Važnost komunikacije pacijenata i zdravstvenih djelatnika u zdravstvenim ustanovama

Dovođa, Vinka

Master's thesis / Diplomski rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:515008

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Vinka Dovođa

Važnost komunikacije pacijenata i zdravstvenih djelatnika u zdravstvenim ustanovama

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Vinka Dovođa

Važnost komunikacije pacijenata i zdravstvenih djelatnika u zdravstvenim ustanovama

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za medicinsku mikrobiologiju i parazitologiju pod vodstvom Doc.dr.sc. Zrinka Bošnjak i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2017./2018.

SADRŽAJ:

1. Sažetak……..…..4-5

2. Summary……..……6-7

3. Uvod…….8-9

4. Temelji komunikacijskih vještina……10

4.1. Otvorenost i ljubaznost……11

4.2. Empatija……..……11-16

4.3. Autoritet i asertivnost……..17-18

4.4. Vještina slušanja……19-24

5. Važnost medicinskog intervjua……..……..24-26

5.1. Pitanja u medicinskom intervjuu……..26-27

6. Komunikacija s osobama različitih dobnih skupina……27

6.1. Komunikacija s djecom …….27-28

6.2. Komunikacija s adolescentima……..29

6.3. Komunikacija sa starijim osobama……..……29-36

7. Komunikacija s osobama sa poteškoćama u komunikaciji……...36

7.1. Osobe koje pate od akutnog stresa ……..37

7.2. Emocionalno labilni pacijenti……..…37-38

7.3. Posebna zdravstvena stanja koja otežavaju komunikaciju……..38-39

8. Posebne okolnosti komunikacije s pacijentima i njihovim obiteljima…….40

8.1. Priopćavanje loših vijesti pacijentu i obitelji……...40-41

8.2. Priopćavanje loših vijesti roditeljima o stanju njihovog djeteta……41-42

9. Zaključak…….43-44

10. Zahvale……..……45

11. Literatura…….....…….46-47

12. Životopis……..…..48

SAŽETAK

Važnost komunikacije pacijenata i zdravstvenih djelatnika u zdravstvenim ustanovama

Komunikacija je ključna veza između medicinskog osoblja, pacijenata i njihovog uspješnog liječenja. Treba biti efikasna i kvalitetna, pa stoga mnogi čimbenici igraju značajne uloge u osiguravanju odgovarajuće komunikacije između osoblja i pacijenata. Također, komunikacija se može izraziti na mnoge načine, ali najvažniji načini komuniciranja su verbalnim i neverbalnim putem. U verbalnoj komunikaciji s pacijentima, medicinsko osoblje mora imati nekoliko čimbenika na umu kako bi pružilo ugodnu i učinkovitu komunikaciju primjerice empatiju, autoritet i asertivnost, aktivno slušanje, toplinu pri komunikaciji, ljubaznost i ostale. Potrebno je razviti verbalne vještine komunikacije kako bi se osigurao kvalitetan oporavak i dobri dojmovi pacijenata. S druge strane, neverbalni način komunikacije je suptilan i razmjerno teži za primijetiti. Zdravstveni djelatnici trebaju analizirati svoje pacijente i njihov govor tijela, način na koji razgovaraju i način na koji se ponašaju, te djelovati sukladno s njihovom povratnom informacijom. Zdravstveni djelatnici trebaju savladati komunikacijske vještine još za vrijeme školovanja, a kasnije ih u praksi koristiti i usavršavati za dobrobit pacijenata, uključujući verbalni i neverbalni aspekt komunikacije. U svakodnevnici, osoblje će biti u kontaktu s pacijentima uglavnom u obliku medicinskih intervjua za vrijeme liječenja i u fazi oporavka.

Komunikacija između pacijenata i zdravstvenih djelatnika može dovesti u pitanje naše vlastito poimanje komunikacije, kao i načine na koji sebe nastojimo učiniti razumljivima osobama s kojima smo u interakciji. Komuniciranje s pacijentima nas često dovodi do toga da se zapitamo kakav nam je ton, koje riječi koristimo, kakav nam je govor tijela i može nas podsjetiti da komunikacija nije samo pričanje nego također i slušanje. Primjerice, zamislimo da postojeći tekst nismo u stanju pročitati, reći nekome nešto o tom tekstu, naći riječi kojima bismo se izrazili. Sve su to stvari koje iskusni komunikator (sugovornik) mora znati prepoznati, prilagoditi se trenutnom stanju te izabrati najbolju tehniku komuniciranja i način kojim će najbolje

pomoći osobi s kojom komunicira u tom trenutku. Ove vještine komuniciranja stječu se praksom i iskustvom, a za njihovo je stjecanje potrebno vrlo mnogo rada, znanja i strpljenja.

Ključne riječi : komunikacija, medicinski intervju, komunikacija s posebnim skupinama

SUMMARY

Importance of communication between patients and health workers in health care institutions

Communication is the key link between medical staff, patients and their successful treatment. It needs to be stable and constant, and therefore many factors play their significant roles in insuring appropriate communication between staff and patients. Also, communication can be expressed in many ways but most important means of communication is verbal nad nonverbal. In verbal communication with patients, medical staff must keep few factors on their mind to provide comfortable nad efficient communication such as empathy, authority and assertiveness, active listening, warmth while communicating, kindness and others. They need to have developed verbal skills of communication in order to be able to condition fast and quality recovery. On the other hand, nonverbal means of communication are subtle, and more difficult to notice. Every person among medical staff needs to analize their patients and they body language, the way they talk and the way they behave and act responsibly with the input they are recieving from patients. These communication skills need to be mastered during education and later on n practice to be used for wellbeing of the patients, including verval and nonverbal informations they're outputing to the patients. In everyday aspect, staff will be in touch with the patients mostly in form of medical interviews during healing process and recovery phases.

Communication between patietns and medical staff can question our own perception of communicating, as well as ways of making ourselves more rational with the subject of our interaction. While interacting with patients, medical staff not only recall the look of the patients, they also recall their voice tone and body language. These facts are the backbone of hypothesis that communication is just „talking“, it is a complex of interactions such as body language, as well as active listening on the staff side. For example, patients often feel like they can't verbalise their states. Therefore they use mimics, body language and their voice tone to emphasize and describe the feeling that's giving them troubles. These are the tasks of medicall staff;

to recognize the way of communicating, understand it and verbalise it succesfully. For the sake of succesfull healing of the patients, medicall staff need to posess certain communication skills, and they need to adapt to every patient.

