslo-on-social-determinants-of-health/>
8. Frankl VE. Liječnik i duša: Temelji logoterapije i egzistencijske analize. Deset teza o osobi. 3. dopunjeno izd. Zagreb: Kršćanska sadašnjost; 2021.
9. von Orelli F. Introduction to Paul Tournier and his legacy. Usmeno izlaganje na: 10. Geneva Conference on Person-Centered Medicine; 10. svibanj 2017.; Ženeva, Švicarska.
10. Tournier P. *Médecine de la personne*. Neuchatel, Švicarska: Delachaux et Niestlé; 1940.
11. Yao L, Kabir R. Person-Centered Therapy (Rogerian Therapy) [Ažurirano 9.2.2023.]. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589708/>

12. Freeman TR. McWhinney's Textbook of Family Medicine. 4. izd. New York: Oxford University Press; 2016.
13. Braš M, Đorđević V. Person-centered health education and training. *Croat Med J*. 2014 Feb;55(1):79-80. doi: 10.3325/cmj.2014.55.79.
14. Mezzich J, Snaedal J, van Weel C, Heath I. Toward person-centered medicine: from disease to patient to person. *Mt Sinai J Med*. 2010 May-Jun;77(3):304-6. doi: 10.1002/msj.20187.
15. Dorđević V, Bras M, Brajković L. Person-centered medical interview. *Croat Med J*. 2012 Aug;53(4):310-3. doi: 10.3325/cmj.2012.53.310.
16. International College of Person-Centered Medicine. By-laws of the International College of Person-Centered Medicine (formerly International Network for Person-Centered Medicine). [Internet]. [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.personcenteredmedicine.org/doc/2019-pdf/04/ICPCM-ByLaws-Amended-25-March-2019.pdf>
17. Mezzich JE. Building person-centered medicine through dialogue and partnerships: perspective from the international network for person-centered medicine. *Int J Pers Cent Med*. 2011;1:10-3. doi:10.5750/ijpcm.v1i1.13.
18. Miles A, Mezzich JE. Editorial introduction: advancing the global communication of scholarship and research for personalized healthcare. *Int J Person Cent Med*. 2011 Apr;1(1):1-5. doi: 10.5750/ijpcm.v1i1.10.
19. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Congress statement on the appraisal and prospects for person-centered medicine in croatia. *Croat Med J*. 2014 Feb;55(1):83. doi: 10.3325/cmj.2014.55.83.
20. Constitution of the World Health Organization. *Am J Public Health Nations Health*. 1946 Nov;36(11):1315-23. doi: 10.2105/ajph.36.11.1315.
21. Heath I. Promotion of disease and corrosion of medicine. *Can Fam Physician*. 2005;51:1320-2.
22. Đorđević V, Braš M, Miličić D. Person in medicine and healthcare: from bench to bedside to community. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
23. Horwitz RI, Charlson ME, Singer BH. Medicine based evidence and personalized care of patients. *Eur J Clin Invest*. 2018 Jul;48(7):e12945. doi: 10.1111/eci.12945.

24. Rahman A. Guest Editorial: Decades of progress - Evidence-based medicine's role in reducing cardiovascular mortality. *Aust J Gen Pract*. 2024 Jul;53(7):421. doi: 10.31128/AJGP-04-24-7228.
25. Beltran RA. The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. *J Natl Med Assoc*. 2005 Jan;97(1):110.
26. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910. *Bull World Health Organ*. 2002;80(7):594-602.
27. Zimmerman AL. Evidence-based medicine: a short history of a modern medical movement. *Virtual Mentor*. 2013 Jan 1;15(1):71-6. doi: 10.1001/virtualmentor.2013.15.1.mhst1-1301.
28. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71.
29. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, ur. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
30. Fernandez A, Sturmberg J, Lukersmith S, Madden R, Torkfar G, Colagiuri R, Salvador-Carulla L. Evidence-based medicine: is it a bridge too far? *Health Res Policy Syst*. 2015 Nov 6;13:66. doi: 10.1186/s12961-015-0057-0.
31. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N; Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014 Jun 13;348:g3725. doi: 10.1136/bmj.g3725.
32. Horwitz RI, Hayes-Conroy A, Singer BH. Biology, Social Environment, and Personalized Medicine. *Psychother Psychosom*. 2017;86(1):5-10. doi: 10.1159/000452134.
33. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 2001 Jun;30(3):427-32. doi: 10.1093/ije/30.3.427.
34. McEvoy JW, Diamond GA, Detrano RC, Kaul S, Blaha MJ, Blumenthal RS, Jones SR. Risk and the physics of clinical prediction. *Am J Cardiol*. 2014 Apr 15;113(8):1429-35. doi: 10.1016/j.amjcard.2014.01.418.
35. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002 Apr 13;324(7342):886-91. doi: 10.1136/bmj.324.7342.886.

