Komunikacijske vještine u medicini i zdravstvu

Keleminić, Domagoj

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:265436

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Domagoj Keleminić

Komunikacijske vještine u medicini i zdravstvu

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2016.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Domagoj Keleminić

Komunikacijske vještine u medicini i zdravstvu

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je na **Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu KBC-a Zagreb** pod vodstvom **prof. dr. sc. Veljka Đorđevića** i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015./2016.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

UVOD…….1

ODNOS LIJEČNIKA I BOLESNIKA KROZ POVIJEST…….2

KOMUNIKACIJA: VERBALNA I NEVERBALNA……..……...6

MEDICINSKI INTERVJU I KONZULTACIJE……9

KOMUNIKACIJA UNUTAR TIMA I INTERDISCIPLINARNA SURADNJA……..14

SPECIFIČNOSTI KOMUNIKACIJE S ODREĐENIM SKUPINAMA…….....17

STRATEGIJE UNAPRIJEĐENJA KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA…….22

ZAKLJUČAK……...26

ZAHVALE……27

POPIS LITERATURE……..28

ŽIVOTOPIS……..32

SAŽETAK

Komunikacijske vještine u medicini i zdravstvu

Domagoj Keleminić

Kroz povijest se odnos bolesnika i liječnika mijenjao, od starog, tradicionalnog paternalističkog pristupa pa sve do modernog odnosa suradnog partnerstva. S odnosom mijenjalo se i tumačenje važnosti komunikacijskih vještina pa u današnjici komunikacija predstavlja jednu od fundamentalnih vještina u medicini te se uspješno vladanje komunikacijskim vještinama smatra obvezom dobrog medicinskog djelatnika. Komunikacija se sastoji od verbalne i neverbalne komponente, pri čemu se verbalnom prenose same informacije, a neverbalnom se tim informacijama daje dodatno značenje te se prenose osjećaji i stav. Važnost uspješnog vladanja objema komponentama u svakodnevnom radu liječnika dokazana je mnogim istraživanjima, što je možda najbolje vidljivo u okviru medicinskog intervjua, gdje kvaliteta komunikacijskih vještina dokazano utječe na ishod liječenja, zadovoljstvo bolesnika odnosom s liječnikom i samim liječenjem kao i na učestalost tužbi. Osim u radu liječnika, komunikacija je sveprisutna u svakodnevnom radu svih zdravstvenih djelatnika, bilo u odnosu s bolesnikom ili u interakciji s kolegama i članovima tima, a budući da su se efikasna interdisciplinarna suradnja i timski rad pokazali kao važan čimbenik u konačnom ishodu liječenja, pogotovo u kirurškim strukama i hitnoj medicini, u posljednje se vrijeme mnogo pažnje posvećuje njihovom unaprjeđenju. Programi podučavanja komunikacijskih vještina uvode se na sve više svjetskih i hrvatskih sveučilišta, u sklopu medicinskih fakulteta i drugih zdravstvenih studija, ali se o idealnom pristupu i efikasnosti pojedinih metoda edukacije još uvijek vode rasprave.

Ključne riječi: komunikacija, komunikacijske vještine, medicinski intervju, timski rad, unaprjeđenje komunikacijskih vještina

SUMMARY

Communication skills in medicine and public health

Domagoj Keleminić

The relationship between a physician and a patient has been changing throughout the history, from the old, traditional, paternalistic approach to the modern approach which includes a patient - physician partnership. As the relationship changed the views on the importance of communication skills also changed. In modern medicine, communication skills are considered as one of the fundamental skills and mastering the communication is one of the obligations of a good medical practitioner. Two major components of communication are verbal and non-verbal. While verbal communication is used for the transmission of information, non-verbal gives additional meaning and conveys emotions and attitude. The importance of a successful delivery of both components in the daily work of physicians has been demonstrated in many studies. It is perhaps best demonstrated in the medical interview, where the quality of communication has proven impact on patient outcomes, patient satisfaction and the frequency of lawsuits. Communication is omnipresent in the everyday work of all health workers, in the interactions with patients, colleagues and medical team members. Since the effective interdisciplinary collaboration and teamwork is proven to be an important factor in the final outcome of the treatment, especially in surgery and emergency medicine, in recent times a lot of attention is paid to their improvement. Many different programmes are introduced to numerous international and Croatian universities, a part of the medical schools and other health studies, but the ideal approach and effectiveness of various methods of education are still being debated.

Keywords: communication, communication skills, medical interview, teamwork, communication skills training

UVOD

Komunikacija u medicini danas predstavlja jednu od fundamentalnih vještina, jer je uspješna komunikacija nesumnjivo jedna od ključnih stepenica na putu k uspješnoj dijagnozi, ali i liječenju. Komunikacija je u medicini i zdravstvu prvenstveno sastavni dio odnosa s bolesnikom i njegovom obitelji, ali ne smije se zanemariti niti važnost komunikacije među zdravstvenim djelatnicima, bilo članovima tima, bilo u vidu interdisciplinarne suradnje. Prema suvremenim koncepcijama smatra se da su znanje, komunikacijske vještine, tjelesni pregled i sposobnost rješavanja problema četiri esencijalne komponente kliničke kompetencije i time predstavljaju samu bit dobre kliničke prakse (1).

Kao neizostavni dodatak verbalnoj, kojom se prvenstveno prenose informacije, stoji neverbalna komunikacija koja tim informacijama dodaje emocije i stav, što je u mnogim slučajevima čini i važnijom komponentom od verbalne (2). Često se nehotično, lošom uporabom neverbalne komunikacije, ostavlja krivi dojam i u sugovorniku bude negativne emocije (1). Iz svega navedenoga može se zaključiti da kvalitetna komunikacija već od prvog kontakta s bolesnikom ima jasnu ulogu u efikasnoj zdravstvenoj skrbi, bilo direktno smanjujući stres i nelagodu ili indirektno utjecajem na dugoročnu suradljivost bolesnika i njegovo zadovoljstvo liječenjem, a vjerojatno utječe i na sam ishod liječenja. S obzirom na važnost koju komunikacija zauzima u modernoj medicini, razumljivo je da se velika pažnja stručne znanstvene i medicinske zajednice posvećuje upravo istraživanjima u svrhu analize i poboljšanja kvalitete komunikacijskih vještina među svim zdravstvenim djelatnicima.

ODNOS LIJEČNIKA I BOLESNIKA KROZ POVIJEST

Odnos liječnika i bolesnika vrlo je kompleksan proces, koji je bio podložan mnogim promjenama kroz povijest. Uloge bolesnika i liječnika mijenjale su se u ovisnosti o sveukupnom shvaćanju ljudske biti, sociokulturalnim specifičnostima razdoblja, ali i trenutnim dosezima u samoj medicini i mogućnostima liječenja pojedinih bolesti. Prvi dokumenti koji opisuju odnose među osobama uključenim u liječenje sežu iz antike, prvenstveno iz Platonovog opisa liječnika. On pretpostavlja liječnika kao stručnjaka, koji pregledava bolesnika i donosi konačan sud o njegovom stanju i određuje mu adekvatno liječenje na osnovi svog racionalnog prosuđivanja, koje zatim priopćava samom bolesniku i njegovoj obitelji. U takvom paternalističkom pristupu, liječnik je imao apsolutnu moć nad bolesnikom, koji zapravo nije imao nikakvo pravo sudjelovanja u donošenju odluka o vlastitom liječenju, dok se sama komunikacija svodila na liječnikovo upoznavanje s problemom i kasnije izdavanje uputa za rješavanje problema i liječenje. Ovakav model, koji iz komunikacije izbacuje sve emocionalne i sociokulturalne aspekte, bio je na snazi od antike, pa sve do sredine 20. stoljeća, kada se velik broj autora po prvi puta odlučio pozabaviti istraživanjem odnosa bolesnika i liječnika te ulogom komunikacije u tom odnosu (1).

Među prvim modernim modelima odnosa liječnika i bolesnika nalazi se model socijalnih uloga koji je utemeljio Talcott Parsons (3). Prema njemu, liječnikova je dužnost maksimalno umanjiti bolesnikovu nesposobnost da udovoljava normama ponašanja zadanih od strane društva, kao i obavljanja od društva mu zadanih zadaća. Također, spominje četiri osnovna obilježja odnosa bolesnika i liječnika: podršku, toleranciju, manipulaciju nagradama i odbijanje reciprociteta. Podrškom Parsons smatra uzajamno poštovanje, iz kojeg proizlazi liječnikovo nastojanje da izliječi bolesnika i bolesnikovo nastojanje da se izliječi. Tolerancija se odnosi na dopuštanje bolesniku da pokaže svoje osjećaje i želje u većoj mjeri nego bi se to dopuštalo zdravoj osobi. Pod manipulacijom nagradama misli se na liječnikove „nagrade" bolesniku, odnosno pohvale koje slijede ako je bolesnikovo ponašanje sukladno preporukama i doprinosi njegovom izlječenju. Odbijanje reciprociteta koristi liječnik, kako bi održao distancu i objektivno zaključio o bolesnikovim osjećajima.

Michael Balint u knjizi *The doctor, his patient, and the illness* iz 1957. godine iznosi svoje viđenje odnosa bolesnika i liječnika. Koristeći se podatcima sakupljenim tijekom seminara s liječnicima opće medicine, dolazi do zaključka da je uloga liječnika mnogo veća

od samog propisivanja terapije. Uzvisuje edukativnu ulogu liječnika te navodi kako je sama osoba liječnika lijek, pogotovo kod liječenja različitih psihosomatskih bolesti gdje je odnos liječnika i bolesnika od osobite važnosti. Iako se ovaj model bavi prilično naprednim shvaćanjem uloge liječnika, prema nekim mišljenjima (4) njegove metode nisu bile dovoljno znanstvene i utemeljene na dokazima te je njegova teorija više misaona, umjetnička, temeljena na njegovom osobnom stavu i viđenju problema u odnosu liječnika i zahtjevnih bolesnika. Također, zanemaruje autonomiju bolesnika, što je prepreka njegovom provođenju u izvornom obliku u današnjici (1).