Key words: communication, medical interview, communication with special groups

UVOD

Komunikacijske vještine su skup aktivnosti kojima je svrha prenošenje informacija i značenja kroz zajednički sustav znakova (1). Sama riječ komunikacija potječe od latinske riječi *communicare* – dijeliti, a predstavlja radnju prenošenja informacija s jednog mjesta do drugog. Pri tom činu, informacija se mora formirati u skladu sa sustavom u kojem se informacija želi prenijeti. Komunikacija je vezivno tkivo društva, i predstavlja najvažniju i najkorisniju sposobnost pojedinca i u njegovom životu.

Tijekom ljudske povijesti, komunikacija je evoluirala paralelno uz ljudski napredak u svakodnevnom životu. Počevši od usmene komunikacije, koja je donijela glasovne simbole u svijet čovjeka, do pismene komunikacije, koja predstavlja asocijaciju materijalnog simbola na papiru, i glasovnog simbola što ga sam čovjek proizvodi, komunikacija se osim na usmenu i pismenu razvila i u druge grane komunikacije. Obzirom na raznolikost sustava u kojima se neka informacija može prenijeti, komunikacija se može raščlaniti na verbalnu i neverbalnu, pismenu, interpersonalnu i intrapersonalnu, zatim formalnu i neformalnu, te javnu komunikaciju (1).

Unutar javno – zdravstvenog aspekta, formalna komunikacija je temelj komunikacije pacijenata sa zdravstvenim osobljem. Obuhvaća najprije pismenost zdravstvenih djelatnika, te njihovu profesionalnost ali i pristupačnost u komunikaciji s pacijentima. Neformalna komunikacija je u zdravstvenim ustanovama jedino primjerena u obliku prijateljskog razgovora osoblja u pauzi za ručak, no u kontaktu s pacijentom bi se trebala izbjegavati. Verbalna komunikacija je prije svega svjestan čin i predstavlja intervju pacijenta i medicinske sestre, doktora i pacijenta ili kirurga i doktora. Neverbalna komunikacija je posljedica ljudske podsvijesti, i kao takva se očituje najčešće kod pacijenata. Lupkanje stopala o pod, sklopljene ruke, izbjegavanje kontakta očima, glasan ili tih govor, znojenje i drhtav glas su najčešći simptomi tjeskobnih pacijenata koji stupaju u čin komunikacije s medicinskim osobljem. Pismena komunikacija predstavlja, na primjer, uputnica pacijentu. Javna komunikacija predstavlja, u pogledu javno – zdravstvenog opsega, obraćanje

zdravstvenih djelatnika javnosti putem radija, novina, interneta, ili televizije o promicanju zdravlja, prevenciji bolesti ili o mogućim aktualnim bolestima.

Razlikujemo internu poslovnu komunikaciju i eksternu poslovnu komunikaciju. Interna poslovna komunikacija se odnosi na prenošenje informacija unutar nekog poslovnog objekta. U opsegu javno - zdravstvenih poslovnih objekata, takav tip komuniciranja nalazimo unutar doma zdravlja, klinike, poliklinike, kliničko – bolničkog centra. Primjeri su sastanci osoblja bolnica, dnevne komunikacije sestara i doktora s pacijentima, te komuniciranje s nemedicinskim osobljem unutar javno – zdravstvenog okružja. Eksterna komunikacija se odnosi na komuniciranje poslovnog objekta, tj. poduzeća s okolinom i drugim čimbenicima društva. Komuniciranje dviju zdravstvenih ustanova o transferu pacijenta je klasični primjer potonje komunikacije, no očituje se kao i kontakt bolnice i tvrtke za nabavu medicinskog materijala.

Komunikacija je u svim opsezima društva iznimno važna sposobnost priopćavanja namjere i prenošenja informacija. U javno – zdravstvenom opsegu komunikacije pacijenta sa zdravstvenim djelatnicima, uspješan prijenos informacija je od presudne važnosti. Kvalitetno komuniciranje predstavlja sudbinu dobrog i uspješnog liječenja, te kvalitetnog i brzog oporavka. Pri tome, zdravstveno osoblje mora biti sposobno prepoznati i koristiti svaki oblik komunikacije, kako bi se osiguralo najuspješnije liječenje i oporavak pacijenta koje je moguće pružiti.

Sestrinska dokumentacija služi kao komunikacijska metoda kojom međusobno komuniciraju svi oni koji su uključeni u zdravstveni sustav i skrb oko bolesnika (zdravstveno osoblje, zdravstveni suradnici, bolesnik, obitelj i institucije zdravstvenog osiguranja). S obzirom na to da se veliki dio informacija u društvu razmjenjuje u pisanom obliku, visoka razina pismenosti je uvjet ravnopravnog sudjelovanja u procesu komunikacije (2).

TEMELJI KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA

Pacijenti često osjećaju nerazumijevanje i neuvažavanje njihove uloge i značaja u samom procesu pružanja zdravstvene usluge. Zbog toga je važno uspostaviti kontinuiranu vezu i pravovremenu komunikaciju koja će utjecati na njihovo pozitivno iskustvo i ponuditi vještine i znanja za efektivnu komunikaciju i izgradnju cjelovitih sustava upravljanja kvalitetom u zdravstvu (3).

Savladavanje komunikacijskih vještina u zdravstvenih djelatnika bi se trebalo završiti već na kraju studiranja određenog zdravstvenog studija (medicina, sestrinstvo, dentalna medicina, uže specijalizacije..). Dakako, nadogradnja znanja i stjecanje, te usavršavanje znanja i vještina tijekom rada djelatnika su značajne u komunikaciji s pacijentima.