36. Dickinson J. Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted healthcare. *Can Fam Physician*. 2014 Apr;60(4):367–8.
37. Osler W. On the Educational Value of the Medical Society. *Boston Med Surg J*. 1903;148:275-279. doi: 10.1056/nejm190303121481101.
38. El-Altı L, Sandman L, Munthe C. Person Centered Care and Personalized Medicine: Irreconcilable Opposites or Potential Companions? *Health Care Anal*. 2019 Mar;27(1):45-59. doi: 10.1007/s10728-017-0347-5.
39. Primorac D, Ciechanover A. Personalized medicine: the future is here. *Croat Med J*. 2024 Jun 13;65(3):169-173. doi: 10.3325/cmj.2024.65.169.
40. Lillie EO, Patay B, Diamant J, Issell B, Topol EJ, Schork NJ. The n-of-1 clinical trial: the ultimate strategy for individualizing medicine? *Per Med*. 2011 Mar;8(2):161-173. doi: 10.2217/pme.11.7.
41. Braš M, Dorđević V, Milunović V, Brajković L, Miličić D, Konopka L. Person-centered medicine versus personalized medicine: is it just a sophism? A view from chronic pain management. *Psychiatr Danub*. 2011 Sep;23(3):246-50.
42. Mezzich JE, Braš M, Đorđević V, Orešković S, Pjevač N, Kaštelan S. Cultivating Andrija Štampar's legacy: from international health and positive health to person-centered care. *Croat Med J*. 2023 Dec 31;64(6):444-447. doi: 10.3325/cmj.2023.64.444.
43. Snaedal J. Components of person-centered medicine in medical treatment and care. *Int J Pers Cent Med* 2012; 21:29-32.
44. Jeruzalemska Biblija. 12. izd. Zagreb: Kršćanska sadašnjost; 2023.
45. Gawande A. Bolja medicina: Kako do djelotvornosti. Zagreb: Jesenski i Turk; 2014.
46. Braš M, Dubravac J, Đorđević V, Pjevač N. Perception of communication between doctors and patients - On-line research among doctors in Croatia. *Psychiatr Danub*. 2019:79-83.
47. Mezzich JE, Botbol M, Christodoulou GN, Cloninger CR, Salloum IM, ur. *Person Centered Psychiatry*. Heidelberg: Springer; 2016.
48. Fabry JB. *Das Ringen um Sinn: Logotherapie für den Laien*. Stuttgart: Paracelsus-Verlag; 1973.
49. Vearrier L. Enlightened Self-interest in Altruism (ESIA). *HEC Forum*. 2020 Jun;32(2):147-161. doi: 10.1007/s10730-020-09406-8.

50. Tasman A. Presidential address: the doctor-patient relationship. *Am J Psychiatry*. 2000 Nov;157(11):1762-8. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1762.
51. Benedetti F. How the doctor's words affect the patient's brain. *Eval Health Prof*. 2002 Dec;25(4):369-86. doi: 10.1177/0163278702238051.
52. Restek-Petrović B, Filipčić I. *Poremećaji ličnosti u kliničkoj praksi*. Zagreb: Medicinska naklada; 2023.
53. Alanen YO, Lehtinen K, Rääköläinen V, Aaltonen J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr Scand*. 1991 May;83(5):363-72. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb05557.x.
54. Cloud H, Townsend J. *Granice: Kada reći "da", kako reći "ne" i preuzeti nadzor nad svojim životom*. Zagreb: Verbum; 2019.
55. Braš M. *Susreti: Putovanje prema Novoj ekologiji uma*. Zagreb: Sveučilišna naklada; 2023.
56. Skelac I. Stewart Tubbs: Komunikacija – principi i konteksti. *Sociologija i prostor* [Internet]. 2015 [pristupljeno 27.08.2024.];53(2 (202)):186-190. <https://doi.org/10.5673/sip.53.2.6>
57. komunikacija. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža*, 2013. – 2024. [pristupljeno 26.8.2024.] Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/clanak/komunikacija>.
58. Tubbs SL, Moss S. *Human Communication: Principles and Contexts*. 11. izd. Boston: McGraw-Hill Higher Education; 2008.
59. Rogers CR. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
60. Neeman N, Isaac T, Leveille S, Dimonda C, Shin JY, Aronson MD, Freedman SD. Improving doctor-patient communication in the outpatient setting using a facilitation tool: a preliminary study. *Int J Qual Health Care*. 2012 Aug;24(4):357-64. doi: 10.1093/intqhc/mzr081.
61. World Medical Association. *WMA International Code of Medical Ethics*[Internet]. [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>
62. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 May 1;152(9):1423-33.