Szasz i Hollender naglasak stavljaju na utjecaj novonastale situacije, odnosno bolesti, na odnos između liječnika i bolesnika, pri čemu je taj kontekst ključna odrednica prirode tog odnosa. Razlikuju tri forme odnosa: **aktivno-pasivnu**, **odnos usmjerene suradnje** i **forma zajedničkog sudjelovanja**. Aktivno-pasivni model najstariji je, a komunikacija ni interakcija zapravo ne postoje, jer se bolesnik nalazi u stanju potpune bespomoćnosti (teške tjelesne ozljede, poremećeno stanje svijesti) te nije sposoban ni na koji način aktivno sudjelovati u tijeku liječenja. Model usmjerene suradnje karakterističan je za akutna zbivanja, podrazumijeva da je bolesnik svjestan svoje situacije i sposoban shvatiti postupak liječenja i pridržavati se propisane terapije i savjeta. Ipak, polazi se od shvaćanja kako je liječnik u položaju moći jer posjeduje medicinsko znanje koje bolesnik nema. Odnos je stoga paternalistički, učiteljski, a bolesnik se nalazi u ovisnom položaju, bez mogućnosti suodlučivanja. Nasuprot tomu stoji model uzajamnog sudjelovanja, karakterističan za bolesti kroničnog tijeka. On podrazumijeva da je odnos bolesnika i liječnika ravnopravan, oboje zadržavaju svoju neovisnost, komunikacija je na višoj razini i zauzima mnogo bitnije mjesto jer se liječenje temelji na zajedničkom dogovoru, koji podrazumijeva da su obje strane zadovoljne dogovorenim rješenjem. Osim toga, terapija je podložna promjenama jer se stanje bolesnika može uvelike mijenjati u vremenu (1, 5, 6).

Sedamdesetih godina 20. stoljeća prepoznato je da kvaliteta komunikacije liječnika i bolesnika, ali i među članovima medicinskog tima, utječe na kvalitetu zdravstvene skrbi i krajnji ishod liječenja. To saznanje potaknulo je cijeli niz istraživanja i radova na modelima unaprjeđenja komunikacijskih vještina i odnosa liječnik-bolesnik (1). Jedan od najvažnijih modela svakako je i onaj koji su predložili Ezakiel J. Emanuel i Linda L. Emanuel. Prema njihovom gledištu, odnos liječnika i bolesnika temelji se na shvaćanju ciljeva interakcije, liječnikovih obveza, uloge vrijednosti bolesnika te bolesnikove autonomije. Razlikuju četiri forme odnosa: **paternalistički**, **informativni**, **interpretativni** i **dogovorni**. Paternalistički

pristup temelji se na starim običajima u medicini, prema kojima je liječnik u ulozi zaštitnika bolesnika, koji posjeduje znanje i iskustvo prema kojemu određuje dijagnozu i liječenje. Od bolesnika se očekuje da liječenje prihvati, ili ako ga iz bilo kojeg razloga odluči odbiti, trebao bi to napraviti uz poštovanje i obrazloženje. Bolesnik je u podređenom položaju, a njegova autonomija može biti narušena napetošću između želje za izborom i straha od bolesti. U informativnom modelu, liječnik nakon dijagnoze objašnjava bolesniku prirodu njegove bolesti i mogućnosti liječenja nakon čega mu prepušta izbor načina liječenja. Kod takvog pristupa, autonomija bolesnika je održana, ali ona nadjačava liječničku ekspertizu te postavlja bolesnika u ulogu donositelja medicinskih odluka, a liječnika u ulogu tehničkog izvršitelja. Uloge su slične i u interpretativnom modelu, osim što bolesnikove vrijednosti nisu fiksne, već ih liječnik nastoji oblikovati savjetovanjem i pomaganjem u odlučivanju o najboljem izboru liječenja. On je ovdje u ulozi savjetnika. Na posljetku, u dogovornom modelu, liječnik osim što iznosi informacije i savjete bolesniku, on s njim ulazi i u raspravu nakon koje kao zaključak izlazi konsenzus o najboljem pristupu liječenju, oko kojeg se slažu i liječnik i bolesnik. Rasprava čini novu razinu odnosa, i stavlja liječnika u ulogu učitelja/prijatelja (7).

Sva ta razmatranja kroz godine su dovela do povećanja svijesti o važnosti prava bolesnika u odnosu bolesnika i liječnika, kao i o presudnoj ulozi komunikacije u ostvarivanju tih prava. Današnje društvo je demokratsko, važnost osobne slobode raste, a razvoj znanosti i medicine nikada nije bio brži. Stoga je tradicionalni paternalistički pristup zastario i neprovediv te je trenutno najšire prihvaćen model suradnog partnerstva. U prvom planu je educirana autonomija bolesnika i odgovornost podržana djelovanjem u interesu bolesnika, gdje je liječnikova uloga edukacija i vođenje, uz prikladno iskorištavanje društvenih resursa. Cilj je stvaranje partnerskog odnosa i educiranog bolesnika, koji će posljedično prakticirati bolje zdravstvene navike. Osnovni elementi su jasna profesionalna informacija temeljena na činjenicama koju pruža zdravstveni djelatnik i pristanak koji daje bolesnik. Naravno, bolesnik zadržava i pravo biti neinformiran. Također, u slučajevima u kojim bolesnik nije u stanju dati pristanak (duševna bolest, poremećena svijest) ili ako se radi o djetetu, liječnik je dužan tražiti pristanak zakonskog skrbnika koji na sebe preuzima odgovornost, osim u jasno definiranim slučajevima u kojima bi život bolesnika bio ugrožen čekanjem, pa je liječniku dopušteno samostalno donijeti odluku (1).

Također, važno je spomenuti i koncept medicine orijentirane prema osobi. Takav pristup vidljiv je još kod starih civilizacija (stara Grčka, Kina), gdje se u filozofskom shvaćanju liječenja naglašavao holistički pristup, odnosno shvaćanje osobe, njezinog zdravlja

i bolesti kao cjeline. Takav je pristup tijekom godina usvajanja novih spoznaja, razvoja znanosti i fragmentacije medicine gotovo potpuno zamijenjen znanstvenim pristupom, kojim se na bolesnika gledalo kroz prizmu bolesti koju treba izliječiti, bez uzimanja u obzir šireg konteksta. Ipak, holistički je koncept izražen i u samoj definiciji zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije (1946.), te se danas smatra da je jedini ispravan pristup bolesniku kroz nerazdvojivu trijadu kliničke skrbi, etike i znanosti, pri čemu je središte bolesnik kao cjelovita osoba, koja prosuđuje i komunicira, reagira emocijama, samosvjesna je, može patiti na različite načine te ima potrebu za očuvanjem osobnosti i identiteta (1, 8, 20).

KOMUNIKACIJA: VERBALNA I NEVERBALNA

Komuniciranje se može definirati kao proces stvaranja značenja između dvije ili više osoba, odnosno detaljnije, „dinamičan proces namjernog ili nenamjernog davanja, prenošenja i primanja poruka između dvije i više osoba na verbalan ili neverbalan način - uključujući i uporabu simbola" (9). Paul Watzlawick je u svojoj poznatoj knjizi *Pragmatics of Human Communication* iznio pet glavnih aksioma ljudske komunikacije:

1. Nije moguće ne komunicirati
2. Svaka komunikacija sastoji se od sadržajnog i odnosnog aspekta
3. Narav odnosa uvjetovana je interpretacijom ponašanja komunikatora
4. Komunikacija može biti verbalna i neverbalna
5. Komunikacija može biti simetrična ili komplementarna.

Komunikacija se uvijek odvija prilikom susreta najmanje dvoje ljudi, iako ona ne mora biti verbalna, pa čak i odbijanje komunikacije smatra se komunikacijom (9). Iako govori općenito o međuljudskoj komunikaciji, Watzlawickova teorija sasvim se lako može primijeniti na komunikaciju u medicini. U navedenim aksiomima vidljivo je naglašena važnost odnosa, interpretacije ponašanja i neverbalnog dijela komunikacije. Budući da se verbalnom komunikacijom prenosi glavnina informacija, značenje neverbalne komunikacije često se zanemaruje u svakodnevnom životu, iako je zapravo veći dio svakodnevnih interakcija na neverbalnoj razini (10). Neverbalna komunikacija definira se kao način kojim ljudi komuniciraju bez riječi, bilo namjerno (svjesno), bilo nenamjerno. Neverbalnu komunikaciju karakteriziraju neverbalni znakovi čiji skup i određeni poredak čini neverbalno ponašanje. Neverbalni znakovi mogu se podijeliti na statične i dinamične, pri čemu u statične spadaju udaljenost tijela, međusobni položaj, stav tijela i tjelesni kontakt, dok se u dinamične ubrajaju izraz lica, kretnje (geste) i kontakt očima (1). Također, potrebno je razlikovati neverbalno ponašanje nevezano uz govor, kao što su zurenje, kimanje, geste, pokreti, tonus mišića i neverbalno ponašanje vezano uz govor, kao ton glasa i dinamika izražavanja (2). Neverbalna komunikacija rabi se kao važna nadopuna ili naglašavanje verbalne komunikacije, odražavanje osobina ličnosti, pokazivanje stavova, izražavanje emocija ili čak kao zamjena za verbalnu komunikaciju. Sama verbalna komunikacija može uzrokovati probleme u razumijevanju, primjerice primjenom pogrešnih riječi, prekomjernom uporabom medicinskog žargona ili dvosmislenih i neodređenih izraza (1).

Važnost neverbalne komunikacije često je u medicini i više zanemarivana nego u svakodnevnom životu, što je i razumljivo budući da je, kao što je prethodno spomenuto, osnova komunikacije u medicini informacija. Ipak, brojna istraživanja podsjećaju upravo na ulogu neverbalne komunikacije u komunikaciji s bolesnikom i njegovom obitelji. To pokazuje i velika meta analiza (11) koja je obuhvaćala 26 opažajnih studija koje su se bavile vezom između neverbalne komunikacije kliničara i bolesnika za vrijeme normalnih kliničkih interakcija i klinički relevantnih ishoda. Prema rezultatima, u većini studija pokazala se znatna povezanost između topline pristupa liječnika i spremnosti na slušanje i zadovoljstva bolesnika liječenjem. Također, negativno ponašanje medicinskih sestara pokazalo je povezanost s manjim zadovoljstvom bolesnika. Iako autori smatraju kako je potrebno provesti dodatna istraživanja kako bi stekli potpuniji dojam o utjecaju kvalitete neverbalne komunikacije na mentalno i fizičko zdravlje bolesnika, ipak je jasan zaključak o važnosti topline pristupa na ukupno zadovoljstvo bolesnika liječenjem, a doživljaj topline uglavnom je povezan s obrascima neverbalne komunikacije.