Kako bi zdravstveni djelatnik uopće mogao pristupiti u kvalitetan kontakt s pacijentima, mora posjedovati cjelokupnu sliku svoje osobnosti i svoga „ja“. Zdravstveni djelatnici se moraju ponašati profesionalno i u skladu sa svojim kompetencijama. Oni moraju imati stabilno i uspostavljeno samopoštovanje i konstruirani i stabilni „self“, otvorenost, ljubaznost i toplinu, dobrodušnost i širokoumnost, empatiju i vještinu aktivnog slušanja. U svakodnevnom radu se pak najveća važnost pridaje empatiji, aktivnom slušanju, uspostavljanju autoriteta (4).

Ukoliko zdravstveni djelatnici ispunjavaju uvjete vještina komunikacije, što se od njih i očekuje u aspektu profesionalnosti i poštovanja prema drugima ali i sebi, komuniciranje s pacijentima biti će uvelike ubrzano ali i olakšano. Potencijalni sukobi i isplovljavanje interesa pacijenata i djelatnika biti će „puferirani“, a proces uspostavljanja dijagnoze, dijagnostička mjerenja, liječenje i oporavak biti će pravovremeni, precizni i kvalitetni.

Komunikacija u sestrinstvu zauzima značajno mjesto u praksi te se sve više prepoznaje kao vještina o kojoj uvelike ovisi zadovoljstvo pacijenata. Uspješnost kvalitetnog odnosa između medicinske sestre i pacijenta ali i interdisciplinarnog timskog rada kao i mogućnost kvalitetnog promicanja uloge i statusa medicinske sestre u društvu uvelike ovisi o njenim komunikacijskim vještinama.

OTVORENOST I LJUBAZNOST

U svakodnevnom dodiru s pacijentima, zdravstveni djelatnici trebaju pokazivati interes za tegobe pacijenata, i moraju biti otvoreni. To se postiže i verbalnim i neverbalnim načinom. Neverbalnim načinom se otvorenost manifestira tako što djelatnik neće imati prekrižene ruke i noge pri razgovoru s pacijentom. Također, gledat će pacijenta u oči, a „kroz“ pacijenta ili u pod. Govor će biti glasan i jasan, a ne tih i spor. Otvorenost u verbalnom aspektu se postiže od prve sekunde kontakta s pacijentom – pozdravom. Bez pozdrava se djelatnik doima zatvoreno, sebično i prezaposleno, a pacijent se osjeća zapostavljeno. Nadalje, pacijenta treba pitati otvorenim i zatvorenim tipom pitanja, povremeno ga zaustavljati i naravno pravovremeno ubaciti svoj komentar. Otvorenost pomaže da pacijent doživi zdravstvene djelatnike kao normalna ljudska bića (5).

Ljubaznost se s druge strane mora iskazivati paralelno sa poštovanjem prema pacijentu. Na primjer, ako medicinska sestra uoči da se pacijent „muči“ s urinarnim kateterom, priupitat će ga može li mu ikako olakšati situaciju. Doktori će s druge strane djelovati na sličan način, no oni će pokušati ublažiti na primjer bolove, propisivanjem terapije koju će medicinske sestre ili tehničari dati po njegovom nalogu. Između toga, svaki zdravstveni djelatnik mora poštovati bolesnika, u kakvom god stanju on bio i zbog bilo koje tegobe zbog koje mora posjetiti zdravstvenu ustanovu.

EMPATIJA

U komunikaciji između pacijenata i zdravstvenih djelatnika empatija je opisana kao sposobnost što točnijeg razumijevanja, osjećaja, želja ideja i ponašanja druge osobe te sposobnost da se to razumijevanje i pokaže (5-8).

Stečenu sposobnost prepoznavanja, razumijevanja i identificiranje osjećaja druge osobe samome sebi, u psihološkoj terminologiji naziva se empatijom. Bez empatije, javno – zdravstvena mreža bila bi suhoparna, beznačajna i neučinkovita, bez naglaska na pacijenta. Svaki djelatnik mora imati sposobnost empatije pri komunikaciji i kontaktu s pacijentima, kako bi se lakše mogla osvijestiti težina tegobe

koju proživljava pacijent. Također, empatičnoj osobi je lako može procijeniti emocionalnu percepciju i psihološko stanje pacijenta, što je osobito važno u djelatnika koji rade u psihijatrijskim ustanovama. Općenito govoreći, empatija bi trebala biti jednako važna u svim vrstama zdravstvenih ustanova i u svih zdravstvenih djelatnika. Ona se mora uvježbati vježbanjem i razgovaranjem, no najčešće je ili jako izražena u djelatnika, ili je jako potisnuta. Na primjer, empatičnim djelatnicima poput medicinskih sestara i tehničara, psihijatra, pedijatra razumijevanje osjećaja koje proživljava pacijent ne predstavlja prepreku, dok kirurzima, zbog minimalnog kontakta s pacijentima, empatija ne predstavlja jaču stranu u komunikaciji (9).

Verbalizacija empatije

Empatija je sposobnost koju pojedinac može naučiti i iskusiti, no iskusni zdravstveni djelatnik znati će ju pravovremeno verbalizirati. To znači da će pri komuniciraju s pacijentom zdravstveni djelatnik procijeniti emocionalne stanje pacijenta, te eventualno propitati pacijenta i potaknuti ga da objasniti potencijalne brige, ali i znati utješiti pacijenta.

U trenucima kada djelatnik verbalizira empatiju, ponoviti će ključnu riječ koju pacijent izgovara, te će ju ukomponirati u utješnu rečenicu. Osnovno načelo verbaliziranja empatije je „mirroring“, ili zrcaljenje. Na primjer, ukoliko pacijent kaže da se boji lumbalne punkcije, djelatnik će reagirati i reći da se nema razloga bojati, jer je to proces u kojem igla nikad neće moći doći u kontakt sa živcima (anatomski gledano, radi se o caudi ecquini, no korištenje latinskog naziva rezultirati će još većim strahom i anksioznosti), te se radi o neinvazivnom uzimanju uzorka likvora. Zatim će djelatnik napomenuti da postoje određene nuspojave nakon procesa (10).

