

Empatija kao temelj terapeutskog odnosa medicinska sestra - pacijent

Cikač, Tina

Master's thesis / Diplomski rad

2018

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:105:056110>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-30**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Tina Cikač

**Empatija kao temelj terapijskog odnosa
medicinska sestra-pacijent**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Tina Cikač

**Empatija kao temelj terapijskog odnosa
medicinska sestra-pacijent**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu pod vodstvom mentora prof.dr.sc. Rudolfa Gregureka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2017./2018.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Razvoj definicije empatije.....	5
3. Razlika između empatije, simpatije i suosjećanja	7
4. Kognitivna i afektivna empatija.....	9
5. Razvoj empatije.....	11
5.1. Razlika u razini empatije ovisno o spolu	13
6. Neuroznanstveni dokazi empatije	14
7. Psihološka njega u sestrinstvu	16
7.1. Empatija kao dio psihološke njege u sestrinstvu	18
8. Važnost empatije za pacijenta	20
9. Terapeutski odnos.....	21
9.1. Razlika između terapeutskog i društvenog odnosa	21
10. Terapeutski odnos u sestrinstvu	23
10.1. Teorija interpersonalnih odnosa Hildegard Peplau.....	24
10.2. Komunikacija – temelj terapeutskog odnosa	25
10.3. Faze terapeutskog odnosa u sestrijskoj skrbi	26
11. Važnost terapeutskog odnosa u sestrinstvu	30
12. Preuvjeti za ostvarenje kvalitetnog terapeutskog odnosa	32
13. Mostovi u razvoju terapeutskog odnosa medicinska sestra-pacijent	34
14. Barijere u razvoju terapeutskog odnosa	35
15. Povezanost empatije i terapeutskog odnosa	37
15.1. Samosvijest i altruizam u empatiji i terapeutskom odnosu	37
16. Zaključak.....	39
17. Zahvale	40
18. Literatura.....	41
19. Životopis	46

Sažetak

Empatija kao temelj terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent

Tina Cikač

Empatija se definira kao sposobnost prepoznavanja i razumijevanja tuđih emocija, odnosno kao sposobnost promatranja situacije iz tuđe perspektive. Sastoji se od dvije komponente, afektivne i kognitivne. Njezin razvoj počinje u ranom djetinjstvu i na njega utječu brojni faktori. Razvojem neuroznanosti, pronašla su se i još se uvijek istražuju brojna područja u mozgu koja se direktno ili indirektno povezuju s empatijom. Empatija je jedna od najvažnijih osobina medicinske sestre jer joj, između ostalog, omogućuje stvaranje odnosa povjerenja, lakše prikupljanje informacija od pacijenta te povećava kvalitetu i zadovoljstvo pacijenta sestrinskom skrbi. Osim toga, ključna je i u razvoju terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent. Terapijski odnos medicinska sestra-pacijent je odnos u kojem medicinska sestra ulaže sebe – svoje znanje, vještine komunikacije te osobine poput empatije kako bi kod pacijenta postigla željeni učinak. Taj se odnos smatra temeljnim u sestrinskoj skrbi i ostvaruje se kroz terapijsku komunikaciju. Karakterizira ga postojanje svrhe i cilja, a on značajno utječe na ishod skrbi. Prva je terapijski odnos u sestrinstvu opisala Peplau u svojoj Teoriji interpersonalnih odnosa. Opisala ga je kroz četiri faze: fazu orijentacije, fazu identifikacije, radnu fazu i završnu fazu. Postoje preduvjeti koje medicinska sestra mora zadovoljiti da bi se terapijski odnos mogao uspostaviti. S druge strane, postoje barijere poput stereotipa te prelaženja profesionalnih granica koje onemogućuju razvoj kvalitetnog i učinkovitog terapijskog odnosa, stoga ih medicinska sestra mora biti svjesna. Upravo iz tog razloga, važno je da medicinska sestra bude samosvjesna odnosno svjesna svojih sposobnosti, sklonosti, prednosti i nedostataka. U Hrvatskoj se nedovoljno piše o terapijskom odnosu medicinska sestra-pacijent stoga je upitno i njegovo sustavno provođenje. Potrebno je i u praksi i u edukaciji staviti veći naglasak na terapijski odnos kako bi se on provodio sustavno, sa svim pacijentima.

Ključne riječi: empatija, terapijski odnos, komunikacija, sestrinska skrb, psihološke potrebe

Summary

Empathy - the basis of a therapeutic nurse-patient relationship

Tina Cikač

Empathy is defined as the ability of recognition and understanding of other people's emotions, meaning the ability of evaluating a situation from other person's perspective. It consists of two components: affective and cognitive. Its development starts in early childhood and is affected by numerous factors. With the development of neuroscience many areas of the brain have been discovered and are still being researched which are directly or indirectly connected with empathy. Empathy is one of the most important traits of a nurse because it enables formation of the mutual feeling of trust, easier gathering of information from a patient while it also increases the quality of nursing care and the patients' outcomes. Additionally, it is crucial in the development of a therapeutic relationship between the nurse and the patient. Therapeutic nurse-patient relationship is such into which the nurse invests herself in – with her knowledge, communication skills and traits like empathy, in order to achieve the desired effect on the patient. That relationship is considered fundamental in nursing care and is achieved through therapeutic communication. It is characterised by the existence of purpose and the patient centered goal while also having a significant impact on the outcome of the process of professional care. The first to describe the therapeutic relationship in nursing was Peplau in her Theory of Interpersonal Relations. It is described through four stages: orientation, identification, exploitation and resolution. There are a few requirements that the nurse has to fulfil in order for the therapeutic relationship to be established. On the other side, there are barriers such as stereotypes and crossing of professional boundaries that prevent the development of quality and efficient therapeutic relationship, due to these possible negative consequences the nurse has to be aware of the boundaries set. For that very reason, it is important that the nurse is self-aware, meaning having conscious knowledge of her abilities, preferences, flaws and virtues. In Croatia, it is insufficiently written about the therapeutic nurse-patient relationship so its systematic implementation is being brought into question. It is also necessary, in theory and practice, to place greater emphasis on the therapeutic relationship so that it can be implemented systematically, regarding all patients.

Key words: empathy, therapeutic relationship, communication, nursing care, psychological needs

1. Uvod

Empatija je vrlo zanimljiv koncept čiji je početak proučavanja započeo potkraj 19. stoljeća. Onomad se povezivala s filozofskom estetikom, kasnije je postala predmetom proučavanja društvenih znanosti, a u novije vrijeme i neuroznanosti. Postoji više definicija empatije, no u današnje vrijeme sve one imaju zajedničko značenje koje se ponajprije odnosi na prepoznavanje i razumijevanje tuđeg emocionalnog stanja te odgovaranja na to stanje, ali uz zadržavanje objektivnosti. Prepoznavanje i razumijevanje tuđih emocija samo je po sebi semantički shvatljivo, a objektivnost u slučaju empatije pojednostavljeno bi značila da to što je osoba empatična, dakle prepoznaje i razumije tuđe emocije te vidi situaciju iz tuđe perspektive, ne znači nužno da se slaže s mišljenjem i stavovima osobe prema kojoj je empatična.

Empatija je ostala konstrukt društvenih znanosti, naročito psihologije, no njezino se proučavanje proširilo i na druga znanstvena područja. Sestrinstvo je profesija koja je svoja znanja generirala iz brojnih znanstvenih disciplina pa tako i iz psihologije. Danas, moderno sestrinstvo proučava psihološke značajke na koje nailazi kod zdravih i bolesnih ljudi za koje skrbi ili koje su medicinskoj sestri neophodne u radu kao što je empatija. Dakle, empatija je svoju primjenu i svoju važnost pronašla i u sestrijskoj praksi te postala jedan od predmeta istraživanja u sestrinstvu. Priest (2014.) navodi kako je posljednjih godina sve veći naglasak važnosti psihološkog pristupa u sestrinstvu, odnosno na psihološkim aspektima negovanja. Naglašava kako medicinske sestre imaju autonomiju u procjeni potreba pacijenata, planiraju i provode zdravstvenu njegu, evaluiraju njezinu učinkovitost te su istovremeno svjesne psiholoških posljedica bolesti na osjećaje, misli i ponašanje pacijenta. U skladu s tim, empatiju smatra osobnom kvalitetom koja podržava psihološku njegu. Budući da se sestrijska profesija oduvijek bazira na skrbi za čovjeka u njegovim najtežim, stresnim i često neizvjesnim situacijama, nije teško zaključiti zbog čega se upravo empatija percipira kao jedna od najvažnijih osobina medicinske sestre. Empatija doprinosi snažnom povezivanju među ljudima, a temelji se na ljubavi prema čovjeku (Kondo 2017.). Ona podrazumijeva sagledavanje situacije druge osobe iz njezine perspektive te ujedno i razumijevanje stanja, odnosno situacije druge osobe uz istodobno objektivno promišljanje i svjesnost vlastitog identiteta (Kozarić-Kovačić &

Frančišković 2014., prema Vuković & Bošnjaković 2016.). Gubitak vlastitog identiteta, odnosno izjednačavanje s emocionalnim stanjem pacijenta, za medicinsku sestru bi, uz broj pacijenata za koji skrbi, značio pretjerani teret s kojim se teško dugoročno nositi i koji dovodi do sagorijevanja na poslu. Upravo zbog toga je u empatičnom pristupu i empatičnom sagledavanju situacije pacijenta bitno zadržati objektivnost. Bit empatije je prepoznavanje i razumijevanje onoga što drugi osjeća bez da nam kaže što i kako se zapravo osjeća, a to je od iznimne važnosti medicinskim sestrama koje skrbe za pacijente u zdravlju i bolesti. Pacijenti kao skupina ljudi s različitim fizičkim i psihičkim potrebama koje pred njih stavlja bolest upravo zbog tih potreba zahtijevaju skrb kompetentne medicinske sestre s naglašenom empatijom koja će joj omogućiti lakše stvaranje odnosa povjerenja, osjećaj sigurnosti pacijenta, jednostavnije prikupljanje važnih informacija i uz sve to olakšati stvaranje terapijskog odnosa s pacijentom.

Uz potrebu psihološkog negovanja, empatijske skrbi, stvaranja odnosa povjerenja s pacijentom, dolazi se do drugog predmeta proučavanja ovog rada, a to je terapijski odnos medicinska sestra-pacijent. AL-A'araj i AL-Omari (2014.) prepoznaju da je koncept terapijskog odnosa korišten u mnogim disciplinama, a vrlo je značajan i u sestrinskoj praksi. Mirhaghi (2017.) dodaje kako je još od početka teoretiziranja u sestrinstvu, odnos medicinska sestra-pacijent predstavljen kao esencijalni element u sestrinskoj skrbi. Međutim, naglašava kako unatoč različitim konceptualizacijama brojnih teoretičara, još uvijek ne postoji integrativni pristup u terapijskom odnosu. Teorija interpersonalnih odnosa Hildegard Peplau temeljna je teorijska struktura za terapijski odnos medicinska sestra-pacijent (Arnold & Underman Boggs 2003.). Terapijski odnos medicinska sestra-pacijent podrazumijeva osnivanje smislenog odnosa kroz razvoj učinkovitog interpersonalnog procesa (Freshwater 2003., prema Stickley & Freshwater 2006.). Arnold i Underman Boggs (2003.) navode kako se on proteže od pružanja fizičke pomoći pacijentu preko emocionalne potpore pa do edukacije pacijenta kroz taj odnos. Dziopa i Ahern (2009.) te Wright (2010.), (prema Hawamdeh & Fakhry 2014.) su ustanovili kako je kvalitetan odnos između medicinske sestre i pacijenta važan u mnogim situacijama u sestrinskoj skrbi, a naročito u skrbi za osobe s problemima mentalnog zdravlja. Uzimajući u obzir kvalitetu i ishod skrbi, Stickley i Freshwater (2006.) pojašnjavaju kako unatoč tome što izlječenje pacijenta ponekad nije moguće, može se postići terapijski učinak

odnosa medicinska sestra-pacijent. Gledajući s druge strane, izlječenje je moguće bez terapijskog odnosa, no zadovoljstvo skrblju ili postignutim ishodom u tom slučaju možda neće biti potpuno.

Terapijski odnos osigurava stavljanje pacijentovih potreba uvijek na prvo mjesto (Hawamdeh & Fakhry 2014.), stoga je, prema mišljenju mnogih eksperata u sestinstvu, odnos medicinska sestra-pacijent srž zdravstvene njege (Halldorsdottir 2008.), ali još uvijek nedovoljno iskorišten. Bitan utjecaj na usvajanje terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent kao ključnog u sestinskoj praksi je dosad nedovoljno specificiran korpus znanja u sestinstvu (Dowling 2006.) pa bi terapijski odnos, uzimajući u obzir njegove prednosti, doista trebalo iskoristiti kao jedan od ključnih aspekata sestinske skrbi u kojoj medicinska sestra može imati punu autonomiju i razvijati teoriju.