Street i Buller (12) su u istraživanju objavljenom 1987. godine video kamerom snimali interakciju 38 bolesnika i 10 liječnika obiteljske medicine te poslije analizirali snimke. Primijetili su da je zadovoljstvo bolesnika liječenjem povezano s osjećajem bliskosti prema liječniku, a različiti obrasci ponašanja različito su utjecali na doživljaj bliskosti. Tako su bolesnici na neverbalne znakove poput zadržavanja pogleda i položaja tijela odgovarali zrcalnim radnjama, dok je za dominantnija ponašanja (duga izlaganja, korištenje pauzi u govoru, dodir) vrijedilo obratno, odnosno što je liječnik bio verbalno i gestikularno aktivniji, bolesnik je takva ponašanja manje koristio. Osjećaj bliskosti također je negativno korelirao sa količinom dominantnih ponašanja liječnika.

Slično istraživanje (13), provedeno 2002. godine, uključivalo je promatranje fizioterapeuta i njihovih bolesnika, a imalo je za cilj pokazati vezu između neverbalnih obrazaca ponašanja terapeuta i efikasnosti terapije. U prvom dijelu studije, 11 terapeuta snimano je video kamerom za vrijeme obavljanja programa vježbi s 48 bolesnika. Svi su bolesnici bili iznad 75 godina starosti i sličnog zdravstvenog stanja. Nijeme snimke kasnije su prikazane neutralnim sucima, koji su prema unaprijed utvrđenom sistemu ocjenjivali neverbalno ponašanje terapeuta te je praćen napredak bolesnika u fizičkom, kognitivnom i psihološkom smislu neposredno nakon otpusta i nakon 3 mjeseca od otpusta iz bolnice. Distancirano ponašanje terapeuta (bez osmijeha, pogled neusmjeren na bolesnika) snažno je koreliralo sa znatnim kratkoročnim i dugoročnim smanjenjem fizičkih i kognitivnih funkcija

bolesnika. Uočena je čak i povezanost pojedinačnih neverbalnih znakova sa specifičnim učinkom, primjerice mrštenje i kimanje glavom povezano je s boljim napretkom u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, osmjehivanje s dugoročnim napretkom u pokretljivosti, dok je slijeganje ramenima povezano sa smanjenjem pokretljivosti za vrijeme trajanja hospitalizacije.

Komunikacijske vještine možda najviše dolaze do izražaja u interakciji sa starijim (13), kroničnim bolesnicima (14) i bolesnicima koji boluju od malignih bolesti (15). Istraživanja koja su osamdesetih i devedesetih godina 20. stoljeća provodili Greene, Adelman, Charon, Friedmann i Hoffman (13) pokazala su kako liječnici postupaju sa manje poštovanja, strpljenja i podrške prema starijim bolesnicima u odnosu na njihovo postupanje prema mlađima. Također, primijetili su kako liječnici iniciraju većinu tema razgovora za vrijeme medicinskog intervjua sa starijim bolesnicima te da su manje skloni odgovaranju na teme koje započinju stariji bolesnici. U opažajnom istraživanju koje se bavilo utjecajem kvalitete neverbalne komunikacije na povjerenje bolesnica oboljelih od raka dojke (15), autori su se fokusirali na tri komponente neverbalne komunikacije onkologa: stav tijela, osmijeh i kontakt očima. Prema rezultatima istraživanja, stav tijela i osmijeh nisu bili u vezi s količinom povjerenja bolesnica koliko se očekivalo, iako su liječnici koji su zadržavali nagnuti stav odavali dojam veće kompetentnosti, dok su zbog osmijeha liječnici djelovali više prijateljski. Međutim, veća količina kontakta očima znatno je utjecala na razvoj povjerenja bolesnica. Taj efekt je bio posebno primjetan kod bolesnica nižeg obrazovanja. Posebna važnost ovakvog opažanja očita je u današnjici, kada je gledanje u računalni ekran sastavni dio većine sastanaka bolesnika i liječnika.

Iako je prilično nezahvalno istraživati utjecaj neverbalne komunikacije na ishod liječenja i zadovoljstvo bolesnika zdravstvenom zaštitom, iz navedenih se primjera ipak može zaključiti o važnosti neverbalnog djela komunikacije u izgradnji odnosa liječnika s bolesnikom.

MEDICINSKI INERVJU I KONZULTACIJE

Medicinski intervju je ključni moment u komunikaciji bolesnika i liječnika. On je ključna stavka na putu do dijagnoze bolesti, a dokazano je da pomaže u postavljanju konačne dijagnoze u oko 75% slučajeva (16). Mnoge studije pokazale su da kvaliteta komunikacije u toku konzultacije, kako za vrijeme uzimanja anamneze, tako i prilikom rasprave o mogućnostima daljnjeg postupanja utječu na krajnje rezultate liječenja, uključujući rješavanje simptoma, tjelesne funkcije, fiziološke parametre (krvni tlak, razina glukoze u krvi), kontrolu boli i emocionalno zdravlje (17). Iako primarno služi za prikupljanje informacija, medicinski intervju mnogo je kompleksniji proces, jer omogućava uspostavu odnosa bolesnika i liječnika. On predstavlja privatnu i intimnu interakciju između liječnika i bolesnika, tijekom koje liječnik saznaje detalje bolesnikove bolesti, ali i pojedinosti iz samog bolesnikovog života. Tijekom intervjua bolesnik se često otvara, pri čemu na površinu isplivaju njegovi problemi i osjećaji. Ako bolesnik zaključi da liječnik površno, nezainteresirano i statistički hladno komunicira te da ga njegovo zdravstveno i emocionalno stanje samo formalno, a u biti malo ili uopće ne zanima, neće mu se povjeriti i reći istinu (18). Važno je da liječnik bolesnika doživljava kao osobu, briga za bolesnika podrazumijeva shvaćanje njegove bolesti u širem kontekstu, uzevši u obzir njegovo životno okruženje te međudjelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika koji dovode do bolesti (1).

Liječnik bi trebao u svakome trenutku imati kontrolu nad razgovorom, ali ne u smislu da vodi razgovor, već da se nastoji prilagoditi bolesniku i omogući mu ugodno okružje pri čemu ipak ne smije doći do uzimanja manjkave anamneze. **Intervju usmjeren liječniku** (strukturirani, direktivni) sastoji se od postavljanja niza usmjerenih pitanja, pri čemu liječnik vodi glavnu riječ u cilju postavljanja dijagnoze. Ovakav pristup ne omogućava uspostavu kvalitetnog odnosa povjerenja sa bolesnikom. S druge strane, **bolesniku usmjeren intervju** (nestrukturirani, nedirektivni) prepušta bolesniku da iznese svoje viđenje bolesti, on započinje pričom i opisom tegoba, dok je liječnikova uloga usmjeravanje. Ovdje je potreban oprez, jer bolesnici su često skloni samostalno zaključivati o porijeklu svojih simptoma, a priče mogu biti kaotične i neobično strukturirane, pa je vrlo lako izgubiti fokus sa stvarnog problema (19). Iz tog je razloga znatno zahtjevniji za liječnika, ali omogućuje izgradnju mnogo kvalitetnijeg odnosa i povjerenja. Ipak, postoje situacije kod kojih je ovakav pristup nepovoljan, primjerice ako je bolesnikovo zdravlje izrazito ugroženo, ako bolesnikov intelektualno stanje ne

dozvoljava takvu vrstu komunikacije ili naprosto ako se bolesnik u takvom razgovoru ne osjeća ugodno. Intervju se pred kraj usmjerava liječniku kako bi dobio važne podatke koje bolesnik nije sam naveo (1).

Vještine uzimanja kvalitetne anamneze i vještine izgradnje odnosa u mnogočemu se isprepleću. Kvalitetan moderan pristup bolesniku nezamisliv je bez elemenata jednog i drugog. Međutim, kako je upravo u moderno vrijeme zbog naglog razvoja medicine i znanosti medicina postajala sve više orijentirana prema bolesti umjesto prema bolesniku (20), važno je za liječnika da nastoji usvojiti i zadržati određene vještine kao što su zadržavanje pažnje, empatija, poštovanje i razvoj partnerskog odnosa. Srdačnost i dojam pozornosti postižu se uvelike neverbalnim znakovima, kao što su kontakt očima, mimika i naginjanje tijela. Važno je da verbalni izražaj bude u skladu s neverbalnim, kako poruka ne bi bila zbunjujuća bolesniku (1).

Jedna od temeljnih liječničkih kvaliteta je empatija, odnosno umijeće slušanja kompletnog bolesnikovog izričaja (riječi, osjećaja i neverbalnih znakova) i davanje do znanja da ga se zaista razumije (19). Također, ako je potrebno, liječnik može primijeniti zrcaljenje, čime daje do znanja bolesniku da ga razumije i daje mu legitimitet, odnosno shvaća bolesnikove osjećaje i reakcije i opravdava ih u kontekstu što može ohrabriti bolesnika i potaknuti ga na daljnje izlaganje (1). Isto tako, bitno za razvoj povjerenja je da bolesnik osjeti liječnikovo poštovanje kao i iskrenost.

Poštovanje znači da liječnik cijeni bolesnikove želje i uvjerenja, bez obzira na svoj osobni stav te vidi bolesnikovo ponašanje kao legitimnu adaptaciju s obzirom na njegovu bolest ili životne okolnosti. Neki bolesnici mogu imati neprimjerene navike ili sklonosti, kao pušenje ili sklonost konzumaciji prevelikih količina alkohola, pa čak i antagonističko ponašanje prema liječniku, u vidu upornog odbijanja liječenja ili agresivnog ponašanja. Moguća je također i druga krajnost pa tako postoje bolesnici koji uporno navode simptome za koje nema nikakvog klinički potvrđenog dokaza. Kod takvih slučajeva za liječnika je vrlo važno ostati nepristran, odvojiti vlastite osjećaje koji bi se mogli naći na putu racionalnoj prosudbi, jer za bilo koju emociju koju bolesnik pokazuje, uključujući i bijes, on ima opravdani razlog, barem gledano iz njegove perspektive. Takve osjećaje i reakcije liječnik bi trebao prihvatiti kao dio cjeline koji čine osobu, a ne odbaciti kao prijetnju uspješnom liječenju ili napad na liječnikov ego. S druge strane, iskrenost je važna u bolesnikovom doživljaju liječnika, a podrazumijeva da se liječnik predstavlja kao ono što jest, u osobnom i

profesionalnom smislu. Dakle, od liječnika se očekuje da pokaže svoje emocije i određene stavove, ali nikako da prijeđe profesionalnu barijeru. Važno je da i bolesnik liječnika doživi kao osobu, a ne kao stroj za uzimanje anamneze. Naravno, u pokazivanju emocija liječnik kao profesionalac treba biti odmjeren, pogotovo kada se radi o negativnim emocijama prema bolesniku, kada bi njihovo iskreno iskazivanje bilo kontraproduktivno (1).