Djelatnici moraju verbalnom komunikacijom uočiti anksioznost pacijenata, i svojom empatijom kao motivom, pokušati utješiti i smiriti pacijenta. Neverbalne znakove anksioznosti i straha je teže prepoznati. U svakome danom trenutku zdravstveni djelatnici moraju obraćati pozornost na nesvjesne signale što ih odašilju

pacijenti neverbalnom komunikacijom. Pacijenti su često plašljivi i anksiozni u zubnim ordinacijama. Dobar će zubar, prepoznati ukoliko se pacijent prije brušenja zuba počne znojiti, stiskati šake i fokusirati svoj pogled na brusilicu, iako ju još zubar nije ni primio u ruke. Ukoliko pacijent nije verbalizirao svoj strah, zubar treba verbalizirati svoju empatiju, i utješiti te primiriti pacijenta.

Verbaliziranje empatije u zdravstvenih djelatnika je osobito potrebna vještina koju svi zdravstveni djelatnici trebaju imati. Bez empatije djelatnika, pacijenti gube povjerenje u liječenje, postaju anksiozni i sumnjičavi. Liječenju se prema nekim podacima pacijenti i opiru ukoliko zamijete da se djelatnici prema njima tretiraju kao s „materijalom“ (4).

Ukoliko na primjer, zubar, ne objasni zašto će vršiti određeni zahvat, ili ne verbalizira i ne iskaže empatiju uplašenome pacijentu, on će jednostavno odbiti liječenje jer ne zna što će mu biti nakon i tijekom zahvata, ali i zbog straha od boli. Ostale grane medicine, poput neurologije, kardiologije, endokrinologije, oftalmologije, otorinolaringologije i dr., u kojima su pacijenti u vizualnom kontaktu s većim aparatima, spravama i kirurškim alatima, također su poznate po tome što pacijenti odbijaju liječenje. Na primjer, ukoliko u pacijenta zbog infarkta desnoga srca dođe do teškog edema lijeve noge, potom krvarenja i neizbježne infekcije lijeve noge, pacijent će se teško nositi sa spoznajom da je odluka kardiologa i ortopeda amputacija lijeve noge. Ukoliko oba specijalizanta u timskom radu s medicinskim sestrama i psiholozima, ne obrazlože razlog amputaciji i ne verbaliziraju empatiju unesrećenom, pacijent će odbijati amputaciju usprkos tome što bez amputacije riskira život. Pacijentu je „draže“ zadržati nogu ukoliko zdravstveni djelatnici pokažu neiskustvo, te ne verbaliziraju empatiju i ne obrazlože pacijentu zbog čega je amputacija neizbježna.

Brži oporavak, poštivanje pacijenata na razini psihološkog stanja, ugodniji medicinski intervju, ugodniji boravak u zdravstvenim ustanovama nisu mogući bez empatije i njenog verbaliziranja. Pacijentu je bez utjehe, smirenja, obrazloženja medicinskih postupaka percepcija zdravstvene mreže hladna, mehanička, škrta i uskogrudna. Također, empatijom zdravstveni djelatnici pokazuju pacijentima da im je stalo.

Tehnika izražavanja empatije neverbalnom mimikom

U prošlom odlomku je zaključeno da je verbalizacija empatije nužna kako bi se pacijenti utješili, umirili te kako bi se njihov strah i briga utažila. U ovom odlomku biti će opisana tehnika mimike, koja se izvršava neverbalnim putem, a krajnja joj je svrha iskazati empatiju pacijentu. Cilj upotrebe ove tehnike je pokazati brigu i razumijevanje neverbalnim putem, u skladu s informacijama koje pacijent prenosi djelatniku.

Jednostavnim facijalnim izrazima, poput sreće, osmijeha, mrštenja, izraza zabrinutosti, ali i u nekim situacijama ljutnje, zdravstveni djelatnici mogu izraziti empatiju pacijentima. Tako se izraz sreće koristi u trenucima kada pacijent kaže da se osjeća bolje, na primjer nakon ozdravljenja od gripe. Jednostavnim osmijehom, djelatnik pruža ohrabrenje i ponos na pacijenta, točnije na suradnju pacijenta i samog djelatnika, jer je suradnja rezultirala uspješnim putem ka izlječenju.

Izrazima kao što su mrštenje i ljutnja, djelatnici izražavaju nezadovoljstvo ili nelogičnost u informacijama koje prenosi pacijent. Na primjer, ukoliko starija pretila muška osoba, sa 162 kilograma, hipertenzijom, poteškoćama u kretanju, te edematoznim nogama prenese djelatniku da nikako ne uspijeva smanjiti unos hrane, te da neredovito uzima tablete za sniženje tlaka, djelatnik će izraziti licem nezadovoljstvo. Pritom je cilj grimase potaknuti pacijenta na kretanje, smanjen unos hrane i redovito uzimanje tableta za sniženje tlaka. Određeni pritisak se mora vršiti na pacijenta ako su sami pacijenti odgovorni za liječenje. Mrštenjem se želi osvijestiti odgovornost pacijenta na utjecaj koji mora izvršiti na svoje zdravlje, kako bi ga poboljšao.

U drugim slučajevima, kao što su na primjer priopćenje teške vijesti pacijentu, ili dapače pacijentovoj obitelji, izraz tuge je najprimjereniji i nužan, kako bi djelatnik izrazio svoju brigu. Na primjer, ukoliko pedijatar priopćuje novopostaloj majci, da je posljedica kompliciranog i vremenski dugog poroda (više od 6 sati) opsežno krvarenje u mozgu novorođenčeta, te da su izgledi preživljavanja i normalan razvoj izuzetno mali, mora koristiti izraz tuge, te ostale neverbalne znakove, kako bi iskazao empatiju. To su između ostalog blaga pognutost glave, dublji ton glasa i izravan kontakt očiju (11).

Najčešće se zdravstveni djelatnici susreću s lakšim slučajevima u svome svakodnevnom radu, koji se mogu manifestirati kao glavobolja pacijenata, zubobolje, bolovi u udovima zbog fizičke ozljede, bol u trbuhu, mučnina i druge. U ovakvim primjerima djelatnik se može primiti za ozlijeđeno područje, prije nego što dotično i pregleda na pacijentu. Na primjer pri akutnim upalama crvuljka, djelatnik može demonstrirati na sebi područje boli, koje opisuje pacijent, pri čemu se može koristiti tehnikom mimike lica, sugerirajući bol. Naravno da se pregled neće svesti na demonstracije, nego će djelatnik pregledati subjekt pacijentove boli.