U radu se obrađuju dvije glavne tematike – empatija i terapijski odnos medicinska sestra-pacijent. Ukratko je dan presjek razvoja definicije empatije; navedene su neke od najpoznatijih definicija empatije različitih autora, od starijih do onih novijih; spomenuta je razlika između termina „empatija“, „simpatija“ i „suosjećanje“ koji se vrlo često u praksi ne razlikuju; zatim je u jednom poglavlju obrađena empatija kao koncept dvije komponente „kognitivne“ i „afektivne“; prikazani su uklatko i razvoj empatije kod djece kao i suvremeni neuroznanstveni dokazi empatije. Nakon toga se prelazi na psihološku njegu u sestinstvu i empatiju kao njezinu komponentu te su prikazana neka od istraživanja koja potkrepljuju važnost empatije u sestinskoj praksi. Drugi dio rada odnosi se na terapijski odnos medicinska sestra-pacijent. Najprije je opisano općenito značenje terapijskog odnosa; zatim se obrađuje razvoj terapijskog odnosa u sestinstvu u čijem se kontekstu spominje i Teorija interpersonalnih odnosa Hildegard Peplau koja terapijski odnos drži esencijalnim u sestinstvu. Također se spominje i komunikacija bez koje terapijski odnos nije moguć kao i faze odvijanja terapijskog odnosa u sestinstvu. Obrađuje se važnost terapijskog odnosa za pacijenta; preduvjeti koji se moraju ostvariti da bi se mogao razviti kvalitetan terapijski odnos; barijere koje narušavaju njegov razvoj i odvijanje, ali i komponente koje su mostovi u izgradnji terapijskog odnosa. Na kraju se osvrće na povezanost empatije i terapijskog odnosa te se uklatko razlaže važnost samosvijesti i altruizma u jednom i drugom.

Cilj ovog rada je istaknuti empatiju kao važnu komponentu sestrinske skrbi budući da pacijenti, kao vrlo često ranjiva skupina, zahtijevaju empatičnu skrb zahvaljujući kojoj će se osjećati sigurnije, imati povjerenje u medicinsku sestru, lakše prihvaćati svoje stanje, bolje slijediti savjete i upute te ostalo. Također, cilj je približiti, istaknuti važnost i popularizirati terapijski odnos medicinska sestra-pacijent o kojem se u Hrvatskoj tijekom obrazovanja medicinskih sestara ne govori ili se spominje tek marginalno, za razliku od zapadnih zemalja ili ostalih zemalja svijeta gdje je njegova važnost prepoznata pa se o njemu i piše i provode istraživanja.

2. Razvoj definicije empatije

Razvoj definicije empatije započeo je s njemačkim filozofom Robertom Vischerom (1847. – 1933.) koji je u svojoj disertaciji 1873. godine prvi upotrijebio termin „Einfühlung“ opisujući ga kao važan termin filozofske estetike ondašnjeg vremena; kao aktivno sudjelovanje gledatelja u umjetničkom djelu ili drugim vizualnim oblicima, razlikujući pritom pasivno „gledam“ od aktivnog „vidim“ (Nowak 2011.). Međutim, drugi njemački filozof, Theodor Lipps (1851. – 1914.) temeljito je proučavao i u svom radu 1906. godine okrenuo termin „Einfühlung“ u nešto drugačijem smjeru. Ne samo da je taj koncept smatrao središnjim u filozofskoj i psihološkoj analizi estetskih iskustava, već ga je odredio kao središnju kategoriju filozofije društvenih i humanističkih znanosti (Stanford Encyclopedia of Philosophy 2013.). Konačno je „Einfühlung“ na engleski jezik 1909. godine preveo engleski psiholog Edward Bradford Titchener (1867. – 1927.) opisujući ga kao sposobnost pojedinca da se uskladi s emocijama druge osobe te da kroz razmišljanje i iskustvo razumije drugu osobu (Frankel 2017.). Kasnije se termin empatija sve više koristio u psihologiji (Raboteg-Šarić 1993.). Brojni su autori kroz godine dali svoju definiciju empatije (prema Rakovec-Felser 2015.):

- Empatija je element socijalne inteligencije; sposobnost je preuzimanja uloge druge osobe i usvajanje tuđe perspektive (Mead 1934.).
- Empatija je sposobnost ulaska u tuđe cipele i ponovno lako ulaženje u vlastite cipele (Blackman i sur. 1958.).
- Empatija je intelektualno ili imaginativno shvaćanje stanja druge osobe ili stanja njegovog uma bez da se doista doživljavaju osjećaji te osobe (Hogan 1969.).
- Empatija je pojačani odaziv na tuđe emocionalno iskustvo (Mehrabian & Epstein 1972.).

U nekim istraživanjima empatiju su definirali kao prediktivnu točnost, što zapravo znači da osoba koja je empatična može predvidjeti ponašanje i osjećaje drugih osoba u različitim okolnostima. U skladu s tim, Dymond je definirala empatiju kao „imaginativno prenošenje sebe u misli, osjećaje i djelovanje drugih“ (prema Raboteg-Šarić 1993.). Wispe (prema Raboteg-Šarić 1993.) empatiju definira kao svjestan napor da se s nekim podijeli i točno razumije stanje u kojem se nalazi druga osoba,

uključujući misli, osjećaje i uzroke tog stanja. Kohut empatiju definira kao uživljavanje u unutrašnji život druge osobe kroz vlastite misli i osjećaje (prema Gregurek 2011.). Davis (1983., prema Leana i sur. 2018.) opisuje empatiju kao „zabrinutost za emocionalnu dobrobit druge osobe, uzimajući u obzir njezinu perspektivu [...] i zamišljanje sebe na mjestu druge osobe“. Vuković i Bošnjaković (2016.) empatiju gledaju kao sposobnost ulaženja u stanje i osjećaje druge osobe, odnosno kao razumijevanje situacije i stanja druge osobe. Osim što je empatija proces emotivnog povezivanja s drugom osobom, u isto vrijeme podrazumijeva i odvojenost od te osobe (Jukić i sur. 2016.) kako bi se problem mogao objektivno sagledati. U psihoterapiji se primjerice, pod terminom empatije ili „empatičkog razumijevanja“ podrazumijeva „proces u kojem se prihvaća unutrašnji okvir pacijenta, a da se pri tome ne gubi vlastitu individualnost“ (Wispe 1986., prema Raboteg-Šarić 1993.). Goleman (2015.) promatra empatiju kroz tri stupnja. Na prvom, najnižem stupnju empatija je čitanje tuđih osjećaja, na višoj razini je osjećanje tuđih briga i osjećaja te reagiranje na njih, a na najvišem stupnju, empatija je razumijevanje briga koje leže iza nečijih osjećaja. Ako se empatija stavi u kontekst komunikacije u zdravstvu, onda je ona „sposobnost što točnijeg razumijevanja osjećaja, želja, ideja i ponašanja druge osobe te sposobnost da se to razumijevanje i pokaže“ (Lučanin & Despot Lučanin 2010.). U skladu s tim Novak (2017.) zaključuje da je empatija mnogo više od samog prijenosa emocija, ona podrazumijeva preuzimanje cjelokupnog pacijentovog pogleda na stvari.

3. Razlika između empatije, simpatije i suosjećanja

Vrlo često se termini empatija i simpatija smatraju sinonimima, stoga neki misle da empatija u širem smislu svog značenja podrazumijeva simpatiju (Raboteg-Šarić 1993.), no to ipak nije točno. Prema Wispeu (1968., 1986.) simpatija znači „uz patnju, sućut ili sklonost“ (prema Raboteg-Šarić 1993.). Simpatija je „emocionalni odgovor koji proizlazi iz emocionalnog stanja ili uvjeta druge osobe koji nije identičan emocijama drugog, nego sadrži osjećaje sućuti ili brige za drugog“ (Eisenberg & Miller 1987., prema Raboteg-Šarić 1993.). Pod simpatijom se podrazumijeva osjećaj za negativne emocije, boli ili patnje te reagiranje na njih, za razliku od empatije kod koje se svjesno pokušavaju razumjeti i pozitivna i negativna iskustva i osjećaji druge osobe. Wispe naglašava kognitivni aspekt empatije koji nije vidljiv u simpatiji. Dakle, kognitivna komponenta empatije ono je što je razlikuje od simpatije (prema Raboteg-Šarić 1993.). Simpatija podrazumijeva dijeljenje tuđe boli, tuđeg afektivnog doživljaja, dok je empatija usmjerena na razumijevanje druge osobe, a ne na afektivno povezivanje kao što je slučaj s simpatijom (Milivojević 2015.). Kod simpatije je svijest o sebi reducirana, a kod empatije naglašena, bez gubitka vlastitog identiteta (Raboteg-Šarić 1993.). U simpatiji osoba zamišlja kako bi se ona osjećala u određenoj situaciji, za razliku od empatije gdje se pokušava zamisliti kako se druga osoba osjeća, odnosno fokus se premješta sa sebe na drugu osobu (Priest 2014.). Milivojević (2015.) je dao jednostavan primjer za razlikovanje simpatije od empatije – „teško je zamisliti da forenzički psihijatar ima simpatije prema kriminalcu kojeg ispituje, ali mu je zato neophodna empatija da bi razumio što je on osjećao za vrijeme izvršenja zločina“.

Suosjećanje je drugi termin koji se može zamijeniti s empatijom. Suosjećanjem se iskazuje brižnost prema osobi u određenoj nevolji u širem smislu (Vuković & Bošnjaković 2016.). Razlika je u tome što se pod pojmom suosjećanje podrazumijevaju samo negativne emocije (tuga, patnja, bol) koju osjeća osoba s kojom se suosjeća. Također, u suosjećanju nema prostora za uzajamnost, a ponekad može uključivati i paternalistički stav i osjećaj superiornosti što nije u skladu s empatijom (Tisseron 2010., prema Milivojević 2015.).

Naizmjenično korištenje ovih pojmova u praksi, dovodi do još veće zbrke u njihovom razumijevanju. Problem je vjerojatno i u razlikovanju pojmova „simpatija“ i

„suosjećanje“ koji su po svojim definicijama još teže raspoznatljivi jedan od drugog pa bi bilo korisno kada bi se ti pojmovi još više i jasnije razgraničili.

4. Kognitivna i afektivna empatija

Danas se većina autora slaže s mišljenjem da se empatija sastoji od dvije komponente: a) kognitivne empatije – razumijevanja tuđeg stanja i b) afektivne ili emocionalne empatije – zajedničkog emocionalnog odgovora (Goleman 2015.). Kognitivna empatija uključuje „razumijevanje, poznavanje stanja svijesti i uvjeta druge osobe ili svijest o tome kako nešto što se događa drugoj osobi može djelovati na nju“, odnosno, ona podrazumijeva „preuzimanje uloge ili stajališta druge osobe tj. viđenje svijeta onako kako ga vidi druga osoba“ (Raboteg-Šarić 1993.). S druge strane, kada se govori o afektivnoj empatiji misli se na „odgovaranje sličnim ili istim osjećajima u odnosu na emocije druge osobe“ (Raboteg-Šarić 1993.). Osim ove dvije komponente, neki autori dodaju i treću, bihevioralnu komponentu empatije koja podrazumijeva ponašanje kojim se drugoj osobi pokazuje empatičko razumijevanje (Hojat i sur. 2002.).

Afektivna empatija je filogenetski starija jer potječe od limbičkog sustava za razliku od kognitivne empatije koja se povezuje s neokortikalnim područjima mozga (Asada 2015.). Postoje mišljenja kako bez kognitivne empatije nema ni afektivne empatije (Raboteg-Šarić 1993.), odnosno da empatija započinje opažanjem tuđih emocija (Eisenberg & Fabes 1990., prema Olderbak & Wilhelm 2017.) s čime se slažu i Mehrabian i Epstein (1972.), (prema Olderbak & Wilhelm 2017.) koji smatraju da se empatija ne može razviti bez prethodnog razumijevanja emocija druge osobe. Osobi se ne može narediti da bude empatična, a najlakše je biti empatičan prema sebi sličnim i bliskim ljudima. Zbog toga je nužna kognitivna empatija – da bi mogli biti empatični onda kada okolnosti to nalažu prema svim ljudima, ne samo prema sebi bliskim i sličnim osobama (Milivojević 2015.). Razlika između te dvije vrste empatije je prihvaćena u praksi (Batson 2009.) i potkrijepljena dokazima iz neuroznanosti (Zaki & Ochsner 2012.).

Iako je općeprihvaćeno da se empatija dijeli na afektivnu i kognitivnu, neki autori su mišljenja da se i one dijele na više nivoa. Tisseron je empatiju podijelio kao piramidu s tri razine. Prva razina je direktna ili unilateralna empatija koja uključuje promjenu perspektive gledišta pojedinca, a sastoji se od dvije komponente – razumijevanje tuđeg gledišta što bi bila kognitivna empatija i razumijevanje tuđeg osjećanja što bi bila afektivna ili emocionalna empatija. Kako su temelji direktne empatije

neurofiziološki ona je prisutna kod svih mentalno zdravih ljudi. Druga razina je uzajamna empatija koja prema Tisseronu podrazumijeva ponašanje prema drugoj osobi na način na koji se osoba odnosi prema samoj sebi. Temelj uzajamne empatije leži u etici, a na tom nivou se gradi uzajamni kvalitetni emocionalni odnos. Treća je razina intersubjektivnost koja podrazumijeva otkrivanje dosad skrivenih aspekata ličnosti osobe kako bi se postiglo odobravanje tih aspekata ličnosti (prema Milivojević 2015.). Kako se povećava razina empatije, tako se povećava i kvaliteta odnosa, no obrnuto proporcionalno smanjuje se broj ljudi s kojima se može ostvariti takav odnos (Milivojević 2015.).

Bitno je spomenuti dva važna pojma koja se vežu uz empatiju: emocionalna zaraza koja je ključna u razvoju afektivne empatije i teorija uma koja je važna za kognitivnu empatiju (Rogers i sur. 2007.). Emocionalna zaraza je automatska sposobnost osobe da bude obuzeta emocijama koje vidi na drugoj osobi (Kondo 2017.). Takva je reakcija vidljiva kod novorođenčadi. Ako jedno dijete zaplače, počet će plakati i sva ostala djeca u sobi (Bregant 2015.). Teorija uma je svjesnost da drugi ljudi imaju svoja vlastita vjerovanja, motivaciju, znanja, raspoloženje i razumijevanje kako sve to utječe na njihovo ponašanje (Goldman 2012.), a njome se tvrdi da do razumijevanja tuđeg mentalnog stanja dolazi zbog niza generalizacija na temelju prethodno opaženih ponašanja i iskustava (Milivojević 2015.). Ona je ključna za socijalni razvoj i oblikovanje socijalnih vještina (Harris 2006., prema Bregant 2015.) pa se iz toga može razumjeti njezina povezanost s empatijom.