Navedene vještine izuzetno su bitne, jer jedino njihovim svladavanjem liječnik može pravilno pristupiti bolesniku i razviti s njime partnerski odnos. Kao što je već spomenuto, danas se smatra da je partnerski odnos utemeljen na obostranom povjerenju nešto čemu bi se trebalo težiti. Ipak, treba uzeti u obzir i individualnost svakog pojedinog bolesnika pa se tako treba prilagoditi količini informacija i razini odlučivanja koju je bolesnik spreman primiti. Također, iako je konačna odluka na bolesniku, liječnikova je dužnost izraziti svoje mišljenje, dati savjet ili ponuditi vodstvo, jer na taj način bolesnik osjeća potporu, a liječnik ispunjava svoju profesionalnu dužnost (1). Nekoliko radova kao zaključak je iznijelo da većina bolesnika želi biti potpuno informirana i aktivno sudjelovati u postupku razmatranja i vaganja svih mogućnosti, ali vrlo mali dio i u odlučivanju o tehničkim aspektima zdravstvene zaštite. Naime, bolesnike zanimaju informacije koje se tiču njihove koristi, odnosno koje izravnu utječu na njihovo izlječenje i tijek liječenja, ali odluke koji će specifični test ili terapija dovesti do razrješenja problema radije većim djelom prepuštaju liječniku (21). Stoga je preporučljivo da se liječnici u razgovoru ponajprije usredotoče na ukupne ciljeve, a manje na tehničke aspekte liječenja (22). Dakle, nekoliko je osnovnih stavki koje moraju biti zadovoljene kako bi medicinski intervju bio uspješan: i bolesnik i liječnik moraju sudjelovati, bolesnik i liječnik dijele informacije koje uključuju medicinsko znanje, korist, zabrinutost i ciljeve, pri čemu oboje izražavaju mišljenje i želje te na posljetku dolaze do konačnog plana s kojim se oboje slažu (1).

Još jedno bitno pitanje se nameće u razmišljanju o medicinskom intervjuu, a to je njegov završetak. Kako se konzultacija primiče kraju, sadržaj razgovora sve se više pomiče iz sadašnjosti u budućnost. Ovdje su bitne vještine sažimanja, pojašnjavanja i izražavanja potpore (1). Završna faza Calgary-Cambridge modela medicinskog intervjua govori upravo o završetku konzultacija, a kao vrlo bitne stavke navodi završnu provjeru i „safety netting". Potonje postavlja uvjete kojima se liječnik ograđuje od potencijalnih nepredvidivih okolnosti. Liječnik je dužan educirati bolesnika kako da se ponaša ako dođe do razvoja neočekivanih okolnosti ili novih simptoma, kao i gdje i kako da potraži pomoć. Ova je stavka posebno bitna u situacijama kada liječnik nema mnogo dostupnih informacija ili je u nemogućnosti dovoljno

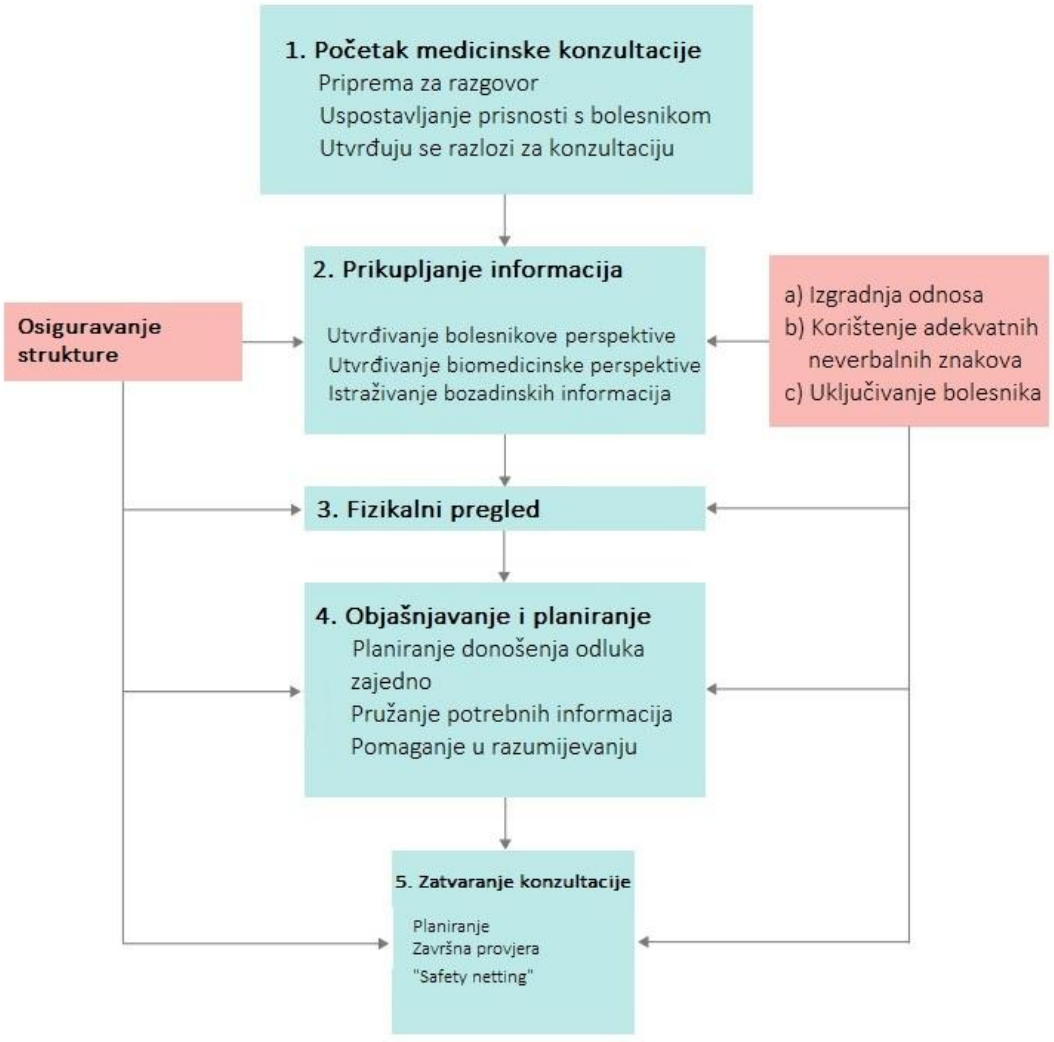
brzo obaviti potrebne pretrage, stoga je dobro bolesnika ohrabriti primjerice mogućnošću kasnijih telefonskih konzultacija. Završna provjera uključuje brzo ponovno prolaženje kroz dogovorene planove, a to je i posljednja prilika da bolesnik postavi bilo kakvo pitanje u svrhu razjašnjenja stvari koje su možda promakle u dotadašnjem razgovoru. Također, treba misliti i na sklonost bolesnika da spominjanje problema koji ih najviše muče, pogotovo ako se radi o osjetljivijim temama, ostave za sam kraj. Ako se to dogodi, neminovan je produžetak razgovora i vraćanje na neku od prethodnih faza, što prekida učinkovit kraj (19). Takav događaj može biti prilično neugodan i frustrirajući, pogotovo ako je informacija od kliničkog značenja, jer često se dogodi da ne ostane više dovoljno vremena za diskusiju o novom problemu. Stoga na takvu mogućnost uvijek treba računati (1).

Sve navedene vještine i preporuke, koje obuhvaćaju potrebne dijelove intervjua kao i komunikacijske vještine potrebne za vođenje kvalitetne konzultacije, obuhvaćene su u već spomenutom Calgary-Cambridge vodiču kroz medicinski intervju (*Calgary-Cambridge consultation guide*). Taj vodič dio je modela koji je rezultat dugogodišnjih međunarodnih napora, a predstavlja sažetak programa edukacije i pruža temelj za evaluaciju vještina. Calgary-Cambridge pomaže u strukturiranju podučavanja u programima temeljenim na vještinama, a obuhvaća strukturu samog programa poduke, popis poželjnih vještina, opseg komunikacijskog programa i temeljen je na dokazima u praksi (1). Postoje mnoge metode, smjernice i prijedlozi za programe podučavanja komunikacijskih vještina i umijeća vođenja konzultacija. Mnoge se studije bave procjenom učinkovitosti tih metoda, a najboljima su se pokazale radionice u malim grupama koje uključuju „igre uloga" i razgovore sa stvarnim bolesnicima koje su najšire primjenjivane i najbolje ispitane, ali i programi koji uključuju gledanje snimljenih intervjua i raspravu. Ipak, konačan sud o učinkovitosti pojedinih metoda edukacije u ovome je trenutku teško donijeti. Potrebno je provesti dodatne ciljane studije, jer mnoge nisu donijele valjan zaključak, a rezultati su prilično heterogeni zbog velikih različitosti u metodama analize (23).

Izrađeno je također i nekoliko testova kojima je cilj ocijeniti kvalitetu liječnikovih komunikacijskih vještina za vrijeme intervjua, od kojih je možda najpoznatiji *Global Consultation Rating Scale (GCRS).* To je instrument kojim se može ocijeniti efektivnost komunikacije tijekom cijelog trajanja konzultacije, a bazira se Calgary-Cambridge vodiču kroz medicinski intervju. Test ispunjava educirana osoba, a sastoji se od 12 dijelova, koji pokrivaju sve dijelove intervjua, od početka do završnih riječi. Za svaku stavku, ocjenjivač upisuje ocjenu od 0 do 2, pri čemu je 0 neodrađeno/loše, 1 prolazno i 2 dobro. Na kraju se

bodovi zbrajaju, pa je ukupno moguće ostvariti minimalno 0 i maksimalno 24 bodova. Istraživanja (24) su pokazala da je taj sustav ocjenjivanja prilično dobar, ako svaku konzultaciju istovremeno ocjenjuje najmanje dva, a najbolje tri nezavisna evaluatora.