Pogreške pri iskazivanju empatije

Empatija je uvijek korisna u svakodnevnom radu zdravstvenih djelatnika, no iskazivanje empatije na neprikladan način, ne iskazivanje empatije ili strah od iskazivanja empatije samo su neki od grešaka pri iskazivanju empatije. Najčešća greška u iskazivanju empatije je strah od iskazivanja. Muški djelatnici, osobito kirurzi, često imaju strah od potonjeg (9).

Strah od iskazivanja empatije je posljedica anskioznosti samog djelatnika. On je nerealan, te može biti štetan. Ohrabrenje je najemocionalnija empatična reakcija koju pojedini djelatnik može iskazati. Pacijenti hematološko – onkoloških zavoda su najranjiviji hladnoćom djelatnika, te njihovom ne empatičnosti. Upravo je u takvim situacijama potrebno prepoznati verbalne i neverbalne znakove straha, brige i anskioznosti u pacijenata, te je dužnost djelatnika ohrabriti takve pacijente u njihovom liječenju i reagirati na prikladan način.

Iskazivanje empatije na neprikladne načine je posljedica neiskustva zdravstvenih djelatnika. Ono označava pretjerane, nepotrebne, krivo procijenjene, i pretjerano reflektirane odnosno mimicirane iskaze empatije. Primjerice, tipična je greška ne iskazivanje empatije neiskusnih djelatnika kod starijih osoba. Takvim se pacijentima djelatnici doimaju nezainteresiranima, „zločestima“, nebrižnima te ne kapacitiranima. Pretjerano reflektiranje pri iskazivanju empatija se očituje čestim ponavljanjima određene riječi u kojima je djelatnik prepoznao strah, primjerice ako djelatnik pretjerano izgovara glagol „bojati se“ i sve njegove inačice. Krivo

procijenjeno iskazivanje empatije donosi potencijalno najveću neugodu pri suradnji pacijenta i djelatnika. To je čest slučaj u određivanju emocionalnog stanja pacijenata s psihološkim problemima, ali i pacijenata koji su u razvoju kao što su djeca i adolescenti.

Potpuni izostanak empatičnog iskaza je velika greška u radu djelatnika s pacijentima. Na primjer, u pacijenata koji pate od teškog neliječenog dijabetesa melitusa, može doći do Cheyne – Stokesovog disanja (12). To je posljedica dobivanja energije metaboliziranjem masnih kiselina, pri čemu se oslobađaju kisikovi radikali, koji za uklanjanje trebaju aktivaciju makrofaga, eozifinofila i neutrofila, što uzrokuje još veću metabolizaciju masnih kiselina. Pojačani metabolizam masnih kiselina, nadalje, uzrokuje povećano otpuštanje ugljikova dioksida te vodikovih iona. Povećane koncentracije ugljikovog dioksida u najvećoj mjeri djeluju na centralni respiracijski centar smješten bilateralno, u nucleusu tractusu solitarii, nucleusu amiguusu, retroambiguusu i u nucleus parabrachialisu medulle oblongate. Rezultat djelovanja potonjih na dišni centar je hiperventilacija, kojom se naglo uklanja ugljikov dioksid iz krvi, koji kad se ukloni, vrača respiracijski ciklus u normalni fiziološki ritam. No izostanak hiperventilacije uzrokuje nakupljanje ugljikovog dioksida i vodikovih iona u krvi, što će na kraju rezultirati hipoventialcijom. Ukoliko se ovakav opširan opis Cheyne – Stokesovog disanja (12) ne predstavi jednostavnije pacijentu, koji zamjećuje promjene u svome disanju, on neće dati povjerenje liječničkom timu koji mu želi ozdravljenje. Pogotovo jer pri ovakvom detaljnom opisivanju bolesti se ne može pravilno iskazati empatija.

U ovom slučaju, pacijentov problem se mora opisati kao posljedica neliječenog dijabetesa melitusa, te da će se njegovo disanje vratiti u normalno stanje (kao i ostali simptomi) nakon uzimanja inzulina i natrijevog hidrogenkarbonata (soda bikarbona) u trenucima kada je potrebno. Pri tome se, kao što je prethodno spomenuto, ne smije koristiti latinsko nazivlje i detaljna fiziološka podloga bolesti, ali mora se iskazivati empatija, te utješiti i ohrabriti dotičnog pacijenta.

ASERTIVNOST I AUTORITET

Asertivnost nije osobina, već naučeno ponašanje koje obuhvaća skup osobina kao što su razumno ponašanje i racionalnost, neagresivnost, poštovanje drugih, isticanje u pozitivnome kontekstu, te započinjanje interakcije s ljudima i okolinom, te brza prilagodba i prikladna reakcija u kontekstu sa situacijom u kojemu se pojedinac nalazi. Autoritet zdravstvenih djelatnika u zdravstvenim ustanovama se mora uspostaviti u kontekstu asertivnosti (4).

Racionalnost zdravstvenih djelatnika i neagresivnost

Zdravstveni djelatnici su „normalni ljudi“, oni posjeduju naučene vještine i znanje, koje većina možda ne posjeduje, ali to ih ne čini drukčijima. Svakodnevni rad i emocionalno stanje djelatnika mogu utjecati na njihovo djelovanje i dnevne kontakte s drugim zdravstvenim osobljem i pacijentima. Na primjer, ukoliko zdravstvenom djelatniku premine roditelj, takva situacija dovesti će ga u labilno emocionalno stanje tijekom sljedeći nekoliko tjedana. Takvo emocionalno stanje može utjecati na razgovor s pacijentima, te će se djelatnik doimati nezainteresiranim, hladnim, i neprofesionalnim. Dakle, komunikacija će s pacijentima, ali i s drugim osobljem gubiti na kvaliteti. I u najtežim situacijama i najlabilnijim emocionalnim stanjima zdravstvenih djelatnika, djelatnici moraju ostati pribrani, te moraju potisnuti svoje osobne osjećaje za vrijeme boravka na radnom mjestu. Interferencija emocionalnog stanja ne smije biti dozvoljena, jer se posljedice osobnih emocija gotovo uvijek manifestiraju na račun pacijenata i na kvalitetu njihovog liječenja (4).