Novija istraživanja prikazuju empatiju kao multidimenzionalni konstrukt koji se može raščlaniti na tri neurokognitivne komponente: emocionalno dijeljenje (*emotional sharing*), zauzimanje perspektive (*perspective taking*) i empatijsku zabrinutost (*empathic concern*). Emocionalno dijeljenje dio je afektivne empatije, a povezuje se s emocionalnom zarazom; zauzimanje perspektive je vezano uz kognitivnu komponentu empatije, a odnosi se na sposobnost osobe da gleda na stvar iz tuđe perspektive; posljednja, empatijska zabrinutost konstituira motivacijsku komponentu empatije i odnosi se na orijentiranost prema tuđim osjećajima (Kondo 2017.).

5. Razvoj empatije

Aronfreed (1970.), (prema Raboteg-Šarić 1993.) smatra da se empatija uči u djetinjstvu po principima kondicioniranja te da je empatičko uvjetovanje u osnovi socijalizacije altruizma. Hoffmanova pak teorija objašnjava razvojne promjene u doživljaju osjećaja i kognicije te njihovu vezu s prosocijalnim ponašanjem. On povezuje afektivnu empatiju s uzbuđenjem i motivacijskim svojstvima te emocije, a kognitivnu empatiju s oblikovanjem i transformacijom afektivnog iskustva. Doživljaj empatije, prema Hoffmanu, karakterizira „empatička nevolja“ – emocionalna reakcija prikladnija nečijoj drugoj situaciji nego vlastitoj (prema Raboteg-Šarić 1993.). „Iz Piagetovih pionirskih istraživanja vizualne percepcije proizašlo je mišljenje da djeca već s dvije ili tri godine posjeduju rudimentarnu sposobnost zamišljanja tuđih perspektiva“ (Krznaric 2014.). Greenspan (2009.) tvrdi kako se empatija uči ponajprije od roditelja, a kasnije i od šire zajednice. Osjećaj djeteta da je sigurno, zaštićeno, obavijeno ljubavlju i pažnjom od strane roditelja važno je zbog izgradnje njegove empatije. Dijete osjeća roditeljsku empatiju te će ovisno o količini empatije koju primi i ono samo razviti empatiju (Kutija 2016.).

Ranim prekursorom empatije, koji je vidljiv već kod novorođenčadi, može se smatrati emocionalna zaraza koja je ukratko opisana u prošlom poglavlju. To refleksivno plakanje novorođenčadi na plač druge djece podupire ideju biološke predispozicije za interes i odgovaranje na tuđe negativne emocije. Kasnije se na tuđe negativno emocionalno iskustvo kod djeteta javljaju negativni osjećaji što se smatra prekursorom empatijske zabrinutosti. Tijekom druge godine života povećava se kvaliteta prosocijalnog ponašanja pa dvogodišnjaci pokazuju sposobnost šireg pomažućeg ponašanja poput utjehe i savjeta. Trogodišnjaci pokazuju još veću sposobnost za ponašanja povezana s empatijom uključujući verbalnu i facijalnu ekspresiju zabrinutosti za drugu osobu. Što se tiče afektivne i kognitivne empatije, pokazivanje afektivne empatije moglo bi se iščitati iz prethodnih rečenica opisa dječjeg ponašanja na emocionalna stanja drugih ljudi. Promjene u kognitivnoj empatiji počinju se vidjeti tek kod predškolskog i školskog djeteta kada je zbog govornog razvoja moguće i mjeriti kognitivnu empatiju. Razvoj kognitivne empatije povezuje se s razvojem teorije uma gdje se vidi sposobnost djeteta da percipira situaciju iz tuđe perspektive (McDonald & Messinger 2011.).

Prema Raboteg-Šarić (1993.) razvoj empatije odgovara razvojnim stadijima kognicije:

- Globalna empatija je karakteristična za djecu u prvoj godini života. Zbog nesposobnosti razlikovanja sebe od drugih ljudi kao odvojenih fizičkih entiteta, djeca često smatraju da ono što se događa drugima događa se i njima samima.
- Nakon prve godine života javlja se egocentrična empatija prema kojoj dijete doživljava empatiju znajući pritom da je u nevolji druga osoba, a ne ono samo. Još uvijek ne razlikuju dobro vlastita unutarnja stanja od stanja drugih ljudi.
- Između druge i treće godine života javlja se empatija za osjećaje drugih pa dijete odgovara na njih. Dijete ima sposobnost doživljaja sućuti ili „globalne simpatije“, ali još uvijek ne osjeća vlastitu uznemirenost kao odgovor na nevolju druge osobe.
- U kasnom djetinjstvu javlja se empatija za nečije životne uvjete. Dijete je svjesno da doživljavanje zadovoljstva i neugode ne ovisi samo o neposrednim situacijama već i o širim životnim okolnostima. Javljaju se i mentalne predodžbe općeg stanja drugih ljudi.

Napredak u razvoju empatije od ranog do srednjeg djetinjstva je vrlo velik i postavlja se pitanje je li on postojan i u kasnijem životu osobe. Eisenberg i sur. (1999.), (prema McDonalds & Messinger 2011.) u svojoj su longitudinalnoj studiji, mjereći prosocijalno ponašanje, empatijsku zabrinutost i zauzimanje perspektive na ispitanicima od 4 do 20 godina starosti, dokazali postojanje veze između prosocijalnog ponašanja u ranom djetinjstvu i tendenciju kasnijeg prosocijalnog ponašanja te posredovanja empatijske zabrinutosti i zauzimanja perspektive u toj vezi. Stoga, zaključuju da bi empatiju mogli shvatiti kao značajku u prosocijalnoj ličnosti koja se razvija u djetinjstvu i motivira mlađe odrasle osobe na pomažuće ponašanje. No, da bi se utvrdilo postoje li stabilne individualne razlike u empatiji od ranog djetinjstva pa do mlađe odrasle dobi, potrebno je provesti još longitudinalnih istraživanja (McDonalds & Messinger 2011.).

Koji faktori doprinose razvoju empatije u djetinjstvu?

- Istraživanja na monozigotnim i dizigotnim blizancima pokazuju utjecaj genetike i okoline na razvoj empatije. Pronađena je veća povezanost u empatijskom ponašanju između monozigotnih naspram dizigotnih blizanaca (McDonalds &

Messinger 2011.). Davis i sur. (1994.), (prema Wertag 2015.) pokazali su da emocionalna empatija ima značajne indekse hereditabilnosti, dok zauzimanje perspektive nema.

- Sljedeći su neurorazvojni faktori. Pronalaskom zrcalnih neurona u makaki majmuna, postoje određeni, premda još uvijek nesigurni, dokazi o postojanju sličnog sustava neurona kod čovjeka (McDonalds & Messinger 2011.).
- Povezano s genetikom, kao jedan od faktora koji utječe na razvoj empatije je temperament. Pokazalo se da školska djeca koja su u dojenačkoj dobi bila plašljiva pokazuju veću empatijsku zabrinutost prema izvještajima roditelja; slično je i s sramežljivom i djecom s niskom razinom aktivnosti u predškolskoj dobi koje su roditelji identificirali empatičnijima (McDonalds & Messinger 2011.).
- Smatra se da je i imitacija facijalne ekspresije važna u razvoju empatije. Pojedinci s većom empatijom pokazuju više facijalne mimikrije (McDonalds & Messinger 2011.).
- Također, usklađenost majka-dijete u prvoj godini života pokazala se direktno povezanom s većom razinom empatije u kasnijem djetinjstvu i adolescenciji. Majčinska toplina kao i način na koji roditelji djetetu govore o emocijama imaju pozitivan utjecaj na razvoj empatije (McDonalds & Messinger 2011.).
- Kvaliteta odnosa roditelj-dijete također je faktor za razvoj empatije. Neka istraživanja pokazuju da sigurna privrženost djeteta unaprjeđuje empatiju za razliku od nesigurne privrženosti (McDonald & Messinger 2011.).

5.1. Razlika u razini empatije ovisno o spolu

Žene posjeduju veću razinu empatije i to pokazuju brojna istraživanja, a vrlo vjerojatno je to povezano s evolucijom zbog potrebe da žene budu osjetljivije na potrebe svojih potomaka (Wertag 2015.). Istraživanje koje je proveo Jukić (2016.) na studentima zdravstvenih studija pokazuje da žene imaju bolju sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija te rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u empatiji u korist žena. Drugo istraživanje potvrđuje veću empatiju kod žena kao i veću empatiju kod studenata medicine i zdravstvenih studija naspram studenata ekonomije (Rakovec-Felser 2015.).

6. Neuroznanstveni dokazi empatije

Neuroznanstveni dokazi koji potkrepljuju neurološko ishodište empatije još su u povojima, potrebna su dodatna istraživanja da bi se razjasnili u potpunosti (Lamm & Majdandžić 2015., Kondo 2017.). Teorija o zajedničkim mrežama u mozgu kao što su sustav zrcalnih neurona, matriks boli (eng. *pain matrix*) i regije u mozgu povezane s emocijama, direktno ili indirektno se povezuju s empatijom (Kondo 2017.). Baron-Cohen (2011.) smatra da postoje neurološki empatijski krugovi koji se sastoje od desetak međusobno povezanih područja mozga. Prvo područje je medijalni prefrontalni korteks koji je središnji za obradu informacija i važan za uspoređivanje vlastite perspektive s tuđom. On se dijeli na dorzalni dio koji je uključen u razmišljanja o vlastitim i tuđim osjećajima i ventralni dio koji se povezuje sa samosvijesti. Ventralni dio se preklapa s orbito-frontalnim korteksom koji je povezan sa socijalnim prosuđivanjem i procjenom boli. Pokraj tog područja je frontalni operkulum za jezično izražavanje, a ispod se nalazi inferiorni frontalni girus vezan uz prepoznavanje emocija. Dublje je kaudalni anteriori cingularni korteks koji se aktivira prilikom doživljavanja i percepcije boli kod drugih. Ovi su dijelovi važni za prepoznavanje i doživljavanje emocija, a temporo-parijetalni spoj na desnoj strani mozga ima ulogu u prosuđivanju namjera i vjerovanju drugima pa se smatra važnim za kognitivnu empatiju. Posteriori superiorni temporalni sulkus uključen je u empatijski neuralni krug jer su istraživanja na životinjama pokazala da je uključen u praćenje tuđeg pogleda, a somatosenzorni korteks je povezan s doživljajem i percepcijom dodira. Amigdala je struktura uključena u emocionalno učenje i regulaciju (prema Wertag 2015.). Zrcalni neuroni su neuroni u motornim regijama mozga koji su aktivni prilikom izvođenja neke radnje kao i prilikom gledanja nekog drugog kako izvodi tu radnju. Prvi su put otkriveni kod makaki majmuna 1990. godine kada su znanstvenici otkrili da se isti neuron aktivira kod majmuna ne samo kad on izvodi neku radnju nego i kad promatra drugog da izvodi sličnu radnju (Kondo 2017.). Slično kao kod zrcalnih neurona, matriks boli se aktivira kada netko osjeća bol, ali i onda kada gleda drugu osobu koju boli. S druge strane, neki na to ne gledaju kao povezanost s empatijom, već evolucijski ostatak za pripremu motornog odgovora kako bi se obranili od iste prijetnje (Kondo 2017.). Mentalne mreže (eng. *mentalizing network*) se povezuju s teorijom uma – kognitivnim procesom uključenim u razumijevanje namjera, želja ili vjerovanja drugih ljudi. Mentalna mreža uključuje regije mozga koje se aktiviraju kada

osoba misli o mentalnom stanju druge osobe (Kondo 2017.). Regije mozga koje se povezuju s doživljavanjem emocija (hipotalamus, hipokampus, amigdala, insula, cingula te ventralni i medijalni dijelovi prefrontalne kore) smatraju se bitnima za afektivnu empatiju (Kondo 2017.). Neki smatraju da djelovanje neuropeptida poput oksitocina i vazopresina modulira razinu empatije u pozitivnom ili negativnom smjeru (Asada 2015.).

7. Psihološka njega u sestrinstvu

Psihološke potrebe se odnose na ljudske potrebe povezane s emocionalnim, kognitivnim i bihevioralnim funkcioniranjem, odnosno podrazumijevaju osjećaje, misli i ponašanje čovjeka (Priest 2014.). Kod tjelesne bolesti pacijenta, često se aktiviraju negativne emocije, misli i ponašanja koja za posljedicu imaju negativan utjecaj na oporavak pacijenta. Isto je i u obrnutom smjeru, kad psihološko stanje osobe može utjecati na nastanak i ishod tjelesne bolesti (Priest 2014.). Iz ove činjenice je vidljiva potreba zadovoljavanja psiholoških potreba pacijenta kako bi se postigao što brži i bolji oporavak, odnosno kako bi se prevenirale psihološke teškoće koje bi mogle dovesti do bolesti, usporiti oporavak ili pak oporavak preusmjeriti u neželjenom smjeru.