63. Blackmer J. Professionalism and the Medical Association. *World Med J.* 2007;53(3):58-73.
64. Howick J, Bennett-Weston A, Solomon J, Nockels K, Bostock J, Keshtkar L. How does communication affect patient safety? Protocol for a systematic review and logic model. *BMJ Open.* 2024;14. doi: 10.1136/bmjopen-2024-085312.
65. World Medical Association. WMA Statement in Times of Armed Conflict and Other Situations of Violence [Internet]. [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-regulations-in-times-of-armed-conflict-and-other-situations-of-violence/>
66. World Medical Association. WMA Declaration of Washington on Biological Weapons [Internet]. [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-washington-on-biological-weapons/>
67. Đorđević V, Braš M, Kulić S, Demarin V. The founding of Zagreb's Institute for the Culture of Health: an important step toward a new medical paradigm. *Croat Med J.* 2015 Feb;56(1):1-3. doi: 10.3325/cmj.2015.56.1.
68. Ferreira Padilla G, Ferrández Antón T, Baleriola Júlvez J, Almeida Cabrera R. Competencia en comunicación en el currículo del estudiante de Medicina de España (1990-2014): de la Atención Primaria al Plan Bolonia. Un estudio descriptivo. *Aten Primaria.* 2015 Aug-Sep;47(7):399-410. doi: 10.1016/j.aprim.2014.09.007.
69. Ferreira-Padilla G, Ferrández-Antón T, Baleriola-Júlvez J, Braš M, Đorđević V. Communication skills in medicine: where do we come from and where are we going? *Croat Med J.* 2015 Jun;56(3):311-4. doi: 10.3325/cmj.2015.56.311.
70. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns.* 2005 Sep;58(3):265-70. doi: 10.1016/j.pec.2005.06.004.
71. World Health Organization. *People-Centred Health Care: A policy framework.* Ženeva: WHO Press; 2007.
72. Miles A, Asbridge JE. Person-Centered Healthcare - moving from rhetoric to methods, through implementation to outcomes. *European Journal for Person Centered Healthcare.* 2017; 5(1):1-9. doi:10.5750/ejpch.v5i1.1353.

73. World Medical Association. WMA Declaration of Delhi on Health and Climate Change [Internet]. [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-delhi-on-health-and-climate-change/>
74. World Medical Association. WMA Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum of Medical Schools World-Wide [Internet]. [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-inclusion-of-medical-ethics-and-human-rights-in-the-curriculum-of-medical-schools-world-wide/>
75. World Medical Association. WMA Statement on Physicians and Public Health [Internet]. [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-physicians-and-public-health/>
76. World Health Organization [internet]. Ženeva: World Health Organization; 2024. Social determinants of health [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
77. World Medical Association. WMA Statement on the Global Burden of Chronic Non-Communicable Disease [Internet]. [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-global-burden-of-chronic-disease/>
78. Wonca Europe. The European Definition of General Practice / Family Medicine [internet]. [pristupljeno 27.8.2024.] Dostupno na: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
79. World Medical Association. WMA Statement on Primary Health Care [Internet]. [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-primary-health-care/>
80. Šogorić S, ur. Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
81. Resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012. A/RES/67/81. United Nations; 2013.
82. World Health Organization [internet]. Ženeva: World Health Organization; 2024. Universal health coverage (UHC) [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

83. United Nations [internet]. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
84. United Nations [internet]. THE 17 GOALS [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://sdgs.un.org/goals>
85. World Health Assembly, 74. (2021). Social determinants of health. World Health Organization. Agenda item 16, Document number EB148.R2.
86. World Medical Association. WMA Declaration on Guidelines for Continuous Quality Improvement in Healthcare [Internet]. [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-guidelines-for-continuous-quality-improvement-in-health-care/>
87. United Nations General Assembly. The Universal Declaration of Human Rights (UDHR). New York: United Nations General Assembly, 1948.
88. Council of Europe, European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, as amended by Protocols Nos. 11 and 14, ETS 5, 4 November 1950,
89. UN Economic and Social Council, General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), E/C.12/2000/4, UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), 11 August 2000.
90. Međugorje info [internet]. Molitva za uspjeh na ispitu [pristupljeno 27.8.2024.]. Dostupno na: <https://www.medjugorje-info.com/it/molitve/molitva-za-uspjeh-na-ispitu>

ŽIVOTOPIS

Rođena sam 18. kolovoza 1999. godine u Pakracu.

U svom Vukovaru sam pohađala vrtić, osnovnu i glazbenu školu „Dragutina Tadijanovića“ te Gimnaziju Vukovar, prirodoslovno-matematički smjer nakon čega sam upisala Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Kroz sva razdoblja školovanja trudila sam se biti proaktivna i doprinostiti zajednici.