Neagresivnost pri komunikaciji i interakciji s okolinom gotovo je preduvjet za stabilnu efikasnost djelatnika. Na primjer, ukoliko se bilo kojem djelatniku kćer ili sin loše ponašaju na nastavi tijekom dužeg vremenskog perioda, djelatnik će napetost i ljutnju prenijeti i na radno mjesto, te će biti frustriran činjenicom da se stanje teško popravlja.. Ukoliko zapitkiv i strašljiv pacijent „zadesi“ dotičnog djelatnika, djelatnik mora ostati pribran i racionalan, te ne smije dozvoliti iziritirati se, te povisiti glas, ili čak udariti pacijenta, čak i ako pacijent često traži objašnjenja i odgovore, te da se

isti moraju više puta ponoviti kako bi pacijent shvatio i razumio odgovor na svoje pitanje.

Prikladno ponašanje u situacijama na radnom mjestu

Zdravstveni djelatnici moraju bit adaptibilni, te reagirati i ponašati se u skladu s kontekstom situacije. U „hitnim i teškim situacijama“, nezainteresiranost, tvrdoglavost te tromost nisu poželjne osobine, čak i ako je djelatnik izmoren. U „lakšim“ situacijama, paranoičnost i paničarenje također nisu prikladno ponašanje djelatnika.

Primjerice, u razgovoru s mladim pacijentom koji često navraća na preglede debelog crijeva zbog sumnje na karcinom, iako svi nalazi ukazuju na zdravo debelo crijevo, zdravstveni djelatnik mora biti asertivan. Dakle, mora se založiti te objasniti da ne postoje nikakve predispozicije i indikacije na karcinom debelog crijeva. Ne smije dozvoliti pacijentu da vodi razgovor ka zakazivanju novog termina pregleda i ne smije dozvoliti nastanak panične i paranoične atmosfere. Djelatnik mora aktivnim slušanjem probrati sve informacije koje odašilje pacijent, razumjeti ih i povezati ih sa svojim znanjem, te zaključiti da je pacijent hipohondričar, te adekvatno s tim činjenicama, uputiti ga psihijatru, kako pacijent ne bi naškodio sebi i drugima.

Adaptibilnost djelatnika na situaciju mora biti jedna od osnovnih karakteristika i preduvjeta za rad. Naime, ako se u noćnoj dežurnoj smjeni koja nije toliko napeta koliko je tijekom dana, doveze pacijent u teškom stanju koji je sudjelovao u teškoj prometnoj nesreći, svo osoblje se mora „aktivirati“. Njihova neformalna komunikacija mora istog trenutka prestati, tromost i letargičnost se moraju zamijeniti alertnosti i spremnosti, te moraju reagirati gotovo istog trenutka kako bi mogli pružiti brzu medicinsku pomoć. Suprotno tome, ako zdravstveni djelatnici s hitne operacije nastavljaju s normalnim radom s pacijentima koji u danom trenutku nisu u teškome zdravstvenome stanju, djelatnici se moraju primiriti i dovesti u staloženo i racionalno stanje. Ako sljedeći pacijent sa simptomima bronhitisa (koji u kontekstu nije toliko zahtjevan koliko je bila hitna operacija) dolazi u sredinu gdje se odigrala dotična situacija, djelatnici ne smiju stvoriti užurbanu i napetu atmosferu.

VJEŠTINA SLUŠANJA

Intervjuer u medicinskom intervjuu za kvalitetnu ali i brzu analizu podataka koje prenosi pacijent, mora posjedovati izvježbanu vještinu slušanja. Informacije koje prenosi pacijent moraju biti asocirane s potencijalnim problemima, rješenjima i činjenicama koje je svaki zdravstveni djelatnik usvojio za vrijeme studiranja.

Kako bi se ubrzao medicinski intervju, i uspostavila kvalitetna i precizna dijagnoze, intervjuer mora biti svjestan svake informacije koje prenosi pacijent. Intervjuer mora slušati prepoznati svaki potencijalni zdravstveni problem i poteškoću, te ih povezati sa svojim znanjem. Svaki oblik komunikacije koju pacijent prezentira zdravstvenom djelatniku, mora biti prepoznat i asociran radi kvalitetnijeg medicinskog intervjua, te naposljetku radi uspješno postavljene dijagnoze.

Vještina slušanja je također bitna, jer se djelatnik uvijek mora nadovezivati pitanjima na odgovore pacijenta. Na primjer, ukoliko pacijent kaže da zadnjih par dana puno pije vode (asocijacija: polidipsija), puno mokri (asocijacija: poliurija), te puno jede (asocijacija: polifagija), i unatoč povećanom unosu hranjivih tvari, naglo mršavi (asocijacija svih simptoma na potencijalni dijabetes melitus ili dijabetes insipidus), sljedeće pitanje djelatnika ne smije biti: „Jeste li kao dijete imali vodene kozice?“, nego: „Kada ste primijetili promjene? Uzimate li inzulin? Imate li nalaze endokrinologa?“. Ukoliko djelatnik postavlja neprecizna pitanja, koja se ne nadovezuju na prošla pitanja, prošle odgovore pacijenata, i ako ne prepozna, između ostalog, neverbalnu komunikaciju, intervju će biti „promašen“, a dijagnoza će se svesti na „dođite opet za par dana na pregled“.

Pravovremeno primjećivanje simptoma i neverbalne komunikacije nikada ne može rezultirati nekvalitetnom dijagnozom. Zato je vještina komunikacije važna u zdravstvenih djelatnika, da slušaju što im pacijenti prenosi, te da reagiraju s odgovornošću u skladu s pacijentovim inputom.

Aktivno slušanje

Aktivno slušanje, je za razliku od pasivnog slušanja, slušanje s razumijevanjem, koje je paralelno udruženo s rješavanjem problema i povezivanjem činjenica izgovorenih od strane govornika, te pamćenje najrelevantnijih podataka. To je aktivan proces u kojem se od zdravstvenih djelatnika očekuju da slušaju, razumiju, i povežu iznesene činjenice sa svojim znanjem ne samo informacijama iznesenih verbalnom komunikacijom, nego i neverbalnom komunikacijom. Konačni rezultat aktivnog slušanja je povratna informacija, koju djelatnik iznosi pacijentu.