Individualne reakcije pacijenta na bolest ovise o mnogim faktorima poput: prethodnih iskustava s bolešću i zdravstvenom njegom, percepcije stupnja kontrole nad bolešću, tolerancije na stres, stupnju percipirane ili stvarne emocionalne i socijalne podrške, ponašanja zdravstvenih djelatnika prema pacijentu, fizičke okoline koja može dovesti do senzorne deprivacije i mnogih drugih faktora (Priest 2010., prema Priest 2014.). Ramirez i House (1988.), (prema Priest 2014.) su pokazali da 12% ljudi u medicinskim ambulancama ima psihološke temelje za svoje probleme, a najčešće bolesti praćene psihološkim problemima su dijabetes, karcinom i srčane bolesti (Harrison 2001., prema Priest 2014.). Psihološka njega uvijek je nekako sekundarna i doživljava se kao manje bitna pa u bolnicama često ostaje dojam da je izvođenje fizičkih zadataka važnije od psihološke podrške pacijentu (Priest 2014.). Nichols (2005.), (prema Priest 2014.) je opisao istraživanje u kojem je manje od 10% pacijenata nakon operacije srca imalo psihološku njegu tijekom liječenja. Istraživanja pokazuju kako medicinske sestre zapravo malo znaju o psihološkim potrebama pacijenata. Na primjer, Johnson (1982.) je pokazao da medicinske sestre u praksi ne mogu odrediti specifične brige svojih pacijenata, Farrell (1991.) je pronašao nesrazmjer između viđenja individualnih potreba od strane pacijenata i od strane medicinskih sestara, Mitchell (1997.) kaže da su medicinske sestre loše u procjenjivanju prisutnosti anksioznosti kod svojih pacijenata, Harrison (2001.) je potvrdio da kliničari ili ne uspijevaju prepoznati emocionalne potrebe pacijenata ili ih ne znaju adekvatno zadovoljiti (prema Priest 2014.).

Problem neprepoznavanja, nezadovoljavanja ili neadekvatnog zadovoljavanja pacijentovih psiholoških potreba ne bi smio postojati. U raznim definicijama zdravstvene njege uvijek se uz fizičke, spominje i zadovoljavanje psiholoških potreba pacijenta, dakle, jasno je kako je psihološka njega jedan od aspekata zdravstvene njege pacijenta. Moguće da je problem u organizacijskim strukturama tj. nedovoljnom broju medicinskih sestara naspram broja pacijenata gdje je onda u prvom planu zadovoljavanje fizičkih potreba. Osim toga, problem se može promatrati i iz perspektive profesionalizacije sestrinstva, točnije, dugotrajne marginalizacije sestrinstva kao autonomne profesije gdje se na sestrinstvo gleda kao na pomagačku profesiju, ali ne u smislu isključivog pomaganja pacijentima, već i izvršavanja liječničkih „naredbi“ koje su uglavnom fokusirane na fizičke potrebe i zadatke. Kroz takav dugotrajan sustav profesionalnog funkcioniranja, medicinske sestre su prisvojile stav o važnosti fizičkih potreba, dok se istovremeno smanjivao osjećaj za psihološke potrebe. Također, za provođenje psihološke njege potrebna je adekvatna edukacija kao i određene osobine i kvalitete medicinske sestre poput posjedovanja emocionalne inteligencije, empatije i vještine komunikacije koje nisu uvijek kod svih u potpunosti razvijene ili prisutne.

Nichols (1993., 2003.), (prema Priest 2014.) navodi probleme koji mogu nastati kao posljedica nezadovoljenja psiholoških potreba pacijenta. Spominje „zanemarivanje“ i „psihološku štetu“ koje nastaju u slučaju nedostatka psihološke potpore. U njih spadaju: „odgođeni ili produženi oporavak od bolesti, povećane stope smrtnosti, smanjeno slijeđenje medicinskih savjeta i uputa, razvoj ozbiljnih problema mentalnog zdravlja“. Priest (2001., 2002.), (prema Priest 2014.) je u svom istraživanju dokazala da pacijenti koji ne dobiju adekvatnu psihološku njegu doživljavaju nesigurnost, gubitak kontrole i anksioznost, stoga Bor i sur. (2009.), (prema Priest 2014.) zaključuju da ignoriranje psihološke njege nije dopustivo u modernom dobu sestrinstva. Nichols (2003.), (prema Priest 2014.) je naveo tri razine psihološke njege i njihove komponente. Prva razina je svjesnost koja obuhvaća svjesnost o postojanju psiholoških problema, slušanje i komunikaciju s pacijentom, svjesnost o pacijentovom psihološkom stanju te primjereno djelovanje. Druga razina je intervencija koja podrazumijeva praćenje i bilježenje pacijentovog stanja, edukaciju, emocionalnu njegu, savjetovanje, podršku; a treća razina je psihološka terapija. Prvu i drugu razinu mogu provoditi medicinske sestre uz posjedovanje većeg iskustva i pohađanja

određenih edukacija. Treća razina je specijalizirana i provodi je psihoterapeut, psihijatar ili psiholog (Priest 2014.). Ersner (1990.), (prema Priest 2014.) je zaključio da izgled, stavovi i držanje medicinske sestre mogu biti terapijski jer imaju utjecaj na dobrobit pacijenta. Za adekvatno pružanje psihološke njege mora biti zadovoljena adekvatna, podržavajuća okolina. Ako se u radnoj okolini na psihološku njegu gleda kao na manje važan aspekt skrbi za pacijenta, tada okolina može loše reagirati na medicinsku sestru koja se odluči pozabaviti psihološkim problemima pacijenta (Muxlow 1995., prema Priest 2014.). Edukacija o psihološkoj njezi može pomoći u njezinoj stvarnoj primjeni u svakodnevnoj praksi. Godinu dana nakon što su medicinske sestre pohađale radionice o psihološkoj njezi, neke od njih su vidjele pomak nabolje u pružanju iste, a osim toga i same su se osjećale zadovoljnije svojim radom (Hawkins & Hollinworth 2004., prema Priest 2014.). Psihološka njega u sestrinskoj praksi vidljiva je i u najmanjim detaljima koji se nekim medicinskim sestrama mogu činiti nebitnima, poput objašnjavanja medicinske sestre pacijentu zašto kasni, stavljanje zvana za poziv na dohvat ruke pacijentu i slično (MacLeod 1994., prema Priest 2014.). Način na koji bi se moglo više napraviti u pogledu psihološke njege za pacijenta je zapošljavanje educiranih i zainteresiranih medicinskih sestara koje bi brinule isključivo o psihološkim potrebama pacijenata (Nichols 1993., prema Priest 2014.).

7.1. Empatija kao dio psihološke njege u sestrinstvu

U skrbi za pacijenta trebala bi dominirati kognitivna empatija koja uključuje razumijevanje iskustva pacijenta, njegovu zabrinutost i perspektivu, ali i adekvatno, empatičko komuniciranje (Hojat 2007.). Lamberton i sur. (2013.) su empatičnu skrb definirali kao ponašanje koje podržava pacijentovo jačanje socijalnih i emocionalnih sposobnosti te odgovaranje na pacijentove emocionalne potrebe. Rogers i sur. (2000.), (prema Priest 2014.) smatraju empatiju vrlo važnom u pomagačkim profesijama i dijele je na dvije komponente – sposobnost percepcije tuđih osjećaja i davanje smisla toj percepciji. Kunyk i Olson (2000.), (prema Priest 2014.) smatraju da se empatija može konceptualizirati na pet načina: kao ljudska osobina, kao profesionalno stanje, kao komunikacijski proces, kao njegovanje i kao poseban odnos. Empatija se može iskazivati na razne načine – pomoću verbalnog i

neverbalnog izražavanja. Komuniciranje s razumijevanjem u radu s pacijentima je obvezno i zahtijeva empatiju (Đorđević & Braš 2011.) što potvrđuju i Veloski i Hojat (2006.) koji drže da je za dobru profesionalnu komunikaciju jedan od najvažnijih elemenata empatija zdravstvenih djelatnika. Kod verbalnog izražavanja empatije važno je parafraziranje pacijentovih riječi kako bi se vidjelo je li medicinska sestra razumjela pacijenta i kako bi pacijent vidio da ga ona sluša. Druga bitna tehnika je reflektiranje onoga što je medicinska sestra vidi i osjeti kod pacijenta (Priest 2014.). Neverbalno iskazivanje empatije važno je kao i verbalno. Empatične izjave moraju biti praćene neverbalnim znakovima koji podržavaju te izjave, odnosno znakovima kojima se iskazuje toplina i briga te pokazuje zanimanje za osobu (Knapp 2010.).

U nekim istraživanjima provođenje sestrinske skrbi s empatijom, povezuje se s povećanom kvalitetom skrbi (Folbre 2012.). Također, mnoštvo literature govori u prilog empatiji kao konstrukt koji ima veliki utjecaj na željeni ishod skrbi kod pacijenta (Leana i sur. 2018.). Osim toga, empatija je važna za aktivno slušanje pacijentovih briga, promatranje pacijentovog fizičkog i psihičkog ponašanja kako bi se otkrio njegov kut viđenja, za preispitivanje vlastitih stereotipa, neosuđivanje, zamišljanje pacijentove situacije i postavljanje pitanja o stvarima koje nisu jasne (Arnold & Underman Boggs 2003.). Carkhuff (1969.), (prema Priest 2014.) je opisao pet razina empatije. Na prvoj razini empatije nisu prepoznate emocije ni sadržaj, na drugoj razini prisutna je lagana refleksija o osjećajima ili sadržaju, na trećoj razini su osjećaji i sadržaj jasno reflektirani, na četvrtoj i petoj razini osjećaji i/ili sadržaj su prepoznati i prije nego što je osoba o njima govorila ili ih postala svjesna. U svom istraživanju Reynolds i Scott (2000.), (prema Priest 2014.) pokazali su da medicinske sestre ne pokazuju dovoljno empatije pa većinu vremena djeluju na prvoj i drugoj razini empatije. U svakodnevnoj praksi najpoželjnija je treća razina; prva i druga nisu dostatne, a četvrta i peta nisu poželjne jer mogu dovesti do stvaranja neutemeljenih pretpostavki o stanju pacijenta (Priest 2014.). Važno je spomenuti kako se pokazalo da je izvor empatične skrbi u intrinzičnoj motivaciji (Jochimsen 2003., England i sur. 2012.). Dakle, medicinska sestra koja provodi empatijsku skrb ne čini to zbog plaće, napredovanja u poslu ili drugih ekstrinzičnih motiva, već zbog osjećaja zadovoljstva koji dobiva unaprjeđenjem pacijentove dobrobiti (Leana 2018.).

8. Važnost empatije za pacijenta

Na empatiju ne treba gledati kao na dodatak već kao na temelj odnosa s pacijentom jer se bez empatije ne mogu razumjeti u cijelosti pacijentove potrebe i problemi (Dragoš & Rihter 2017.). Empatija može pomoći u prikupljanju kvalitetnih podataka od pacijenta i na taj način u velikoj razini smanjiti nesporazume (Hojat i sur. 2003.). U situaciji kada je pacijent izgubljen i obeshrabren, a medicinska sestra ga, ne prepoznajući to stanje, ispituje o njegovom dosadašnjem načinu života, to može rezultirati nemogućnošću pacijenta da se prisjeti potrebnih podataka, nesvjesnim davanjem netočnih podataka, selektivnim slušanjem i slično, a sve to, prije ili poslije, može dovesti do nesporazuma ili neželjenih posljedica. Reynolds i Scott (2000.) smatraju empatiju u sestrinstvu bitnom zato što omogućuje medicinskim sestrama stvaranje odnosa povjerenja s pacijentom, pomaže im da razumiju pacijentove reakcije na bolest te omogućuje stvaranje pozitivnih ishoda sestriinske skrbi poput smanjenja anksioznosti (Priest 2014.). Empatična medicinska sestra koja prepoznaje pacijentove potrebe, koja na te potrebe odgovara na vrijeme i na pravi način, koja unaprijed može predvidjeti pacijentove reakcije, koja uvažava pacijentove probleme i želje povezane sa skrbi, lakše će zadobiti pacijentovo povjerenje koje je neophodno za provođenje kvalitetne sestriinske skrbi i doprinosi pozitivnom krajnjem ishodu. Lučanin i Despot Lučanin (2010.) smatraju da empatija u radu s pacijentima doprinosi njihovom većem samopoštovanju, smanjenju negativnih osjećaja, doprinosi osjećaju olakšanja i slobode, prihvaćanju zdravstvenog stanja, lakšem dobivanju potrebnih informacija od pacijenta te se povećava vjerojatnost da će pacijent slijediti zdravstvene upute i savjete. Sve su ove stavke vrlo bitne za pacijenta jer dovode do lakšeg podnošenja bolesti, lakšeg nošenja s promijenjenom socijalnom ulogom (od uloge čovjeka koji zarađuje i skrbi za obitelj do „bеспomoćnog“ bolesnika), lakšeg podnošenja odvojenosti od obitelji i poznate okoline te na kraju veće vjerojatnosti da neće sestriinske i liječničke savjete i upute olako shvatiti i ne provoditi ih ili ih samo djelomično provoditi. Iznimno je važno da medicinske sestre posjeduju empatiju. Prepoznavanje pacijentovih osjećaja i njihovo razumijevanje bez osuđivanja vodi ka sigurnoj izgradnji odnosa povjerenja s pacijentom što je od velike važnosti u sestriinskoj skrbi i preduvjet je za ostvarivanje terapijskog odnosa.

9. Terapeutski odnos

Terapeutski odnos se gradi u različitim profesijama koje su fokusirane na rad s ljudima (Jones 2013.) pa tako i u sestinstvu koje je orijentirano prema skrbi za čovjeka u fizičkom i psihičkom smislu. Bez obzira na različite profesije u kojima se provodi, zajedničko obilježje svakog terapeutskog odnosa je postojanje svrhe i cilja te velik utjecaj na ishod skrbi/terapije za klijenta (Jones 2013.). Terapeutski odnos se općenito može definirati kao suradnička i učinkovita veza između terapeuta i klijenta (Martin i sur. 2000.), a za razliku od svakodnevnog, socijalnog odnosa, karakterizira ga postojanje svrhe i cilja (Kozier & Erb 2004.) te orijentiranost prema klijentu. Zdravstveni profesionalci kao česti inicijatori terapeutskog odnosa, kroz njega pokazuju razumijevanje za pacijente osnažujući ih i podupirući ih da prepoznaju svoje vlastite potrebe (Elder i sur. (2010.), (prema Zubair 2015.). Budući da postoje dosljedni i jaki dokazi o značajnosti terapeutskog odnosa na pozitivne ishode skrbi (Jones 2013., Hiskey 2012.) terapeutski odnos bi trebao biti dio sestinske skrbi za pacijenta.