Slika 1 - Calgary-Cambridge vodič kroz medicinski intervju (25)



KOMUNIKACIJA UNUTAR TIMA I INTERDISCIPLINARNA SURADNJA

Razvijene komunikacijske vještine svakako su potrebne u svakodnevnoj suradnji s kolegama (liječnicima, medicinskim sestrama i drugim medicinskim osobljem). Među bolničkim osobljem, najvažnije je postići razumijevanje situacije, odnosno trenutnog stanja u kojemu se bolesnik nalazi i vjerojatnog daljnjeg razvoja situacije. U multidisciplinarnom kontekstu pružanja skrbi, struktura, dosljednost i ponovljivost komunikacije omogućit će zajedničko razumijevanje bolesnika i plana postupanja, što u konačnici dovodi do većeg zadovoljstva bolesnika i povoljnijeg ishoda (26). Svaki zdravstveni djelatnik, bez obzira na položaj, specijalnost i prirodu posla koji obavlja, čini nezamjenjivi dio cjeline i jasno je da jedino zajedničkom suradnjom mogu postići maksimalnu ukupnu učinkovitost. U studiji (27) koja je obuhvaćala niz razgovora sa zdravstvenim djelatnicima u jednoj američkoj bolnici, utvrđeno je da se liječnici, medicinske sestre i tehničari većinu vremena ponašaju kao odvojeni pružatelji zdravstvene njege i vrlo malo međusobno komuniciraju, pri čemu su medicinski tehničari posebno izdvojeni iz komunikacije. Stoga su u svrhu poboljšanja interdisciplinarne suradnje na razini zdravstvene ustanove dosad predloženi mnogi organizacijski modeli i preporuke, poput SIBR modela (*Structured interdisciplinary bedside rounds*), kojeg je utemeljio Jason Stein. Taj i slični modeli potiču česta okupljanja interdisciplinarnih timova, koji uključuju zdravstvene djelatnike, ali i bolesnika i obitelj, u svrhu razmjene informacija i kao priliku za postavljanje pitanja i pojašnjenja. Zajednički cilj je jednostavnom edukacijom i smjernicama potaknuti zdravstvene djelatnike na suradnju kroz česte sastanke koji bi trebali uključivati sve djelatnike koji su uključeni u skrb o bolesniku. To se može postići, ovisno o modelu, čestim zajedničkim sastancima, uključivanjem više profesija u kliničku vizitu ili sastancima „kraj postelje" koji mogu uključivati i bolesnikovu pratnju (28). Istraživanja su pokazala da takav pristup povećava svijest osoblja o problemu, učinkovitost liječenja i zadovoljstvo bolesnika liječenjem (26, 28). Također, postoji mogućnost da je primjenom čestih sastanaka, koji povećavaju količinu i kvalitetu komunikacije među osobljem, moguće smanjiti učestalost medicinskih grešaka. To je osobito važno, jer po nekim procjenama medicinske pogreške osmi su najčešći uzrok smrti u SAD-u (29), a mnoge studije pokazale su kako je za znatan udio liječničkih pogrešaka (do 15%) odgovorna upravo loša komunikacija među zdravstvenim djelatnicima. Kao ključni odjeli gdje je uspješna komunikacija od posebne važnosti prepoznati su odjeli intenzivne njege, hitni prijem i operacijske dvorane. Iako je u spomenutim studijama bilo teško izravno provjeriti i

dokazati utjecaj grešaka u komunikacijskom kanalu na ishod liječenja, neupitno je da je većina rezultirala tenzijama unutar tima, vremenskoj odgodi ili proceduralnim pogreškama (30).

Kao primjer odjela u kojem je komunikacija na više razina od posebne važnosti često se navodi upravo hitni prijem. Liječnik hitne medicine mora u kratkom roku ostvariti uspješnu komunikaciju sa svojim bolesnikom, što često može biti veoma teško, ali i s bolesnikovom pratnjom, odnosno obitelji. Također, mora dobro komunicirati unutar svog tima, kao i s ostalim bolničkim odjelima i drugim zdravstvenim djelatnicima ako je potrebno bolesnika proslijediti na daljnju obradu. Drugim riječima, pred liječnikom je izazov komunikacije s više javnosti: unutarnjom koja predstavlja njegovu radnu okolinu te vanjskom koja obuhvaća bolesnike i njihovu okolinu, ostale zdravstvene djelatnike, ali i druge službe i profesije (policija, mediji). S obzirom na prirodu posla, važnost učinkovitosti komunikacije je jasna, jer loša komunikacija može uzrokovati niz medicinskih, etičkih i pravnih problema, a kada se tomu pridoda kompleksan popis sugovornika lako se može zaključiti da je liječnicima s razvijenim komunikacijskim vještinama uvelike olakšano snalaženje u svakodnevnom radu (1). Također, međuljudski odnosi među različitim profesijama pokazali su se izuzetno bitnima. Predanost poslu zdravstvenih profesionalaca mnogo je veća i njihove frustracije smanjene ako su njihova mišljenja uvažena od strane kolega. Tradicionalni hijerarhijski poredak trebao bi biti zanemaren do određene mjere u svrhu poboljšanja ishoda liječenja, koje zahtjeva vještine rješavanja problema, ali i koordiniran rad. Dokazano je da kolegijalnost između članova tima pridonosi pozitivnom ishodu liječenja (31). Problem hijerarhijskog odnosa je najvidljiviji u odnosu medicinskih sestara i liječnika, koji tradicionalno stavlja medicinske sestre u podređeni položaj, u kojem one praktički nemaju pravo glasa niti odlučivanja, već služe samo kao izvršitelji liječničkih zapovjedi. U novije se vrijeme taj odnos znatno mijenja, pa tako današnji pristup postavlja medicinske sestre kao ravnopravne članove tima jer je njihov doprinos u liječenju i njezi bolesnika svakako nezamjenjiv, a njihova edukacija pokriva širok spektar teoretskih i praktičnih znanja, što je pogotovo vidljivo u hitnoj medicini. U današnje doba mnogo se radi upravo na ukidanju segregacije i striktne podjele poslova te se nastoji primjenom različitih strategija kroz poboljšanje komunikacijskih stilova i tehnika upravljanja srušiti komunikacijsku barijeru i smanjiti broj sukoba (31). S druge strane, na razvoju komunikacijskih vještina u odnosu među samim liječnicima prilično se malo radi, iako je brza, točna i učinkovita komunikacija od izuzetne važnosti u hitnoj medicini. Velik udio telefonske komunikacije jedna od najvećih prepoznatih barijera. Komunikacija

telefonom vrlo je problematična, prvenstveno jer joj nedostaje velik dio neverbalnog segmenta te je poruka koja se prenosi nepotpuna. Također, ona je često ovisna o vanjskim utjecajima, kao što je pozadinska buka ili ometanje treće osobe, pa je iz tog razloga greška u komunikacijskom kanalu mnogo češća (31).

Mnogo je pažnje dosad posvećeno proučavanju komunikacije među članovima tima za vrijeme operacijskog zahvata, jer je dokazano da su greške u komunikaciji česti uzrok medicinske pogreške (32). Jedno je istraživanje (33) uključivalo praćenje niza operacijskih zahvata od strane educiranih promatrača. Od 421 zabilježenog komunikacijskog događaja, 129 ih je ocjenjeno neuspješnim (oko 30%), od kojih je trećina rezultirala događajima vidljivim promatraču. Primijećeno je nekoliko glavnih razloga neuspjeha u komunikaciji: komunikacija se dogodila prekasno da bi imala svrhu, sadržaj nije bio kompletan ili točan, ključne osobe su bile isključene ili je predmet rasprave ostao neriješen do stanja hitnosti. Iako iz istraživanja nije vidljiv direktan utjecaj učinkovitosti komunikacije na ishod liječenja, ipak je jasno da neučinkovita komunikacija pridonosi nastanku liječničke pogreške, što i druge studije potvrđuju (34). Kao metoda izbjegavanja pogrešaka u posljednje se vrijeme koristi **sigurnosni kontrolni popis**. Mnogi radovi (35) bavili su se upravo proučavanjem njegovog utjecaja na smanjenje mogućnosti liječničke greške. Dokazano je da je očekivani efekt postignut, ali također se pokazalo da korištenje kontrolnih popisa poboljšava i komunikaciju i timski rad, promoviranjem direktne verbalne komunikacije i interakcije. Također, smatra se da korištenje kontrolnog popisa osigurava zajedničko shvaćanje bolesnika, zahvata i rizika te potiče svakog člana tima da izrazi svoje zabrinutosti u vezi zahvata. Ipak, iako je kontrolni popis standardiziran i pouzdan alat, treba imati na umu da ga treba koristiti adekvatno i u prikladno vrijeme kako bi ispunio svoju svrhu.

SPECIFIČNOSTI KOMUNIKACIJE S ODREĐENIM SKUPINAMA

Svaki je bolesnik individua, sa svojim jedinstvenim sklopom karakternih osobina, osjećaja, stavova i životnih navika koji čine njegovu osobnost. Ipak, postoje skupine bolesnika koje iz različitih razloga zahtijevaju poseban pristup, bilo zbog postojanja određenih barijera, bilo zbog samih uvjeta rada i prirode bolesti. To su djeca i stariji ljudi, kronični bolesnici, onkološki bolesnici, umirući, psihijatrijski bolesnici, gluhi ili slijepi, bolesnici na odjelima intenzivne njege, ali i bolesnici u hitnom prijemu.

Kod bolesnika starije dobi često su prisutni fizički, kognitivni i psihološki čimbenici vezani za njihovu dob. Prvenstveno, stariji bolesnici često boluju od više bolesti, koje obuhvaćaju nekoliko organskih sustava i zahtijevaju više različitih terapija, što čini njihovo zdravstveno stanje kompliciranim. Samim time pred liječnika je postavljen zadatak objašnjavanja kompliciranog terapijskog režima, a o načinu na koji liječnik pristupi bolesniku može ovisiti i njegovo prisjećanje uputa i pridržavanje propisane terapije (36). Tjelesni znakovi starenja, kao što su slabljenje sluha i vida i narušene kognitivne sposobnosti mogu predstavljati barijeru u uspješnoj komunikaciji liječnika s bolesnikom, što povećava potrebu za detaljnim i pažljivim pojašnjavanjem. Također, treba misliti i na neke psihološke barijere koje često proizlaze iz međugeneracijskih razlika. Stariji bolesnici skloni su pasivnosti, često iz poštovanja prema liječniku, što može predstavljati problem ako ih to sprječava da postave pitanja u trenutku kada je potrebno pojašnjenje. Isto tako, stariji bolesnici teže se otvaraju prilikom razgovora o osjetljivijim osobnim temama (13). S druge strane, problem je često i u doživljaju starijih bolesnika od strane liječnika, koji mijenjaju komunikacijski pristup te govore suviše pokroviteljski i pojednostavljeno, vodeći se generalizacijom i stereotipima koji prikazuju osobe starije dobi kao nesposobne i ovisne (37).