Pri komunikaciji sa svakim pacijentom, zdravstveni djelatnici moraju imati na umu tri stvari, a to su: podaci koje iznosi pacijent, način na koje su izrečene, te neverbalni znaci koji se očituju kao nesvjesno isplovljavanje podsvijesti pacijenta. Aktivnim slušanjem, bolje rečeno opažanjem, djelatnik prikuplja sve dostupne informacije iz izvora; pacijenta. Djelatnici moraju biti sposobni prepoznati važne podatke, razumjeti ih, povezati ih sa svojim znanjem, analizirati način na koji su podatci izneseni, te pratiti neverbalno odašiljanje signala (4).

Probiranje podataka

Probir podataka i dodjeljivanje značaja informacijama je prvi korak u aktivnom slušanju. U ovom procesu, probiru se najrelevantnije informacije, mogu se nazvati i „triggeri“ jer okidaju povećanu pažnju djelatnika.

Biti će prikazan sljedeći slučaj. U ordinaciju doktora opće prakse je došla 22 – godišnja pacijentica, prosječne visine, normalne težine, bez prethodnih preboljenih težih bolesti. U intervjuu s djelatnikom se prezentira kao profesionalnom plivačicom, bez ijedne dosadašnje povrede. Navodi koliko je dugo trenirala plivanje, te koliko se ozbiljno bavi time. Dakle, izuzev relativno nevažnih informacija(u kontekstu slučaja, nisu od presudne važnosti) poput datuma rođenja i imena, prvi triggeri su za sad činjenica da pacijentica nije pretrpjela nikakve teže ozljede, te da se bavi profesionalnim plivanjem. Nadalje, pacijentica navodi kako je došla zbog neobjašnjenog umora u proteklih zadnjih 2 mjeseca. Obrazložila je da je razlog

nezabrinutosti za umor bilo temeljno pripremanje za državno natjecanje, na kojem je prisustvovala. No nakon natjecanja, i nakon pauze od tjedan i pol dana, umor se nastavio manifestirati. Od tada ne trenira, jer želi saznati uzrok umora. Dakle, trigerri za djelatnika su kronični umor, te da uzrok tom umoru nije naporni fizički rad. Dapače, umor se nastavio manifestirati. Sljedeći korak bi bio pitanje djelatnika, da pacijentica opiše umor.

Pacijentica se izjašnjava da ujutro ne osjeća umor, no da se za vrijeme pauze navečer osjeća „*strgano*“, kao da je odradila dvostruki intenzivni trening. Primijetila je da uz umor kao osjećaj stanja „duha čovjeka“, osjeti slabost gotovo u svakom mišiću. Primijetila je da su joj kapci navečer spušteni, te da vidi dvosliku. Ta ista dvoslika, umor, slabost, te spušteni kapci se ne pojavljuju ujutro. Triggeri koji najviše okidaju pažnju djelatnika, su slabost, dvoslika i umor, te spušteni kapci, koji se javljaju pri kraju dana, usprkos tome što se pacijentica već dulje vrijeme ne bavi plivanjem. Također, djelatnik će postaviti potpitanja da pacijentica pokuša vjerno objasniti simptome.

Prva poveznica koja djelatniku mora sinuti je myasthaenia gravis. Sukladno tome, upitati će pacijenticu, da li poznaje nekog iz njene obitelji tko je imao slične simptome, jer je riječ o prije svega autoimunoj bolesti, nasljednog karaktera. Tijekom cijelog će procesa, naravno postavljati potpitanja, parafrazirati te reflektirati određene izjave. Odgovor pacijentice je pozitivan, slične simptome imala je njena baka od srednje odrasle dobi, no nije otišla doktoru, nego se „liječila“ kavom, zelenim čajem, te je otišla okulisti nabaviti naočale, da joj dvoslika ne stvara probleme pri večernjem čitanju knjige.

Djelatnik je iz ovog razgovora morao probrati određene informacije, od kojih su najvažnije bile neobjašnjeni umor, usprkos tome što pacijentica ne trenira dulje vrijeme. Dodatni triggeri su spušteni kapci, slabost u mišićima, te dvoslika, koji se pojavljuju navečer, dok ih ujutro nema. Pojava sličnih simptoma u obitelji pacijentice je dodatni razlog sumnje na mysthaeniu gravis.

Iskusan i istreniran djelatnik će uz aktivno slušanje primijetiti i neverbalne znakove, jer je pacijentica opisivala umor. Monotonost glasa, duboki glas, spušteni kapci, manjak pažnje, sporost i napor u govoru i disanju, su sve podatci koji se

moraju probrati, analizirati i asocirati sa sumnjom na određenu bolest. Također, sposoban djelatnik će reagirati u skladu sa svojim mogućnostima – proslijedit će ju neurologu zbog myasthaeniea gravis, te će neurolog pravovremeno reagirati.

Tehnike aktivnog slušanja

Koristeći se određenim tehnikama, djelatnici pasivno slušanje preoblikuju u aktivno. Neke od tehnika su postavljanje potpitanja, zahtijevanje za pojašnjenjem, sažimanje i reflektiranje. Svaki djelatnik mora poznavati dotične tehnike, te ih svakodnevno koristiti u svojoj praksi.

Postavljanjem potpitanja se pokušava dobiti što više informacija iz pacijenta, kada mu je opisivanje svog stanja ili simptoma otežano. Također time se potiču pacijenti da u intervjuu iznesu što više informacija. Iz prethodnog slučaja, iskusan djelatnik ne smije pustiti pacijenta da samo „priča“ i da „stvari teku svojim putem“. Mora postavljati konkretna pitanja, na primjer koliko se pacijentica često bavi plivanjem ili koliko joj umor otežava svakodnevni život.