9.1. Razlika između terapeutskog i društvenog odnosa

U terapeutskom odnosu terapeut – medicinska sestra je odgovorna za upravljanje odnosom, dok su u običnom odnosu te uloge jednako podijeljene. Terapeutski odnos ima specifičnu svrhu i cilj povezan sa zdravljem i prestaje nakon što je određeni cilj postignut, za razliku od društvenog odnosa koji ima neograničeno trajanje. U terapeutskom odnosu fokus je na pacijenta i odnos započinje zbog potrebe pacijenta, a ne spontano, zbog obostranog simpatiziranja kao u običnom odnosu. Sudionici se u terapeutskom odnosu ne mogu birati – ni medicinska sestra ni pacijent se ne mogu izabrati (Arnold & Underman Boggs 2003.). Dok u terapeutskom odnosu koji se odvija u sklopu cjelokupne sestinske skrbi, postoji profesionalni kodeks ponašanja, u svakodnevnom odnosu između ljudi toga nema. Otvorenost i spontanost u iskazivanju emocija i neverbalnoj komunikaciji su dobrodošli u društvenom odnosu, no u terapeutskom odnosu se mora paziti na neprimjereno približavanje pacijentu u širem smislu te je potrebna kontrola nad emocijama kao i komunikacijom – verbalnom i neverbalnom. Također, jednakost sudionika u normalnom razgovoru se

podrazumijeva, dok je u terapijskom odnosu ona nemoguća jer je medicinska sestra u ulozi stručnjaka, a pacijent u ulozi tražitelja pomoći. U svakodnevnom društvenom odnosu postoji potencijal za razvoj prijateljstva, a u terapijskom odnosu moraju postojati granice kako bi se to preveniralo (Stickley & Freshwater 2006.).

10. Terapeutski odnos u sestrinstvu

Utjecajem humanističke filozofije 60-tih godina prošlog stoljeća, teorije sestrinstva počinju sagledavati odnos medicinska sestra-pacijent temeljnim u sestrijskoj skrbi (Salvage 1990., prema Dowling 2006.) i katalizatorom profesionalizacije sestrinstva (Morrall 2001.). Terapeutski odnos podcrtan je u literaturi kao ključni atribut u sestrijskoj praksi (Australian Nursing Foundation 1997., De Villers 1998., prema Canning i sur. 2007.) te se smatra ključnim u zdravstvenoj zaštiti (Ferrari 2006.). Nursing and Midwifery Council (2012.) zaključuje da je „terapeutski odnos medicinska sestra-pacijent esencijalna komponenta efektivne sestrijske skrbi i mora biti osnovan na povjerenju i poštovanju“. Prva je o terapeutskom odnosu u zdravstvenoj njezi počela govoriti Hildegard Peplau (1909. – 1999.). Osim od Peplau, sestrinstvo je integriralo koncepte i principe vezane uz razvoj interpersonalnih vještina od drugih autora, počevši od Sigmunda Freuda od kojeg su „preuzete“ terapeutska vrijednost razgovora o bolnim iskustvima, transfer i kontratransfer te obrambeni mehanizmi ega. Zahvaljujući Carlu Jungu spoznao se utjecaj kulture na ponašanje i uloge spolova, a Maslow i njegova Teorija potreba služe kao baza za određivanje prioriteta ljudi (Arnold & Underman Boggs 2003.). Slično kao i Peplau, Joyce Travelbee (1926. – 1973.) je predstavila model „jedan na jedan“ te zdravstvenu njegu definirala kao interpersonalni proces (Meleis 2011.).

Terapeutski odnos medicinska sestra-pacijent se može definirati kao sposobnost medicinske sestre da svjesno koristi vlastitu ličnost kako bi se približila pacijentu. To zahtjeva samosvijest te poznavanje filozofije života, smrti i cjelokupnog ljudskog postojanja (Epstein i sur. 2000.). Neki terapeutski odnos definiraju kao „odnos u kojem se pacijent osjeća ugodno te može biti otvoren i iskren prema medicinskoj sestri“ (Dart 2011.), a povezan je s razvojem produktivnog odnosa i pozitivnim ishodom skrbi (Canning i sur. 2007.). Primarni cilj terapeutskog odnosa je unaprjeđenje dobrobiti pacijenta te postizanje pacijentovog osobnog rasta.

Terapeutski odnos podrazumijeva prihvaćanje i razumijevanje pacijenta, poticanje pacijenta na otvorenost i razgovor, posvećivanje vremena pacijentu, promatranje, upotrebu tišine, fokusiranje, reflektiranje, analiziranje problema, transparentnost, suočavanje s realnošću, izražavanje osjećaja, postizanje zajedničkog jezika i na kraju evaluaciju pacijenta. S druge strane, odnos koji nije terapeutski obilježen je

nepovjerenjem, povlačenjem, lažnim slaganjem ili neslaganjem, znatiželjom, pokazivanjem nepoštovanja, pristranim idejama, poricanjem ili bavljenjem irelevantnim pitanjima (Masters 2005.). Važan koncept koji se spominje u terapijskom odnosu medicinska sestra-pacijent je „korištenje samog sebe“ koji podrazumijeva „operacionalizaciju osobnih karakteristika tako da one utječu na pacijenta na način da postanu potencijalno značajne odrednice terapijskog procesa“ (Wosket 2002., prema Tyrrell & Pryor 2016.). Ili jednostavnije rečeno, korištenje samog sebe je razumijevanje samog sebe i pacijenta s kojim se gradi terapijski odnos (Carper 1978., prema Tyrrell & Pryor 2016.).

10.1. Teorija interpersonalnih odnosa Hildegard Peplau

Hildegard Peplau prva je teoretičarka sestrinstva koja je opisala odnos medicinska sestra-pacijent u sestrijskoj skrbi. Dotadašnji sestrijski model fokusiran na medicinske tretmane, preobratila je na interpersonalni model sestrijske prakse. Definirala je 1952. godine sestrijsku skrb kao terapijski i učinkoviti proces koji surađuje s ostalim procesima u ljudskom organizmu kako bi se održalo zdravlje (Mirhaghi 2017.). Na bolest je gledala kao na priliku za učenje, osobni rast i poboljšanje strategija za suočavanje sa životnim teškoćama. Opisala je četiri faze odnosa medicinska sestra-pacijent (Peplau 1992., prema Arnold & Underman Boggs 2003.). Isticala je različite uloge koje medicinske sestre prolaze radi napredovanja terapijskog odnosa. Uloge koje spominje su: stranac (na početku odnosa kada se medicinska sestra i pacijent tek upoznaju); osoba koja je izvor informacija, učitelj (davanje uputa i informacija pacijentu); vođa (vodi pacijenta prema zadanom cilju); surogat (medicinska sestra može biti zamjena za neke ljude iz pacijentovog života ili npr. odvjetnik u zastupanju pacijenta pri odabiru postupka liječenja); savjetovatelj (raspravlja s pacijentom i pomaže mu u suočavanju s osjećajima nastalih tijekom bolesti) (Priest 2014.). Peplau (1952.) smatra kako je sestrinstvu u suštini bazirano na interpersonalnom odnosu u kojem se medicinska sestra i pacijent zajedno razvijaju i uče. Međutim, drugi autori naglašavaju kako je u praksi zbog pacijentove vulnerabilnosti i ovisnosti o medicinskoj sestri teško govoriti o jednakosti između medicinske sestre i pacijenta u terapijskom odnosu (prema Dowling 2006.). Svoju

je teoriju razvila na temelju rada Harryja Stacka Sullivana, američkog psihijatra (Arnold & Underman Boggs 2003.).

10.2. Komunikacija – temelj terapijskog odnosa

Pojednostavljeno, komunikacija je prenošenje informacija između dvije ili više osoba, a dijeli se na verbalnu i neverbalnu. U svakodnevnom životu komunikacija je stalna, neizbježna je u interakciji dvoje ljudi, čak i onda kada obje osobe šute. Za razliku od komunikacije u svakodnevnom životu, zdravstveni djelatnici trebaju imati i usavršavati vještine komunikacije. Medicinske sestre, kroz svoje formalno obrazovanje, uče vještine komunikacije kako bi se znale prilagoditi različitim pacijentima i u različitim situacijama bile profesionalne. Terapijski odnos medicinska sestra-pacijent odvija se upravo kroz komunikaciju, stoga je bitno poznavati različitosti komunikacije s različitim ljudima. Drugačija je komunikacija s ljubaznim nego li s hostilnim pacijentom, ne zahtijevaju isti način komunikacije žena koja je rodila zdravo dijete i žena koja je rodila dijete s teškom malformacijom ili osoba koja ima benigni tumor i osoba s malignim tumorom. Dakle, važno je posjedovati vještinu komunikacije i prilagoditi je svakom pacijentu. Fielding i Llewelyn (1987.) istaknuli su važnost učinkovite komunikacije između medicinske sestre i pacijenta i smatraju je centralnom za kvalitetu skrbi koju pacijent prima ističući da je „komunikacija jedan od najzahtjevnijih i najtežih aspekata sestrinskog posla, a često je izbjegavana ili loše učinjena unatoč tome što je ključna za kvalitetu skrbi“ (prema Stickley & Freshwater 2006.). Komunikacija u odnosu medicinska sestra-pacijent puno je više od samog prijenosa informacija – to je i prijenos emocija (Arungwa 2014.). Komunikacija s pacijentom prije i za vrijeme provođenja fizičkih postupaka smanjuje anksioznost kod pacijenta, povećava sposobnost suočavanja sa stresom i pospješuje pridržavanje uputa (Nichols 1993., Dickson 1999., prema Stickley & Freshwater 2006.). Chauhan i Long (2000.) ističu važnost vještina komuniciranja u pomagačkim profesijama i naglašavaju kako kroz sestrinsko obrazovanje komunikaciju treba učiti i unaprjeđivati. Unatoč tome što je komunikacija esencijalna u sestrinskoj praksi, nije uvijek na očekivanoj razini i potrebno ju je unaprijediti. U svom istraživanju Mallett i Dougherty (2000.) su pokazali da su od svih aspekata sestrinske skrbi pacijenti najnezadovoljniji lošom komunikacijom. Keatings i sur.

(2002.) su u svoje istraživanje uključili i pacijente i zdravstvene djelatnike od kojih i jedni i drugi smatraju da je neučinkovita komunikacija i dalje glavni problem unutar zdravstvene zaštite. Stoga, Stickley & Freshwater (2006.) smatraju da bi trening komunikacijskih vještina trebao, osim kroz formalnu edukaciju na fakultetu, biti dio stalnog profesionalnog razvoja.

10.3. Faze terapijskog odnosa u sestrinskoj skrbi

Peplau opisuje četiri faze terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent, a to su: faza orijentacije, faza identifikacije, radna faza i završna faza (Erci i sur. 2008.). Faza u kojoj pacijent ne sudjeluje, a koja prethodi orijentacijskoj fazi zove se preintencijska faza i zahtijeva od medicinske sestre stvaranje povoljne psihičke i fizičke okoline za odvijanje terapijskog procesa (Arnold & Underman Boggs 2003.). U tablici 10.3.1. nalaze se faze s koracima i njihova objašnjenja.

1) Faza orijentacije

Formalno, terapijski odnos započinje u ovoj fazi (Arnold & Underman Boggs 2003.). Fazu orijentacije obilježava „definiranje problema koje uključuje međusobno upoznavanje medicinske sestre i pacijenta, razgovora s pacijentom kao bi se otkrile potrebe, zatim slijedi definiranje konačnih potreba zajedno s pacijentom i na kraju odgovor medicinske sestre, pronalaženje mogućih potpornih mehanizama i službi“ (Kalauz 2012.). Prvi dojam koji se ostavi na pacijenta prilikom upoznavanja važan je za daljnji razvoj odnosa. Verbalno izražavanje mora biti jasno i jezgrovito te ostavljati dojam ljubaznosti, a neverbalna komunikacija mora pratiti verbalnu. Upoznavanje je nužno čak i s pacijentima s poremećajima svijesti, afazijom ili pacijentima s psihičkim bolestima. Tijekom prve faze poželjna je i spontana komunikacija s pacijentom iz koje će medicinska sestra saznati pacijentove želje, razinu znanja, interese i životne stavove. Podaci koje medicinska sestra prikupi u toj fazi, postaju temelj za sestrinske dijagnoze (Arnold & Underman Boggs 2003.).

2) Faza identifikacije

Ova faza uključuje „pronalaženje mogućih rješenja te njihovo razumijevanje i prihvaćanje“ (Kalauz 2012.). U fazi identifikacije stvara se dobra interpersonalna

komunikacija, pacijent prihvaća medicinsku sestru kao partnera te se formulira plan zdravstvene njege (Priest 2014.). Neki autori stavljaju fazu identifikacije kao dio radne faze, odnosno smatraju da se radna faza sastoji od faze identifikacije i faze eksploatacije (Arnold & Underman Boggs 2003.).

3) Radna faza / faza iskorištavanja/ eksploatacije

U fazi iskorištavanja „koriste se svi izvori profesionalne pomoći, ističu se sadržaji koji mogu pomoći u zadovoljavanju potreba ili interesa pacijenta, potiče se pacijenta na samostalno djelovanje i odlučivanje te se pomaže pacijentu da sam dođe do mogućeg rješenja“ (Kalauz 2012.). U ovoj se fazi rješavaju pacijentovi problemi; kako se otkrivaju sve dublji problemi, a s time i osjećaji, medicinska sestra uz pomoć interpersonalnih vještina pomaže pacijentu u razvoju novih strategija suočavanja s problemima i njihovog rješavanja (Arnold & Underman Boggs 2003.).