Kao primjer očite komunikacijske barijere jasno se nameće otežana komunikacija s osobama oštećenog sluha. Gluhe i nagluhe osobe imaju djelomično izmijenjenu mogućnost korištenja zdravstvene skrbi, značajne teškoće u komunikaciji s liječnikom, često pogrešno razumiju objašnjenje svoje bolesti ili preporučenih postupaka (38). U komunikaciji s gluhim/nagluhim osobama nailazi se na mnoge probleme i zapreke kao što su jezično prilagođavanje, potreba za poštivanjem inteligencije i mogućnošću širenja informacija. Glavni je problem gluhih/nagluhih osoba komunikacija s „čujućim svijetom". Pri komuniciranju s gluhom/nagluhom osobom liječnik treba voditi brigu da ta osoba mora imati jasno vidno

polje. Primjerice, liječnik ne smije biti ispred osvijetljenog prozora kada postavlja pitanja i treba biti okrenut licem prema gluhom bolesniku kada komunicira s njim bez izgovora ili putem tumača. Također, liječnik ne smije imati masku na licu, jer ona potpuno onemogućava bolesnikovo shvaćanje (39). Vrlo je bitno da se gluhe/nagluhe osobe ne diskriminira zbog njihovog invaliditeta, odnosno oni imaju pravo na informiranost i informirani pristanak i uvažavaju pravo autonomnog izbora. Nedopustivo je da odluke umjesto njih donosi obitelj ili pratnja koja čuje, a bez da se s gluhom/nagluhom osobom uopće stupi u kontakt. Razumljivo je da je na putu do uspješnog razumijevanja moguće naići na cijeli niz prepreka. Na prvom mjestu većina zdravstvenih djelatnika jednostavno nema sposobnost komuniciranja koja je potrebna za objašnjavanje određenog postupka. U takvim slučajevima nužno je uključivanje komunikacijskog stručnjaka ili prevoditelja da bi se osigurala adekvatna informiranost i uvažila prava bolesnika (40, 39).

Tek u posljednje vrijeme rasprava o smrti i umiranju našla se u okviru kurikuluma medicinskih fakulteta. Ipak, u programima većine svjetskih medicinskih fakulteta vrlo je malo vremena predviđeno za raspravu o smrti kao neizbježnom ishodu mnogih bolesti i stanja. U jednom istraživanju provedenom 2000. godine u Ujedinjenom Kraljevstvu, srednji broj nastavnih sati posvećenih raspravi o smrti bio je tek 20, od kojih se većina svodila na predavanja, s vrlo malo ili ništa praktičnog rada i pravog susreta s bolesnikom. Smatra se da studentima medicine nedostaje susreta s umirućim bolesnicima, pri kojima bi mogli bolje razumjeti specifičnosti situacije u kojoj se takvi bolesnici nalaze pa samim time u budućnosti biti spremni na komunikaciju s njima (41, 42). Ispravno priopćavanje loših vijesti vrlo je važna vještina koju bi svaki liječnik trebao usvojiti. Bilo da se radi o teškoj dijagnozi, priopćenju smrti bolesnika rodbini ili priopćenje vrlo loše prognoze, takve su situacije uvijek stresne i osjetljive za liječnika i za sugovornika. Razgovor o takvim temama uvijek je težak, pogotovo ako je postojao dugi odnos i suradnja s bolesnikom, a ciljevi njege su se naglo promijenili. Važno je da se takav razgovor obavi na vrijeme, bez odgode, jer mnogo odluka o daljnjoj terapiji i planiranje ovisi o prognozi. Istraživanja su pokazala da je većini bolesnika bitnija kvaliteta posljednjih dana ili tjedana života od samog produžetka njegovog trajanja (42), a jedno veliko kohortno istraživanje (43) koje se bavilo komunikacijom o prognozi s bolesnicima oboljelim od karcinoma, pokazalo je da je kod bolesnika s kojima se kasno započinjala diskusija o njezi pri kraju života puno veća vjerojatnost primanja agresivne terapije neposredno prije smrti. Iz tog se razloga preporučuje da se o prognozi diskutira kada je bolesnik dobro, primjerice u razdoblju kada ne prima kemoterapiju, kako bi mogao na

vrijeme raspolagati sa svim informacijama koje bi mogle utjecati na njegove odluke i kroz razgovor podijeliti s liječnikom svoje stavove, želje i prioritete, a sve u svrhu donošenja zajedničke odluke o daljnjem postupanju. U osnovi, može se reći da postoji nekoliko osnovnih principa u komunikaciji s teškim i umirućim bolesnicima (14):

- Bolesnici žele istinu o svojoj dijagnozi
- Bolesnicima se ne šteti razgovorom o temi završetka života
- Tjeskoba je normalna i kod bolesnika i kod liječnika tijekom takvih razgovora
- Bolesnici mogu imati druge ciljeve i prioritete od produženja života
- Shvaćanje bolesnikovih ciljeva i prioriteta omogućava pružanje kvalitetnije skrbi

Kao što je već navedeno u okviru rasprave o važnosti interdisciplinarne suradnje, hitni prijem je mjesto na kojem je uspješna komunikacija izuzetno važna, kako među kolegama liječnicima, tako i u odnosu liječnik — bolesnik. Jedno istraživanje (44) koje se bavilo pritužbama bolesnika, provedenom na hitnom prijemu bolnice u Melbourneu u Australiji, pokazalo je da je gotovo 32% pritužbi usmjereno izravno na komunikaciju (grubost, nepristojnost), gotovo jednako koliko i za nepravilno liječenje odnosno pogrešnu dijagnozu ili pogrešno liječenje (33.4%). 11.9% pritužbi odnosilo se na odgodu liječenja. Također, najveći broj pritužbi dolazio je od strane vrlo starih ili vrlo mladih bolesnika, kao i onih kojima engleski jezik nije materinji. Drugo istraživanje (45), provedeno u SAD-u, bavilo se samom kvalitetom liječničkog pristupa na uzorku od 93 susreta liječnika i bolesnika u hitnoj službi. Pokazalo se da iako većina liječnika ima tendenciju započinjanja s otvorenim pitanjem, samo je 20% bolesnika završilo svoje izlaganje problema bez prekidanja. Također, prosječno vrijeme susreta bilo je svega nešto više od 7 minuta, dijagnoza je bila objašnjena u 65% slučajeva, a samo je 16% bolesnika bilo upitano imaju li pitanja ili nedoumica. Iz ova dva primjera može se zaključiti da je komunikacija s bolesnicima u hitnom prijemu pretežno štura i često je zakinuta čak i za razmjenu važnih zdravstvenih podataka. Oba rada navode kao zaključak potrebu za dodatnom edukacijom liječnika. Efikasnijom komunikacijom definitivno bi se povećalo zadovoljstvo bolesnika, a da se naslutiti da bi se moglo izbjeći i mnogo krivih dijagnoza.

Tablica 1 - Unaprjeđenje komunikacije s bolesnicima u hitnoj medicini (31)

Nastojati:	Izbjegavati:
Sjediti, ako je moguće	Stajati nad bolesnikom
Uspostaviti kontakt očima	Ispunjavati podatke za vrijeme razgovora
Dodir – dotaknuti bolesnikovo rame ili ruku za vrijeme pregleda	Gledati bolesnika kroz dijagnozu
Postaviti otvorena pitanja	Doticati bolesnika samo alatima (slušalice)
Uključiti bolesnika u odabir mogućnosti liječenja	Koristiti samo da/ne i zatvorena pitanja
Pitati bolesnika ima li nedoumica ili zabrinutosti	Naređivati bolesniku
	Ignorirati bolesnikove osjećaje i strahove

S druge strane, u jedinicama intenzivne njege vladaju drugačiji uvjeti. Naime, izazovi komunikacije koji se ovdje nalaze vezani su uglavnom za stanje bolesnika, koji su često promijenjenih stanja svijesti ili spojeni na mehaničku ventilaciju. U tim uvjetima komunikacija je često otežana ili nemoguća. Kako velik dio njege bolesnika obavljaju medicinske sestre, one se tako i najčešće susreću s navedenim problemima, pa se mnogo istraživanja bavi upravo njihovom komunikacijom s bolesnicima. Jedan članak (46) ukazuje na to da se medicinske sestre često nalaze u ulozi „prevoditelja", odnosno objašnjavanja liječnikovih riječi bolesnicima i obitelji. Također, autori smatraju da se medicinske sestre često nalaze u nepovoljnom položaju, jer se nalaze u etičkoj dilemi u slučajevima kada se ne slažu s liječnikovim mišljenjem, kada se nameće pitanje je li tu dilemu ispravno podijeliti s bolesnikom i obitelji. Drugo istraživanje bavilo se problemom komunikacije intubiranih bolesnika tijekom postoperativnog oporavka nakon kardiokirurškog zahvata i utjecaj edukacije iz komunikacijskih vještina na učinkovitost komunikacije medicinskih sestara s bolesnicima (47). Budući da je bolesnicima onemogućen govor, s godinama je osmišljeno je nekoliko alata koji omogućuju sporazumijevanje (*Augmentative and alternative communication*), koje se kreću u rasponu od jednostavne olovke i papira pa sve do posebnih elektroničkih pomagala. Iako je provedeno na malom uzorku i u jednoj bolnici, rezultati su bili pozitivni što ukazuje da bi rad na unaprjeđenju komunikacijskih vještina u slučajevima

kada je klasična komunikacija s bolesnicima onemogućena mogao imati efekta. To je izuzetno važan podatak, ako se uzme u obzir da je broj bolesnika u jedinicama intenzivne skrbi kojima je onemogućen govor prema nekim procjenama veći od 2.7 milijuna godišnje u SAD-u (48).

STRATEGIJE UNAPRIJEĐENJA KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA

Kako je sedamdesetih godina prošlog stoljeća znanstveno dokazano da kvaliteta komunikacije liječnika s bolesnikom i članovima medicinskog tima utječe na kvalitetu zdravstvene skrbi i krajnji ishod liječenja, to je saznanje potaknulo cijeli niz istraživanja i radova na modelima unaprjeđenja komunikacijskih vještina liječnika, a pogotovo u komunikaciji liječnik i bolesnika. Iz dosadašnjih razmatranja jasno je da razvijene komunikacijske vještine nisu dodatna, neobavezna kvaliteta liječnika, već obvezno znanje s kojim bi svaki liječnik trebao raspolagati. U modernom svijetu, nažalost, dugogodišnje kliničko iskustvo loše utječe na razvoj komunikacijskih vještina, pa zapravo iskusni liječnici pokazuju tendenciju razvoja loših komunikacijskih navika (1). Iz tog razloga, danas se smatra da bi se učenju komunikacijskih vještina trebalo pristupati što ranije, već na prvim godinama studija (49), a nadopunjavati znanje i vještine liječnik bi trebao tijekom cijelog svog radnog vijeka. Mnogo istraživanja dokazalo je uspješnost programa učenja komunikacijskih vještina kod studenata medicine, stomatologije, sestrinstva, mladih doktora i specijalista (50). U zapadnim zemljama edukacijski programi o komunikaciji već dugi niz godina čine sastavni dio studija medicine, a ocjena komunikacijskih vještina sastavni je dio vrednovanja na završnim i državnim ispitima te pri odabiru specijalizacije. Programi komunikacije su objedinjeni u smislene cjeline, a iste ključne vještine podučavaju se na svim razinama (1).