4) Faza završetka

Posljednja se faza sastoji od „završetka terapijskog odnosa, zadovoljavanja pacijentovih potreba kao rezultat zajedničke suradnje te razvijanje shvaćanja da je međusobni odnos pridonio uzajamnom 'odrastanju' (Kalauz 2012.). Zadnja faza terapijskog odnosa ne smije se podcijeniti niti preskočiti jer je vrlo važna za pacijenta, ali i za medicinsku sestru. Priprema za završnu fazu odnosa počinje već u orijentacijskoj fazi kada medicinska sestra objašnjava pacijentu trajanje i fokus odnosa. Tijekom završne faze medicinska sestra i pacijent evaluiraju postignućima iz odnosa i raspravljaju o njima (Arnold & Underman Boggs 2003.).

Tablica 10.3.1. Prikaz koraka i njihovih objašnjenja kroz faze terapijskog odnosa. Prema Griffin Perry A, Potter PA (2006.), str. 27–28.

ORIJENTACIJSKA FAZA	
KORACI	OBJAŠNENJE
1. Stvoriti toplu i ugodnu atmosferu uzimajući u obzir okolinske faktore (poput buke ili temperature sobe) te emocionalno i fizičko stanje pacijenta. Biti svjestan poslanih i primljenih neverbalnih znakova. Osigurati ugodu i podršku pacijentu.	1. To olakšava otvorenu komunikaciju i smanjenje straha ili anksioznosti.
2. Oslovljavati pacijenta imenom.	2. Pravilna verbalna i neverbalna

<p>Predstaviti sebe imenom i objasniti svoju ulogu u zdravstvenom timu. Konkretno i jasno komunicirati.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Promatrati pacijentovo neverbalno ponašanje. Ako je ono nepodudarno s verbalnim iskazima, medicinska sestra treba tražiti pojašnjenje. 4. Prilikom traženja informacija od pacijenta, objasniti potrebu za tim informacijama 5. Aktivno slušati. 6. Identificirati pacijentova očekivanja. 7. Intervjuirati pacijenta kako bi se dobili podaci o njegovom zdravstvenom stanju, načinu života, sustavima podrške, ponašanju u zdravlju i bolesti, jakosti i ograničenja. 8. Ohrabrivanje pacijenta da postavlja pitanja ili traži objašnjenja tijekom komunikacije. 9. Koristiti tehnike terapijske komunikacije (aktivno slušanje, razjašnjavanje, refleksija, humor, tišina, fokusiranje, informiranje i druge). 	<p>komunikacija izraz je poštovanja i brige te pomaže u uspostavljanju odnosa. Osim toga, smanjuje zbunjenost i anksioznost.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Usklađenost verbalne i neverbalne komunikacije pacijenta daje medicinskoj sestri određenu sigurnost da su informacije točne. 4. To je važno zbog smanjenja anksioznosti koja se može javiti zbog pacijentovog neznanja. 5. Na taj se način izražava interes za pacijentove potrebe i probleme. 6. Pokazuje se razina interesa za pacijentove potrebe. 7. Olakšava se stvaranje pozitivnog odnosa te razvoj povjerenja i opuštanje pacijenta. 8. Daje se pacijentu osjećaj kontrole te se komunikacijski kanal ostavlja otvorenim. 9. One omogućuju bolje razumijevanje poslanih i primljenih poruka.
RADNA FAZA	
KORACI	OBJAŠNJENJE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Koristiti komunikacijske vještine poput parafraziranja i reflektiranja kako bi se identificirale i razjasnile strategije za postizanje postavljenih ciljeva. 2. Probleme treba raspraviti i odrediti prema prioritetima. 3. Dati pacijentu informacije i pomoći mu u izražavanju emocija i potreba. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efektivna komunikacija osigurava razumijevanje i aktivno sudjelovanje pacijenta u skrbi. 2. Pacijentova anksioznost je minimalizirana zahvaljujući neosuđujućem, podržavajućem odnosu. 3. Pacijent odgovara na pomoć i može aktivno participirati u postizanju ciljeva. To omogućava

<p>4. Pitanja koristiti s oprezom. Postavljati primjerena pitanja jedno po jedno i dati pacijentu dovoljno vremena za odgovor. Koristiti direktna i otvorena pitanja.</p>	<p>pacijentu pronalazak rješenja u postizanju ciljeva.</p> <p>4. Omogućava se pacijentu da se izrazi, a medicinskoj sestri dobivanje informacija o pacijentovim potrebama i interesima.</p>
ZAVRŠNA FAZA	
KORACI	OBJAŠNJENJE
<p>1. Koristiti efektivne komunikacijske vještine kako bi se raspravile promjene u pacijentovom ponašanju i razmišljanju.</p> <p>2. Zajedno s pacijentom sažeti cijeli odnos uključujući i postignuće ciljeva.</p>	<p>1. Pojačavanje ponašanja i vještina stečenih tijekom radne faze.</p> <p>2. Potvrđuje se međusobno razumijevanje i osigurava se zaokruživanje odnosno završavanje odnosa.</p>

11. Važnost terapijskog odnosa u sestrinstvu

Važnost terapijskog odnosa za pacijenta u različitim područjima sestrinske skrbi dokazana je brojnim istraživanjima. Već je i začetnica modernog sestrinstva Florence Nightingale, a kasnije i Virginia Henderson, uvidjela prednosti odnosa medicinske sestre s pacijentom. One su smatrale kako interpersonalni, interaktivni i postojan odnos između medicinske sestre i pacijenta pomaže u unaprjeđenju njegova zdravlja (Bischko 1998., prema Mirhaghi 2017.), a s time se u novije vrijeme slažu Arnold & Underman Boggs (2003.) koje ga smatraju terapijskim odnosom kojem je cilj promicanje pacijentovog zdravlja i blagostanja. Promicanje zdravlja uključuje intersektorsku suradnju u kojoj sudjeluju medicinske sestre i to ponajprije kroz zdravstveno prosvjećivanje i odgoj. Kroz terapijski odnos te se mjere lakše provode i efektivnije su, naročito kada se radi o individualnom zdravstvenom prosvjećivanju. Tyrrell & Pryor (2016.) navode kako je u rehabilitaciji pacijenta, iz perspektive sestrinstva (Pryor 2005.) kao i iz perspektive pacijenata i njihovih obitelji (Tyrrell 2010.), terapijski odnos medicinska sestra-pacijent opisan kao potencijalno ključni element, ne samo za suočavanje s oporavkom nego i u povećanju pacijentove motivacije za sudjelovanje u rehabilitacijskom programu. U literaturi se naročito naglašava važnost terapijskog odnosa u palijativnoj skrbi, za pacijenta, ali i za članove njegove obitelji (Seymour i sur. 2003., Mok & Chiu 2004.). Kvalitativno istraživanje pokazuje kako medicinske sestre koje rade u palijativnoj skrbi terapijski odnos ocjenjuju kao najopširniji i najvažniji aspekt sestrinske prakse – ispred njege bolesnika, savjetovanja, edukacije i menadžmenta (Canning i sur. 2007.). U palijativnoj skrbi, terapijski odnos omogućuje bolje ishode za pacijenta (Cutcliffe i sur. 2001., Skilback & Payne 2003.), osnažuje pacijenta i minimalizira potencijalne konflikte (Canning i sur. 2007.). Osim u rehabilitaciji i palijativnoj skrbi, terapijski odnos ima svoju važnost i u kliničkom okruženju. Istraživanje o utjecaju terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent na smanjenje preoperativne i postoperativne anksioznosti pacijenta pokazalo je statistički značajno smanjenje anksioznosti u ispitivanoj skupini u kojoj se s pacijentima razvijao terapijski odnos, u odnosu na kontrolnu skupinu (Erci i sur. 2008.). McGuinness i Peters (1999.) smatraju kako je terapijski odnos medicinska sestra-pacijent izgrađen prema Teoriji interpersonalnih odnosa idealan vodič u sestrinskoj praksi u radu s pacijentima koji boluju od kroničnih bolesti kao što je multipla skleroza (prema Erci i sur. 2008.). Razvoj terapijskog

odnosa između patronažne sestre i pacijenta važan je zbog cjelovite procjene pacijenta i razumijevanja njegovih potreba te osiguranja učinkovite, pacijentu orijentirane skrbi (Doherty & Thompson 2014.). Kroz stvaranje odnosa medicinska sestra-pacijent olakšava se zadovoljenje psiholoških potreba pacijenata (Priest 2014.). Istraživanje potvrđuje kako je dobar terapijski odnos povezan s pridržavanjem medicinskih preporuka (Jaeger i sur. 2014.) te efikasnim osnaživanjem pacijenta (Arnold & Underman Boggs 2003.). Prema Rakovec-Felser (2015.) kroz terapijski odnos se od pacijenta mogu dobiti važne informacije o njegovim očekivanjima, o prijašnjem iskustvu sa zdravstvenom zaštitom, o mogućoj tjeskobi ili brizi, ali i ohrabriti pacijenta da postavlja pitanja o svom zdravstvenom stanju. Osim toga, istraživanje provedeno na pacijentima o njihovoj percepciji interpersonalnih odnosa u bolnici pokazuje kako oni žele biti informirani, uključeni u proces skrbi i osjećati se sigurno (Williams & Irurita 2004.) što se terapijskim odnosom i postiže. Efektivan odnos medicinska sestra-pacijent doprinosi kvaliteti cjelokupne sestrinske skrbi (Irurita 1999., prema Dowling 2006.) isto kao što se i kvaliteta sestrinske skrbi ogleda u odnosu medicinska sestra-pacijent (Glen 1998., prema Dowling 2006.).

12. Preduvjeti za ostvarenje kvalitetnog terapijskog odnosa

Na samom početku terapijskog odnosa važno je upoznati pacijenta, sagledati ga u holističkom smislu, upoznati pacijentovu ličnost te utjecaj bolesti na njegov svakodnevni život (Shattell i sur. 2007.). Doherty i Thompson (2014.) to nazivaju prepoznavanjem pacijentove jedinstvenosti, nakon čega se stvara određena povezanost pacijenta i medicinske sestre kao drugi važan element terapijskog odnosa (Spiers & Wood 2010.). Osim navedenog, Hawamdeh i Fakhry (2014.) kao važan preduvjet za ostvarenje terapijskog odnosa, dodaju i osjećaj sigurnosti pacijenta. Za razvoj terapijskog odnosa neizbježno je posjedovanje osobnih kvaliteta i profesionalnih vještina medicinske sestre poput vještine komunikacije, poštivanja pacijentove autonomije i različitosti, zajedničko određivanje ciljeva skrbi i suodlučivanje, povezanost medicinske sestre s pacijentom i članovima njegove obitelji (Mok & Chiu 2004.) te međusobno povjerenje i poštovanje (Farrelly & Lester 2014.) koje se postiže zahvaljujući vještini komuniciranja medicinske sestre u smjeru interesa pacijenta (AL-A'araj & AL-Omari 2014.). Osobne kvalitete koje mora posjedovati medicinska sestra da bi dobila povjerenje pacijenta i stvorila pogodne uvjete za razvoj terapijskog odnosa su otvorenost, brižnost, toplina, iskrenost (Doherty & Thompson 2014.), empatija te sposobnost koordinacije i suradnje (Mirhaghi 2017.). Kontekstni čimbenici kao što su uvjerenja, vrijednosti i stavovi, kultura i religija, društveni status, spol, razina zrelosti i govor tijela medicinske sestre igraju ulogu u terapijskom odnosu (Meleis 2011., Pazargadi 2015., Scanlon 2006, Orlando 1961., Sandhu i sur. 2015., prema Mirhaghi 2017.). U rehabilitacijskom procesu, poznavanje sebe kao osobe, profesionalno ponašanje i razumijevanje rehabilitacijskog procesa tri su vitalna preduvjeta za ostvarenje efektivnog terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent (Tyrrell & Pryor 2016.). Što se tiče komunikacijskih vještina kao preduvjeta terapijskog odnosa, osim verbalne komunikacije i neverbalna komunikacija uvelike utječe na utemeljenje i održavanje terapijskog odnosa – kontakt očima, osmijeh i otvoreni, pozitivni znakovi su indikatori obzirnosti, pažljivosti (Sticklely 2009.). Aktivno slušanje vitalna je komponenta terapijskog odnosa (McCabe & Timmons 2006., prema Doherty & Thompson 2014.). Također, tišina se u terapijskom odnosu može smatrati imperativom. Tišina može pomoći pacijentu da razmisli, obradi i posloži misli koje su

izrečene u terapijskom odnosu (Stickley 2009.). Istraživanje pokazuje kako je i pacijentov način komunikacije važan u ostvarivanju terapijskog odnosa (Baer & Lowery 1987., prema Dowling 2006.) odnosno kako pacijentove interpersonalne kompetencije utječu na komunikaciju medicinska sestra-pacijent (Fosbinder 1994., prema Dowling 2006.). Da bi se terapijski odnos medicinska sestra-pacijent mogao uspostaviti potrebno je vrijeme. Nekoliko istraživanja pokazuje kako medicinske sestre nemaju dovoljno vremena za pacijente zbog preopterećenosti poslom (Mirhaghi 2017.). Pokazalo se kako svega 37% vremena zauzima odnos medicinska sestra-pacijent. S time da 25% od tog vremena odlazi na direktnu zdravstvenu njegu pa za terapijski odnos ostaje tek nekoliko sati (Westbrook i sur. 2011.). No, unatoč tome, pružanje fizičke pomoći pacijentu nužan je element u stvaranju terapijskog odnosa, a drugi važan element je dostupnost medicinske sestre – i fizička i psihička dostupnost te odgovaranje na potrebe pacijenta, čak i na one koje se čine nevažnima. Na taj način medicinske sestre mogu izgraditi povjerenje s pacijentom, učvrstiti odnos s pacijentom i postaviti se kao osoba na koju se pacijent može osloniti (Hawamdeh & Fakhry 2014.). Tyrrell (2010.) za razvoj terapijskog odnosa bitnim smatra prilagođavanje različitim pacijentima, kroz poznavanje svojih kvaliteta i ponašanja koji odgovaraju potrebama i ličnosti pacijenta (prema Tyrrell & Pryor 2016.).

13. Mostovi u razvoju terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent

Arnold i Underman Boggs (2003.) navode sljedeće komponente kao važne u izgradnji i održavanju terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent.

- Njegovanje je u središtu sestrijskog posla (Priest 2014.), a odnosi se na prepoznavanje pacijentovih fizičkih potreba i njihovo zadovoljavanje. Njegovanje potječe od prirodnog pomaganja potrebitima, ali uz stručno znanje i vještine te svjesnost da je njegovanje dio etičke obveze medicinskih sestara postaje važan aspekt sestrištva i olakšava razvoj terapijskog odnosa.
- Osnaživanje pacijenta podrazumijeva pomoć medicinske sestre pacijentu u dobivanju informacija, sredstava i resursa za razvoj vještina koje će mu trebati u postizanju ciljeva povezanih s zdravljem. Važnost osnaživanja teorijski je razradila Dorothy E. Orem u svojoj teoriji samozbrinjavanja.
- Povjerenje – osjećaj povjerenja i sigurnosti stvara klimu u kojoj se pacijent osjeća zaštićeno što je vrlo bitno u terapijskom odnosu. Prema Eriksonu povjerenje se razvija na temelju prethodnih iskustva. U odnosu medicinska sestra pacijent otvorena razmjena informacija doprinosi osjećaju povjerenja.
- Empatija je ključna točka terapijskog odnosa jer omogućuje medicinskoj sestri da se stavi na mjesto pacijenta i zna kako se osjeća i zašto se tako osjeća.
- Uzajamnost se pokazuje u međusobnom dogovaranju pacijenta i medicinske sestre, a karakterizirano je poštivanjem autonomije i sustava vrijednosti jedne i druge strane. Uključuje i suradnju u rješavanju problema.

14. Barijere u razvoju terapijskog odnosa

Kao što postoje komponente koje olakšavaju i podupiru razvoj terapijskog odnosa, postoje i barijere poput prelaznja profesionalnih granica, stereotipa ili loše komunikacije koje otežavaju njegovo stvaranje. Terapijski odnos medicinska sestra-pacijent je partnerski odnos koji često uključuje ulazanje u intimu pacijenta i otkrivanje njegovih osobnih podataka (Nursing and Midwifery Council 2012., prema Griffith 2013.). Stoga zahtijeva postojanje strogih profesionalnih granica kako ne bi došlo do narušavanja prava pacijenta. Međutim, održavanje profesionalnih granica otežano je upravo zbog bliskosti s pacijentom tijekom sestrijske skrbi (Williams 2011., prema Griffith 2013.). Zbog toga Nursing and Midwifery Council ističe kako odnos između medicinske sestre i pacijenta mora biti isključivo terapijski odnos povezan s skrbi. Profesionalna granica ne smije biti narušena (Griffith 2013.) što Nursing and Midwifery Council (2008.), (prema Griffith 2013.) jasno ističe u svom Kodeksu – „potrebno je održavati primjerene profesionalne granice u odnosu s pacijentom i osigurati da su svi aspekti odnosa fokusirani isključivo na potrebe pacijenta“. Nursing and Midwifery Council (2012.), (prema Griffith 2013.) nabroja što sve spada izvan granica profesionalnog ponašanja: otkrivanje pacijentu informacija o sebi ili svojoj obitelji (uključujući davanje broja telefona ili pokazivanje fotografija); otkrivanje pacijentu ime svog partnera/ice ili članova obitelji, rođaka i sl. te raspravljanje o privatnom životu; dozvoljavanje osobama iz privatnog života da upoznaju pacijenta; odlazak na zajednički odmor; prihvaćanje bilo kakve novčane naknade od strane pacijenta i slično. Ulazak u seksualne aktivnosti s pacijentom strogo krši pravila profesionalnog ponašanja i nedopustivo je. Važno je da medicinska sestra bude samosvjesna kako bi osvijestila ponašanje koje bi se moglo protumačiti kao „seksualno privlačno“ (Griffith 2013.). Zamućenje profesionalnih granica dovodi do promjene terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent (Aylott 2011.) stoga je održavanje profesionalnih granica dužnost medicinske sestre te omogućuje ostvarenje sigurne, etičke i kvalitetne sestrijske skrbi koja je ključan element terapijskog odnosa (Sheets 2001., prema Aylott 2011.). U terapijskom odnosu važna je predanost pacijentu, ali s druge strane i emocionalna objektivnost. Granicu terapijskog odnosa ne smije se prijeći, a znakovi koji upućuju na njegovo prerastanje su: posvećivanje više pažnje i vremena određenom pacijentu, posjećivanje pacijenta i izvan radnog vremena, obavljanje nekih aktivnosti umjesto

pacijenta iako je on sposoban to učiniti sam, neuvažavanje kolega i njihovog rada s tim pacijentom, razmišljanje o pacijentu izvan posla (Arnold & Underman Boggs 2003.). Druga krajnost je udaljšavanje od pacijenta u terapijskom odnosu zbog ponašanja pacijenta ili zbog prevelikog emocionalnog stresa koji medicinska sestra doživljava, što je vrlo često vidljivo u terapijskom odnosu s terminalno bolesnim pacijentima. Zbog takvih slučajeva, u kojima pacijent ostaje sam, bez podrške u odnosu, bitno je imati grupe podrške na radnom mjestu (Arnold & Underman Boggs 2003.). Osim navedenih teškoća vezanih uz prelaženje profesionalnih granica, uspostavljanje kvalitetnog odnosa može biti narušeno i zbog stereotipa zdravstvenih djelatnika. Vrlo često to je vidljivo kod psihijatrijskih pacijenata čije prethodno doživljavanje stigmatizacije i stereotipa od strane zdravstvenih djelatnika narušava terapijski odnos (Sweeney i sur. 2014., prema Zubair 2015.). Saldana (2015.) tvrdi da terapijski odnos pati od restriktivne politike ustanova jer ograničava njegov razvoj (Mirhaghi 2017.). Istraživanje je također pokazalo kako je kratko vrijeme zapošljavanja zapreka terapijskom odnosu (Baumann i sur. 2001., prema Mirhaghi 2017.). Osim toga, na ostvarenje i održavanje kvalitetnog terapijskog odnosa velik utjecaj ima sagorijevanje medicinskih sestara na poslu (Vahey i sur. 2004., prema Mirhaghi 2017.) jer dovodi do niza problema medicinske sestre, uključujući i emocionalnu iscrpljenost, zbog koje je vrlo teško očekivati da će medicinska sestra moći otvoreno, smireno i pozitivnih emocija pristupiti pacijentu i nositi se s njegovim problemima i potrebama kada je i njoj samoj potrebna pomoć.

15. Povezanost empatije i terapijskog odnosa

Komunikacija u terapijskom odnosu obilježena je pokazivanjem empatije i topline kako bi se pomoglo pacijentima da budu što opušteniji i da se osjećaju sigurnima (McCabe & Timmons 2006., prema Doherty & Thompson 2014.). Empatija zahtijeva aktivno slušanje i razumijevanje onoga što pacijent govori (Balzar-Riley 2008., prema Doherty & Thompson 2014.), a to je neizbježno i u terapijskom odnosu. Pacijentova percepcija da ga se razumije djeluje terapijski jer pomaže u uspostavljanju osjećaja povezanosti i podrške (Rakovec-Felser 2015.). Za razliku od prirodne empatije koja je u nekoj mjeri urođena, kliničku empatiju se svjesno uči, naročito u pomagačkim zanimanjima, kako bi se postigao određeni terapijski učinak (Balzer Riley 2000., prema Lučanin & Despot Lučanin 2010.). Empatija omogućuje medicinskoj sestri da percipira dubinu pacijentovog emocionalnog stanja bez da se i sama preplavi tim stanjem. Empatično ponašanje u pacijentima izaziva osjećaj poštovanja i razumijevanja bez čega je terapijski odnos teško ostvariv, stoga Arnold & Underman Boggs (2003.) zaključuju da je empatija nit koja mora biti utkana u svaku uzastopnu fazu terapijskog odnosa.

15.1. Samosvijest i altruizam u empatiji i terapijskom odnosu

Uz empatiju i terapijski odnos, u literaturi se vrlo često pronalazi i samosvijest u kontekstu preduvjeta za empatiju i terapijski odnos. Budući da se veže i uz jedan i drugi pojam, zasebno je opisana u ovome podpoglavlju. Također, ukratko je opisana i povezanost altruizma i empatije.

Prema Golemanu (2015.) „samosvijest podrazumijeva poznavanje osobnih unutarnjih stanja, sklonosti, nadarenosti i pronicavosti.“ On je smatra jednom od pet komponenta emocionalne inteligencije – uz samosvladavanje, motivaciju, empatiju i društvene vještine. Navodi da su emocionalna svjesnost, točna samoprocjena i samopouzdanje emocionalne kompetencije koje proizlaze iz samosvijesti. Samosvijest znači da medicinske sestre znaju kako će reagirati u različitim situacijama, prepoznaju svoje vrijednosti te znaju svoj stav prema drugim ljudima (Elder i sur. 2009., prema Mirhaghi 2017.). Posjedovanje samosvijesti preduvjet je za

empatiju. Što osoba bolje poznaje vlastite emocije, to će lakše iščitati emocije drugih ljudi. Nesvjesnost vlastitih osjećaja može dovesti do negativnih posljedica u komunikaciji (Griffin Perry & Potter 2006.). Samosvijest čini socijalne interakcije predvidljivima i vezana je uz naprednije oblike empatije poput emocionalnog suosjećanja i zauzimanja perspektive. Kognitivni i neuralni krugovi koji leže u podlozi samosvijesti slični su onima koji sudjeluju u teoriji uma (Leslie 1987., Wimmer & Perner 1983., prema Wertag 2015.). Atkins (2000.) drži da je samosvijest važna kako bi se otvoreno sagledalo na stvari, kako bi se stekle interpersonalne vještine i postigao terapijski odnos s pacijentom (Ferrari 2006.). Samosvijest je važna u terapijskom odnosu pa ako je medicinska sestra nema razvijenu, postoji mogućnost ometanja terapijskog odnosa (Arnold & Underman Boggs 2003.). Samosvjesne medicinske sestre znaju koje su njihove vrijednosti i stavovi (Eckroth-Bucher 2001., prema Arnold & Underman Boggs 2003.) što dovodi do boljeg razumijevanja drugih ljudi i individualnog pristupa svakoj osobi u terapijskom odnosu (Arnold & Underman Boggs 2003.). Osim toga, medicinska sestra treba poznavati vlastite jakosti, slabosti i ograničenja kako bi bila autentična (Arnold & Underman Boggs 2003.).

Empatija se smatra važnim motivatorom i prethodnikom prosocijalnog ponašanja pa se povezuje s altruističnim djelovanjem, odnosno pokazalo se kako su empatični ljudi češće i altruističniji (Slunjski 2006.). De Waal (2008.), (prema Wertag 2015.) navodi da empatija promiče altruistično i prosocijalno ponašanje. Eisenberg i Miller (1987.) (prema Wertag 2015.) u svojoj su meta-analizi pokazale kako empatija umjereno pozitivno korelira s prosocijalnim ponašanjem. Batsonova hipoteza empatija-altruizam (1991.), (prema Wertag 2015.) govori da je pomaganje osobi prema kojoj se osjeća empatija potpuno altruistično, neovisno o koristi od pomaganja.

16. Zaključak

Empatija je jedna od najpoželjnijih osobina u sestrinskoj praksi. Emocije igraju značajnu ulogu u životu pojedinca, stoga je njihovo prepoznavanje, razumijevanje i adekvatno odgovaranje na njih, od esencijalne važnosti za medicinske sestre. U radu s pacijentima, od iznimne je važnosti zadobiti njihovo povjerenje i postići da se osjećaju sigurno i ugodno koliko god je to u bolesti moguće, a upravo empatija djeluje kao facilitator u postizanju povjerenja i osjećaja sigurnosti kod pacijenta. Empatija, osim što je važna u radu s bolesnim ljudima, neizbježna je i u radu s zdravim pojedincima ili članovima obitelji. Drugi bitan, a pomalo zapostavljen, aspekt u sestrinskoj skrbi je terapijski odnos u kojem medicinska sestra uložuje sebe, svoje znanje i osobine, kako bi iz pacijenta izvukla ono „najbolje“ što može i postigla određenu pozitivnu promjenu kod pacijenta. Terapijski odnos medicinska sestra-pacijent neki smatraju neodvojivim od sestrinske prakse s čime se u potpunosti slažem. Terapijski odnos u sestrištvu ne mora trajati tjednima ili mjesecima, moguće je njegovo ostvarenje i djelotvornost u jednom danu, primjerice u jednom savjetovanju pacijenta. Činjenica da postoje dokazi koji potkrepljuju dobrobiti i empatične skrbi i terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent ne smiju se zanemariti, već naprotiv, trebaju se iskoristiti u poboljšanju cjelokupne sestrinske skrbi. Potrebno je i u praksi i u edukaciji staviti veći naglasak na terapijski odnos kako bi se on provodio sustavno, sa svim pacijentima. Također, budući da u Hrvatskoj nedostaju pisani dokazi o provođenju i korisnosti terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent, potrebna je veća angažiranost u istraživanjima na tu temu.