Postoji više različitih pristupa učenju komunikacijskih vještina, koji mogu uključivati predavanja, seminare i praktični rad, rad u malim grupama s naglaskom na diskusiju, pa i naprednije metode kao igranje uloga ili stvarne vježbe sa pravim ili simuliranim bolesnikom (51). Ipak, zajedničko svim pristupima je okvirno slaganje oko ciljeva edukacije. Svi se temelje na dokazima, odnosno obuhvaćaju uvježbavanje onih vještina za koje je dokazano da dovode do promjene u kliničkoj praksi. Također, program edukacije mora obuhvatiti tri područja: vještine, stavove i pojedine medicinske probleme, s tim da se polazi od toga da su ključne vještine (*core skills*) od fundamentalne važnosti, te najviše pažnje treba posvetiti njihovom savladavanju. Na taj način stvara se čvrsti temelj za daljnje učenje i usavršavanje te ostavlja slobodan prostor za svladavanje specifičnih problema, kao što su priopćavanje loše vijesti, rad s ovisnicima ili razumijevanje snažnih emocija (1). Komunikacijske vještine Jonathan Silverman (52) dijeli na sljedeće:

- Vještine povezane sa sadržajem (*content skills*) – osnovne informacije vezane uz temu diskusije, sadržaj pitanja i odgovora
- Procesne vještine (*process skills*) – načini komunikacije s bolesnikom, način uzimanja anamneze i pružanja informacija, verbalne i neverbalne vještine koje se koriste, uspostavljanje odnosa s bolesnikom, sposobnost organiziranja i strukturiranja komunikacije
- Perceptualne vještine (*perceptual skills*) – unutrašnje vještine donošenja odluka, rješavanja problema i kliničkog prosuđivanja, stavovi, mogućnost suosjećanja, poštovanja, fleksibilnost

Navedene vještine Silverman smatra povezanom i neodvojivom cjelinom te se ne mogu promatrati izolirano. Same sadržajne vještine uglavnom su dobro pokrivene većinom kurikuluma medicinskih fakulteta, kao i dobar dio perceptualnih, a smisao učenja komunikacijskih vještina je shvaćanje kako svladati procesne vještine te interaktivno povezati sve tri skupine.

Većina pristupa učenju komunikacijskih vještina objedinjuju kognitivne, emocionalne i biheviоralne komponente, s općim ciljem promoviranja samosvijesti kod pružatelja zdravstvene zaštite. Smatra se da su programi koji se temelje na usvajanju vještina učinkovitiji od programa temeljenih na stavovima i specifičnim zadacima. Fundamentalne vještine kao i vještine potrebne u specifičnim područjima (npr. komunikacija s bolesnicima oboljelim od raka) uglavnom su definirane, a pritom se misli na vještine kao što su postavljanje otvorenih pitanja, psihosocijalnu procjenu, demonstraciju empatije i druge. Također, kao vrlo korisni ocijenjeni su pristupi koji uključuju uvježbavanje usvojenih vještina kroz igru uloga, koja često uključuje simuliranog bolesnika, odnosno glumca ili educiranog liječnika, pri čemu polaznici imaju priliku okušati se u interakciji koja nalikuje stvarnoj situaciji, ali u „sigurnom okružju" i bez potencijalnog uznemiravanja pravih bolesnika, a istovremeno voditelji mogu ocijeniti napredak polaznika i skrenuti pozornost na potencijalne pogreške u pristupu kako bi se moglo raditi na njihovom sprječavanju. Tečajevi su osim u različitim metodološkim, dostupni i u različitim organizacijskim oblicima, pa tako mogu biti inkorporirani u kurikulum medicinskih fakulteta ili zamišljeni kao samostalne radionice u trajanju od tri do pet dana. Idealna duljina programa još je uvijek predmet rasprave, ali smatra se da su programi duljeg trajanja učinkovitiji (53). Također, razvijene su metode procjene usvajanja komunikacijskih vještina, kao što je SEGUE okvir koji se koristi u zemljama Sjeverne Amerike. Radi se o katalogu vještina sastavljenom na osnovi godina istraživačkog

rada, a svrha mu je olakšati podučavanje i evaluaciju komunikacijskih vještina. Standardizirani upitnik sadrži niz da/ne pitanja, koja pokrivaju sve dijelove susreta liječnika i bolesnika, od početka i problema do kraja i rješenja. Na pitanja odgovara promatrač neposredno nakon promatranog susreta liječnika ili studenta s bolesnikom i procjenjuje je li ispitanik pokazao uspješno vladanje svim ključnim komunikacijskim vještinama. Osim spomenutog, postoje i mnogi drugi instrumenti (Arizona Clinical Interview Rating Scale, Bayer Institute for Health Care Communication E4 Model, Calgary-Cambridge Observation Guide i drugi), a svima je svrha procijeniti komunikacijeske vještine u medicini orijentiranoj osobi, kako bi se one mogle učiti i proučavati u svrhu boljitka bolesnika i pružatelja zdravstvene zaštite (54).

Kao primjer opsežnog i dobro isplaniranog sustava učenja komunikacijskih vještina može poslužiti primjer kurikuluma jednog belgijskog medicinskog fakulteta (49). Naime, studenti se ondje od prve godine studija pripremaju za buduće kontakte s bolesnicima te se od samog početka studija radi na razvoju komunikacijskih vještina, pri čemu se u početku savladava teoretski okvir, kasnije učenje modela konzultacija i naposljetku vježbe na primjerima stvarnih situacija. Krajem svake godine studija, procjenjuje se svladavanje potrebnih vještina od strane dva ispitivača. Na prvoj godini studija se kroz radionice u malim grupama, igre uloga, slušanje nemedicinskih životnih priča uz diskusiju i dijeljenje emocija nastoji potaknuti razvoj empatije i razumijevanje osjećaja. Na drugoj godini svakom studentu dodijeli se obitelj s novorođenim djetetom, a zadatak je nekoliko puta kroz godinu posjetiti obitelj i kroz razgovor doživjeti njihove emocije, eventualne novonastale teškoće i prilagodbu na promjene navika. Nakon svakog posjeta sakuplja se grupa te se dijele i uspoređuju dojmovi. Na trećoj godini studija studenti uče osnovni model medicinske konzultacije. Uči se kroz prave interakcije slušati bolesnikova priča s naglaskom na njegove želje, očekivanja i zabrinutosti. Posjeti obitelji se nastavljaju, a svaki student dužan je otići i u nekoliko kućnih posjeta osobama različitih dobi, kako bi kroz detaljni intervju spoznali specifičnosti tema koje okupiraju određenu dob (umiranje i smrt, seksualnost, karijera). Svaki posjet opet je popraćen sastankom male grupe studenata i diskusijom. Tada završava dodiplomski studij, i studenti već vladaju osnovnim komunikacijskim vještinama. Svrha daljnjeg učenja na diplomskom studiju je stjecanje temelja za davanje podrške i stvaranje partnerskog odnosa s budućim bolesnicima i shvaćanje važnosti zajedničkog donošenja odluka. Tijekom prve tri godine diplomskog studija studenti i dalje posjećuju dodijeljenu obitelj i prate rast i razvoj djeteta koji u svakoj fazi donosi nove potrebe za prilagodbama. Osim toga, sudjeluju u radionicama u

kabinetima vještina, koje uključuju igre uloga i simuliranog bolesnika, a prolaze se zahtjevne situacije kao što su rad s nesuradljivim bolesnikom, agresivnim bolesnikom, bolesnicima drugih kultura, a pažnja se posvećuje specifičnim komunikacijskim principima kroz izazove kao što su klinička procjena, postavljanje dijagnoze, pregovaranje i dogovaranje oko terapije i dijagnoze. Prolazi se i suočavanje sa specifičnim situacijama kao priopćavanje loših vijesti, razgovor s roditeljima i djecom, pripremanje bolesnika za operaciju i život s kroničnom bolešću. Na četvrtoj godini studenti obavljaju staž u ordinacijama obiteljske medicine, tijekom kojih za zadatak imaju snimati nekoliko svojih razgovora sa pravim bolesnicima, koji se kasnije pregledavaju i diskutiraju u malim grupama. Također, dužni su pohađati teoretski program u trajanju od 8 tjedana, koji obuhvaća susret sa simuliranim bolesnikom jednom tjedno, sa potpunim uzimanjem anamneze, fizikalnim pregledom, diskusijom o opcijama liječenja i ispunjavanjem podataka. Takav pristup omogućava kontinuitet edukacije, a svaki susret sa simuliranim bolesnikom popraćen je okupljanjem male grupe pod vodstvom nastavnika. Svake godine procjenjuje se stupanj usvojenosti novih znanja i vještina svakog studenta praktičnim ispitom kliničkih vještina (objektivni strukturirani klinički ispit – OSKI), koji obuhvaća nekoliko postaja sa zadacima, a suočavanje sa svakim zadatkom promatra ispitivač i ocjenjuje uspješnost svakog pojedinog elementa. Na taj način nastoji se što objektivnije procijeniti usvojene vještine (55).

Vrlo sličan sustav uveden je 2011. godine i na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, u sklopu kolegija „Temelji liječničkog umijeća". Nastava se izvodi longitudinalno, tijekom cijelog trajanja studija, a cilj je omogućiti studentu stjecanje komunikacijskih i kliničkih vještina. Student prve godine upoznaje osnove komunikacijskih vještina (osnove umijeća interpersonalne komunikacije). Na drugoj godini usvajaju se vještine komunikacije u razgovoru liječnika i bolesnika (medicinski intervju). Nakon upoznavanja s konceptom informiranog pristanka i osobitosti komunikacije u timskom radu koje se podučavaju na trećoj godini, na višim godinama studija studente se upoznaje se osobitosti komunikacije vezane uz specifične kliničke situacije, kao što su priopćavanje loše vijesti na četvrtoj godini, komunikacija s bolesnim djetetom i roditeljima bolesnog djeteta na petoj godini studija. Na posljednjoj godini ponavljaju se stečena znanja i vještine, definiraju se osobitosti profesionalne komunikacije, komunikacijske prepreke i upoznaju se pravila komunikacije s drugim sektorima, medijima. Provjera znanja obavlja se na kraju svake akademske godine, nakon završetka nastave, također objektivnim strukturiranim kliničkim ispitom (OSKI) (56).