17. Zahvale

Zahvaljujem svom mentoru prof.dr.sc. Rudolfu Gregureku na pomoći i sugestijama tijekom izrade diplomskog rada kao i članovima Povjerenstva, prof.dr.sc. Draženu Begiću i doc.dr.sc. Mileni Skočić Hanžek, na dostupnosti i korekcijama. Zahvaljujem se i svojim roditeljima koji su mi omogućili školovanje te zajedno s bratom i Bojanom pružali bezuvjetnu podršku i bodrili me tijekom studija. Veliko hvala mojim prijateljicama, Mateji, Ivani i Matei, koje su mi ove dvije godine studija učinile ljepšim i s kojima je sve bilo lakše. Hvala i mojim profesoricama i kolegicama, Marijani i Ireni na svim savjetima, pomoći i velikoj podršci.

18. Literatura

1. AL-A'araj A, AL- Omari A (2014.) Phases of Therapeutic relationship Implementation among the Queen Alia Heart Center Nurses. Middle east journal of nursing 7: 16–19.
2. Arnold E, Underman Boggs K (2003.) Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses. 4. izd. St. Louis: Saunders.
3. Arungwa OT (2014.) Effect of communication on nurse - patient relationship in national Orthopaedic hospital, Igbobi, Lagos. West african journal of nursing 25:37–49.
4. Asada M (2015.) Development of artificial empathy. Neuroscience Research 90:41–50.
5. Aylott M (2011.) Blurring the boundaries: technology and the nurse-patient relationship. British Journal of Nursing 20:810–816.
6. Batson CD (2009.) These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. U: J. Decety & W. Ickes (Ur.), The social neuroscience of empathy (str. 3–16.). Cambridge, MA: MIT Press.
7. Bregant T (2015.) Razvijajoči se možgani in porajajoča empatija. U: Orel M (Ur.) Modern approaches to teaching coming generation. Ljubljana: International Conference EDUvision, str. 24–30.
8. Canning D, Rosenberg JP, Yates P (2007.) Therapeutic relationship in specialist palliative care nursing practice. International Journal of Palliative Nursing 13:222–229.
9. Chauhan G, Long A (2000.) Communication is the essence of nursing care 1: breaking bad news. British Journal of Nursing 9: 931–938.
10. Cutcliffe JR, Black C, Hanson E, Goward P (2001.) The commonality and synchronicity of mental health nurses and palliative care nurses: closer than you think? Part one. J Psychiatr Ment Health Nurs 8: 53–59
11. Dart AM (2011.) Motivational Interviewing in Nursing Practice: Empowering the Patient. London: Jones and Bartlet.
12. Doherty M, Thompson H (2014.) Enhancing person-centred care through the development of a therapeutic relationship. British Journal of Community Nursing 19:502–507.
13. Dowling M (2006.) The sociology of intimacy in the nurse-patient relationship. Nursing Standard. 20:48–54.
14. Dragoš S, Rihter Lj (2017.) Empatija in (izobraževanje za) socijalno delo. Socijalno delo 56:1–20
15. Đorđević V, Braš M (2011.) Komunikacija u medicini: čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada.
16. England P, Folbre N, Leana C (2012.) Motivating care. U: Folbre N (Ur.) For Love and Money: Care Provision in the United States. New York: Russell Sage Foundation, str. 21–39.
17. Epstein R, Borrell F, Caterina M (2000.) Communication and mental health in primary care. Oxford: Oxford University Press.

18. Erci B, Sezgin S, Kaçmaz Z (2008.) The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian journal of advanced nursing* 26:59–66.
19. Farrelly S, Lester H (2014.) Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health and Social Care in the Community* 22:449–460 doi: 10.1111/hsc.12090.
20. Ferrari E (2006.) Academic education's contribution to the nurse-patient relationship. *Nursing Standard* 21:35–40.
21. Folbre N (2012.) *For Love and Money: Care Provision in the United States*. New York: Russell Sage Foundation.
22. Frankel RM (2017.) The Many Faces of Empathy: Biological, Psychological and Interactional Perspectives. *J Patient Exp* 4:55–56.
23. Goldman AI (2012.) Theory of Mind. <http://fas-philosophy.rutgers.edu/goldman/Theory%20of%20Mind%20Oxford%20Handbook.pdf> [pristupljeno: 27.04.2018.].
24. Goleman D (2015.) *Emocionalna inteligencija u poslu*. Zagreb: Mozaik knjiga.
25. Greenspan SI (2009.) *Sjajni klinici*. Buševac: Ostvarenje.
26. Gregurek R (2011.) *Psihološka medicina*. Zagreb: Medicinska naklada.
27. Griffin Perry A, Potter PA (2006.) *Clinical Nursing Skills and Techniques*. St. Louis: Elsevier Mosby
28. Griffith R (2013.) Professional boundaries in nurse-patient relationship. *British Journal of Nursing*, 22:1087–1088.
29. Hawamdeh S, Fakhry R (2014.) Therapeutic Relationships From the Psychiatric Nurses' Perspectives: An Interpretative Phenomenological Study. *Perspectives in Psychiatric Care* 50:178–185. doi: 10.1111/ppc.12039.
30. Hiskey S (2012.) Time to re-evaluate the therapeutic relationship. *Mental health practice* 15:34–35.
31. Hojat M (2007.) *Empathy in Patient Care, Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. New York: Springer Science
32. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Magee M (2003.) Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Semin Integr Med* 2003:25–41.
33. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M (2002.) Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry* 159:1563–1569.
34. Jaeger S, Weißhaupt S, Flammer E, Steinert T (2014.) Control Beliefs, Therapeutic Relationship, and Adherence in Schizophrenia Outpatients: A Cross-sectional Study. *Am J Health Behav* 38:914–923. doi: 10.5993/AJHB.38.6.13.
35. Jochimsen MA (2003.) *Careful Economics: Integrating Caring Activities and Economic Science*. Boston: Kluwer.

36. Jones RA (2013.) Therapeutic relationship with individuals with learning disabilities: a qualitative study of counselling psychologists' experience. *British Journal of Learning Disabilities* 42:193–203. doi:10.1111/bld.12028.
37. Jukić S, Antičević V, Švaljug D, Orlandini R (2016.) Emocionalna kompetentnost i empatija studenata zdravstvenih studija u Splitu. *Primaljski vjesnik* 20:7–11.
38. Kalauz S (2012.) *Etika u sestinstvu*. Zagreb: Medicinska naklada.
39. Keatings D, Bellchambers H, Bujack E, Cholowski K, Conway J, Neak P (2002.) Communication: Principal barrier to nurse-patient consumer partnerships. *International Journal of Nursing Practice* 8:16–22.
40. Kondo M (2017.) *Empathy-an evidence based interdisciplinary perspective*. Rijeka: InTech.
41. Kozier B, Erb G (2004.) *Fundamentals of nursing* (7 izd.). New Jersey: Pearson Education, str. 428–442.
42. Krznaric R (2014.) *Empatija: temeljna kvalitete za ostvarivanje revolucionarnih promjena u 21. stoljeću*. Zagreb: Planetopija.
43. Kutija M (2016.) *Empatija i rješavanje konflikata*. Prvostupnički rad. Pula: Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti.
44. Lamberton C, Leana C, Williams J (2013.) Measuring empathetic care: Development and validation of a self-report scale. *Journal of Applied Gerontology* 34:1028–53.
45. Lamm C, Majdandžić J (2015.) The role of shared neural activations, mirror neurons, and morality in empathy – A critical comment. *Neuroscience Research* 90:15–24.
46. Leana C, Meuris J, Lamberton C (2018.) More than a feeling: The role of empathetic care in promoting safety in health care. *ILR Review* 71:394–425. doi: 10.1177/0019793917720432.
47. Lučanin D, Despot Lučanin J. (2010.) *Komunikacijske vještine u zdravstvu*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
48. Mallett J, Dougherty L (2000.) *Manual of clinical Nursing Procedures*. (5. izd.). London: Blackwell Science.
49. Martin DJ, Garske JP, Davis MK (2000.) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a metaanalytic review. *J Consult Clin Psychol*, 68:438–50.
50. Masters K (2005) *Role development in professional nursing practice*. London: Jones and Bartlett.
51. McDonald NM, Messinger DS (2011.) *The Development of Empathy: How, When, and Why*. URL: https://www.researchgate.net/publication/267426505_The_Development_of_Empathy_How_When_and_Why?enrichId=rgreqbe63712c40178d813fe72ebb5751ae0eXXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzI2NzQyNjUwNTtBUzoxNjE5ODgwNTU0MTI3MzZAMTQxNTYzMjM3MDg3Ng%3D%3D&el=1_x_2&esc=publicationCoverPdf [pristupljeno:14.05.2018.]

52. Meleis AI (2011.) *Theoretical nursing: development and progress*. London: Lippincott Williams & Wilkins.
53. Milivojević TĐ (2015.) *Inflacija upotrebe reči empatija i emocionalizacija etike*. *Komunikacija i kultura online* 6:277–305.
54. Mirhaghi A, Sharafi S, Bazzi A, Hasanzadeh F (2017.) *Therapeutic relationship: Is it still heart of nursing?* *Nursing Reports* 7:4–9. doi:10.4081/nursrep.2017.6129.
55. Mok E, Chiu P (2004.) *Nurse-patient relationships in palliative care*. *J Adv Nurs* 48:475–83.
56. Morrall P (2001.) *Sociology and Nursing*. London: Routledge
57. Novak V (2017.) *Empatija med študenti zdravstvene nege*. Diplomski rad. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
58. Nowak M (2011.) *The Complicated History of Einfühlung*. *Argument* 1:301–326.
59. Nursing and Midwifery Council (2012.) *Maintaining Boundaries*. London: NMC.
60. Olderbak S, Wilhelm O (2017.) *Emotion Perception and Empathy: An Individual Differences Test of Relations*. *Emotion* 17:1092–1106.
61. Priest H (2014.) *Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i drugim zdravstvenim strukama*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
62. Raboteg-Šarić Z (1993.) *Empatija, moralno rasuđivanje i različiti oblici prosocijalnog ponašanja*. Disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet
63. Rakovec-Felser Z (2015.) *The Sensitiveness and Fulfillment of Psychological Needs: Medical, Health Care and Students*. *Coll. Antropol* 39:541–550.
64. Rogers K, Dziobek I, Hassenstab J, Wolf OT, Convit A (2007.) *Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome*. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37:709–715.
65. Seymour J, Ingleton C, Payne S, Beddow V (2003.) *Specialist palliative care: patients' experiences*. *J Adv Nurs* 44:24–33.
66. Shattell M, Starr S, Thomas S (2007.) *'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship*. *Int J Ment Health Nurs* 16:274–84.
67. Skilbeck J, Payne S (2003.) *Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care*. *J Adv Nurs* 43:521–530.
68. Slunjski I (2006.) *Altruizam, emocionalna empatija i samopoštovanje kod studenata humanističkog i nehumanističkog usmjerenja*. Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
69. Spiers J, Wood A (2010.) *Building a therapeutic alliance in brief therapy: the experience of community mental health nurses*. *Arch Psychiatr Nurs* 24:373–386.
70. Stanford Encyclopedia of Philosophy (2013.) URL: <https://plato.stanford.edu/entries/empathy/> [pristupljeno: 27.04.2018.]
71. Stickley T (2009.) *The concept of space in the context of the therapeutic relationship*. *Mental health practice* 12:28–30.

72. Stickley T, Freshwater D (2006.) The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental health practice* 9:12–18.
73. Tyrrell EF, Prior J (2016.) Nurses as agents of change in rehabilitation process. *JARNA* 19:13–20.
74. Veloski JJ, Hojat M (2006.) Measuring specific elements of professionalism. Empathy, teamwork and life learning. U: Stern DT (Ur.) *Measurement of Professionalism in Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
75. Vuković D, Bošnjaković J (2016.) Empatija, suosjećanje i milosrđe: psihološke i teološke perspektive. *Bogoslovska smotra* 86:731–756
76. Wertag A (2015.) Ispitivanje odnosa modela mračne trijade i pojedinih oblika empatije. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet.
77. Westbrook JI, Duffield C, Li L, Creswick NJ (2011.) How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Serv Res* 11:319. doi: 10.1186/1472-6963-11-319.
78. Williams AM, Irurita V F(2004.) Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 806–815.
79. Zaki J, Ochsner KN (2012.) The neuroscience of empathy: Progress, pitfalls and promise. *Nature Neuroscience*, 15:675–680.
80. Zubair A (2015.) Effects of stigma on therapeutic relationships. *Australian Nursing & Midwifery Journal* 22:34–35.

19. Životopis

Rođena sam 19. travnja 1994. godine u Varaždinu. Završila sam Osnovnu školu Ivana Rangera u Kamenici. Srednju medicinsku školu, smjer medicinska sestra/tehničar završila sam u Varaždinu. Po završetku srednje škole, upisala sam stručni preddiplomski studij sestrinstva na Sveučilištu Sjever kojeg sam završila 2016. godine s odličnim uspjehom i Rektorovom nagradom za najbolji uspjeh na Odjelu za Biomedicinske znanosti Sveučilišta Sjever. Iste te godine upisala sam sveučilišni diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. U sklopu studentskih akcija sudjelovala sam na obilježavanju Dana sive vrpce za oboljele od tumora mozga. Koautor sam nekoliko stručnih i znanstvenih radova, sudjelovala sam kao aktivni sudionik na 5. međunarodnoj znanstvenoj konferenciji „Za človeka gre: Interdisciplinarnost, transnacionalnost in gradnja mostov“ na Alma Mater Europaea u Mariboru 2017. godine, a zatim i iste godine na Psihošpanciru u Varaždinu. Imam položen vozački ispit za B kategoriju vozila.