ZAKLJUČAK

Nemoguće je zamisliti suvremeno poimanje medicine i zdravstvene zaštite bez koncepata kao što su medicina orijentirana prema osobi i informirani pristanak. Paternalistički pristup bolesniku stvar je davne prošlosti, a zamjenjuje ga pristup temeljen na suradnom partnerstvu između bolesnika i liječnika, kojim se izgrađuje odnos zasnovan na povjerenju, iskrenosti i uzajamnom poštivanju. Komunikacijske vještine su jedne od fundamentalnih liječničkih vještina, gotovo jednako važne kao i kliničko prosuđivanje i samo znanje. Već od prvog susreta ispravnom se komunikacijom može zadobiti povjerenje bolesnika, koji će se u tako ostvarenom odnosu osjećati sigurno i njegovo ukupno zadovoljstvo liječenjem bit će veće. Također, komunikacijske vještine ključna su sastavnica uspješnog uzimanja anamneze prilikom medicinskog intervjua. Dobro poznavanje komunikacijskih vještina tako omogućava i uspješnije liječenje te utječe na smanjenje učestalosti grešaka i tužbi. Ipak, mnoga istraživanja pokazala su da je poznavanje komunikacijskih vještina među liječnicima prilično oskudno, što rezultira neefikasnom komunikacijom koja šteti i liječnicima, a ponajprije bolesnicima. Stoga se u zapadnim zemljama već dugi niz godina provode detaljno razrađeni programi edukacije u svrhu razvoja komunikacijskih vještina već na samom početku studija medicine kojima je cilj provoditi kontinuirano usavršavanje liječnika kroz cijeli njihov radni vijek, a odnedavno se slični programi uvode i u Republici Hrvatskoj. Iako su se mnoga istraživanja bavila procjenom efikasnosti navedenih programa, ipak je takav pristup edukaciji u većini zemalja svijeta još u povojima, pa je potrebno još mnogo znanstvenog rada i usavršavanja metoda kako bi se pronašao najefektivniji način usađivanja znanja i vještina efektivne komunikacije u svakodnevnu medicinsku praksu.

ZAHVALE

Zahvaljujem svom mentoru prof.dr.sc. Veljku Đorđeviću na srdačnoj i stručnoj pomoći pri pisanju ovog diplomskog rada. Zahvaljujem svojoj obitelji na podršci i pomoći koju su mi pružili tijekom svih ovih godina života. Zahvaljujem se i svojim prijateljima bez kojih bih teško završio ovaj studij.

POPIS LITERATURE

1. Đorđević V, Braš M, priređivači. Komunikacija u medicini – čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
2. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Educ Couns 2007;67(3 SPEC. ISS.):315-8.
3. Parsons T. The Social System. The Free Press Of Glencoe, 1951.
4. Sowerby P. Balint reassessed: the doctor, his patient, and the illness: a reappraisal. J R Coll Gen Pract 1977;27(183):583-9.
5. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. Prim Care Companion CNS Disord. Physicians Postgraduate Press, Inc.
6. Szasz TS, Hollender MH. The basic models of the Doctor-Patient relationship. Tom 97, Archives of Internal Medicine 1956. str. 585-92.
7. Emanuel EJ. Four Models of the Physician-Patient Relationship. JAMA J Am Med Assoc 1992;267(16):2221-6.
8. Entwistle VA, Watt IS. Treating Patients as Persons : A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care Treating Patients as Persons : A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. Am J Bioeth 2013;13(8):29-39.
9. Sorta-Bilajac I, Sorta J. Primjena teorije komunikacije Paula Watzlawicka na praksu komuniciranja u medicini i zdravstvu. JAHR - Eur J Bioeth 2013;4(7):583-90.
10. Riess H, Kraft-Todd G. E.M.P.a.T.H.Y E.M.P.A.T.H.Y: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients. Acad Med 2014;89(8):1108-12.
11. Henry SG, Fuhrel-Forbis A, Rogers MAM, Eggly S. Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns Elsevier Ireland Ltd; 2012;86(3):297-315.
12. Street RL, Buller DB. Nonverbal response patterns in physician-patient interactions: A functional analysis. J Nonverbal Behav 1987;11(4):234-53.
13. Ambady N, Koo J, Rosenthal R, Winograd CH. Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. Psychol Aging 2002;17(3):443-52.
14. Bernacki RE, Block SD. Communication About Serious Illness Care Goals. JAMA Intern Med 2014;174(12):1994-2003.
15. Hillen MA, de Haes HCJM, van Tienhoven G, Bijker N, van Laarhoven HWM, Vermeulen DM, i ostali. All eyes on the patient: the influence of oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust. Breast Cancer Res Treat

2015;153(1):161-71.

16. Ramani S. Promoting the art of history taking. Med Teach 2004;26(4):374-6.

17. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. Cmaj 1995;152(9):1423-33.

18. Štifanić M. Loša komunikacija i druge liječničke pogreške. JAHR 2013;4(7):293-327.

19. Coulehan JL, Block MR. The Medical Interview: Mastering Skills for Clinical Practice. Tom 94, Southern Medical Journal 2001. 1130-1131 str.

20. Braš M, Đorđević V, Miličić D. Komunikacija liječnika i bolesnika. MEDIX 2011;38-43.

21. Deber RB. Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: Changing roles and the desire for information. Cmaj 1994;151(2):171-6.

22. Quill TE, Brody H. Physician Recommendations and Patient Autonomy: Finding a Balance between Physician Power and Patient Choice. Tom 125, Annals of Internal Medicine 1996. str. 763-9.

23. Keifenheim KE, Teufel M, Ip J, Speiser N, Leehr EJ, Zipfel S, i ostali. Teaching history taking to medical students: a systematic review. BMC Med Educ 2015;15:159.

24. Burt J, Abel G, Elmore N, et al. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. BMJ Open 2014;4: e004339

25. Kaufman G. Patient assessment:effective consultation and history taking. Nurs Stand 2008;23(4):50-6

26. Townsend-Gervis M, Cornell P, Vardaman JM. Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. West J Nurs Res 2014;36(7):917-28.

27. Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. J Nurs Scholarsh 2015;47(3):275-84.

28. Gausvik C, Lautar A, Miller L, Pallerla H, Schlaudecker J. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. J Multidiscip Healthc 2015;8:33-7.

29. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Tom 21, Annales francaises d'anesthesie et de reanimation. 2000. 453-454 str.

30. Alvarez G, Coiera E. Interdisciplinary communication: An uncharted source of medical error? J Crit Care 2006;21(3):236-42.

31. O'Mara K. Communication and Conflict Resolution in Emergency Medicine. Emerg Med Clin North Am 1999;17(2):451-9.

32. Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM, Lipsitz SR, Rogers SO, Zinner MJ, i

ostali. Patterns of Communication Breakdowns Resulting in Injury to Surgical Patients. J Am Coll Surg 2007;204(4):533-40.

33. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, i ostali. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Qual Saf Health Care 2004;13(5):330-4.

34. Nagpal K, Vats A, Lamb B, Ashrafian H, Sevdalis N, Vincent C, i ostali. Information transfer and communication in surgery: a systematic review. Ann Surg 2010;252(2):225-39.

35. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. Ann Surg 2013;258(6):856-71.

36. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. JAMA 2015;272(20):1619-20.

37. Aldeman RD, Greene MG, Charon R, Friedmann E. The content of physician and elderly patient interaction in the medical primary care encounter. Communic Res 1992;19:370-80.

38. Meador HE, Zazove P. Health Care Interactions with Deaf Culture. J Am Board Fam Med 2005;18(3):218-22.

39. Frković A. Bioetički aspekti komuniciranja s gluhim roditeljima. Gynaecol Perinatol 2006;15(4):187-91.

40. Gutman V. Ethical reasoning and mental health services with deaf clients. J Deaf Stud Deaf Educ 2005;10(2):171-83.

41. Field D, Wee B. Preparation for palliative care: Teaching about death, dying and bereavement in UK medical schools 2000-2001. Med Educ 2002;36(6):561-7.

42. Sleeman KE. End-of-life communication: Let's talk about death. J R Coll Physicians Edinb 2013;43(3):197-9.

43. Mack JW, Cronin A, Keating NL, Taback N, Huskamp HA, Malin JL, i ostali. Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: A prospective cohort study. J Clin Oncol 2012;30(35):4387-95.

44. Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA. Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. Emerg Med 2002;14(1):43-9.

45. Rhodes K V, He T. R esuscitating the Physician-Patient Relationship : Emergency Department Communication in an Academic Medical Center. Ann Emerg Med 2004;44(September):2–7.

46. Angelica MD, Fong Y. Communication by Nurses in the Intensive Care Unit: Qualitative Analysis of Domains of Patient-Centered Care. Am J Crit Care 2012;21(6): 410–418.

47. Happ M-B, Tate JA, Garrett KL, DiVirgilio D, Houze MP, Demirci JR, i ostali. Effect

of a multi-level intervention on nurse—patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. J Hear Lung 2014;43(2):89-98.

48. Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, i ostali. Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit 2012;20(August 2010):1-21.

49. 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;58(3 SPEC. ISS.):265-70.

50. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. Med Teach 1999;21(6):563–70.

51. Benbassat J, Baumal R. A step-wise role playing approach for teaching patient counseling skills to medical students. Patient Educ Couns 2002;46(2):147–52.

52. Silverman J, Kurtz SM, Draper J. Skills for Communicating with Patients, 3rd Edition. Radcliffe Medical Press

53. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie T a. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. Cochrane database Syst Rev 2013;3(3)

54. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. Patient Educ Couns 2001;45(1):23-34.

55. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. Br Med J 1975;1(5955):447-51.

56. Temelji liječničkog umijeća [Internet]. Pristupljeno 27.5.2016. Dostupno na: http://www.mef.unizg.hr/o-nama/ustroj/vijeca-predmeta/temelji-lijecnickog-umijeca/

ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: **Domagoj Keleminić**

Datum rođenja: 19.12.1990..

Mjesto rođenja: Zagreb, Republika Hrvatska

OBRAZOVANJE

Osnovna škola Šestine, Zagreb (1997.-2005.),

Gimnazija Tituša Brezovačkog, Zagreb (2005.-2009.)

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (od 2009.)

POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Strani jezici: aktivno služenje engleskim jezikom