Zahtijevanjem da pacijent pojasni ono što želi reći, djelatnik želi utvrditi vjerodostojnost informacija, kako bi se uvjerio da je točno razumio i povezao simptome sa svojim znanjem. Na primjer, zdravstveni djelatnici najčešće u intervjuu s djecom i osobama u trećoj životnoj dobi traže dodatno objašnjenje pitanjem „ Možete li pojasniti što želite reći time da se osjećate „teže nego inače, kao slon?“.“.

Sažimanjem informacija, zdravstveni djelatnici iznose kompletan skup informacija za koje djelatnik smatra da su najrelevantnije. Pri tome, djelatnik očekuje potvrdu ili negaciju svoje verzije sažetka pacijentu, kako bi dobio povratnu informaciju o razumijevanju problema koje iznosi pacijent. Ukoliko je djelatnik razumio i zapamtio sve što je pacijent htio reći, dobiti će potvrdni odgovor. No, ako je ispustio pojedinu informaciju, ili krivo povezao informacije sa znanjem, djelatnik se u potpunosti povjerava u nadopunu od strane pacijenta.

Pogreške aktivnog slušanja

Pogreške u aktivnom slušanju su najčešće neslušanje, nerazumijevanje informacija i nepovezivanje informacija sa znanjem. Neznanje je u aktivnom slušanju najgora varijanta greške, jer se propuštaju triggeri za probir podataka, te dijagnoza može biti neutemeljena i pogrešna. Još jedna pogreška je naknadno uviđanje simptoma koje je pacijent iskazao verbalnom i neverbalnom komunikacijom.

U prethodnom slučaju, na primjer, ukoliko je djelatnik dekoncentriran iz osobnih ili općih razloga, može doći do ispuštanja činjenice da se umor pojavljuje samo navečer. To znači da je najvjerojatnije neće proslijediti neurologu, nego možda oftalmologu radi rješavanja dvoslike, te na dodatne medicinsko – biokemijske pretrage, status hormona itd. Ukoliko djelatnik ne zna uopće o čemu je riječ, nažalost, postoji mogućnost da jednostavno zakaže ponovi dolazak za par tjedana.

Naknadno uviđanje svojih propusta u postavljanju dijagnoze za vrijeme medicinskog intervjua često rezultira krivim dijagnozama. No, medicinski intervju nije jedina situacija u kojem dolazi do naknadnog uviđanja propusta zdravstvenih djelatnika. Ukoliko djelatnik ne uvidi, na primjer da potencijalni darivatelj krvi ne zadovoljava uvjete darivanja krvi, dovodi u opasnost donora, ali i potencijalnog primaoca. Nerijetko je takva situacija prisutna u srednjim školama, gdje se u četvrtome razredu prezentira mogućnost doniranja krvi. Ukoliko punoljetni srednjoškolac silno želi donirati krv, ne mora doći u školu na dan darivanja, te dan poslije darivanja. Kao poticaj doniranju dijele se i sendvič bonovi. Mršaviji ljudi, koji ne zadovoljavaju uvjet od tjelesne mase koja mora iznositi preko 55 kilograma, ne mogu pristupiti doniranju. No postoji način na koji se to može zaobići. Naime, ukoliko je potencijalni donor veoma blizu 55 kilograma, na primjer ima 54 kilograma, može se napiti vode, te prije doniranja pojesti neki obrok. Ukoliko popije 800mL vode, što je sasvim moguće, te pojede obilni obrok, na mjerenju može postići 55 kilograma (ako ne i više), a time ispunjavaju uvjet za doniranje krvi. Ako zdravstveni djelatnik zaboravi upitati, da li je donor konzumirao vodu ili hranu (s obzirom da je donor opasno blizu granice), moguće je da će se donor nakon doniranja onesvijestiti, a pri tome će donirati razrijeđenu krv. Djelatnik će se međutim sjetiti da je zaboravio podpitati donora, no tada će već biti prekasno. Velika pogreška je i kriva dijagnoza

pacijentici. Ona je posljedica neznanja zdravstvenih djelatnika, zbog čega dolazi do nerazumijevanja informacija koje iznosi pacijentica. U prethodnom slučaju, zdravstveni djelatnik može jednostavno propisati magnezij, i preporučiti uzimanje prehrane bogatom vitaminom C i E, te da se dijagnoza jednostavno svede na kronični umor, te da pošalje pacijenticu psihijatru.

VAŽNOST MEDICINSKOG INTERVJUA

Medicinski intervju je prvi korak u skupnom liječenju pacijenata. Po definiciji, medicinski intervju označava razgovor zdravstvenog djelatnika s pacijentom, te kvalitetno i sveobuhvatno prikupljanje informacija koje pruža pacijent, pri čemu se služi verbalnom, neverbalnom, pismenom, formalnom ali i neformalnom činu komuniciranja (13,14).

Intervju mora biti kvalitetno izveden od strane zdravstvenog djelatnika, uključujući i medicinske tehničare i sestre, ali i doktore opće medicine, kao i doktore sa specijaliziranjem poljem medicine. Cilj je svakog medicinskog intervjua kvalitetno i učinkovito prikupiti informacije koje pacijent prenosi zdravstvenom djelatniku. Pri intervjuu, na umu treba imati i vremensko ograničenje kao varijabilni i apsolutni ograničavajući čimbenik u svakoj danoj prilici.

S obzirom na vremensko ograničenje, koje treba biti na umu intervjuera, iskusan intervjuer uvijek potiče razgovor sa pacijentom, koristeći se raznim tehnikama koje će biti kasnije obrađene. Također, mora stvoriti atmosferu i odnos s pacijentom koji facilitira razgovor. Pitanja kojima se intervjuer koristi moraju biti smislena, ne retorička i prije svega promišljena, te svrsishodna. Takva pitanja potiču pacijenta da jasno odgovori na pitanja u potpunosti, te da ga ista pitanja ne zbune, te da se ne pogoduje anksioznost, strah i nevjerica. Ukoliko intervjuer uspješno formira kvalitetna pitanja, zatvorenog ili otvorenog karaktera, razmjerno će dobiti i informacije

do kojih želi doći. Pri tome, osim verbalne komunikacije, intervjuer mora zamjećivati i neverbalne znakove, koje on sam i pacijent odašilju (13,14).

Strukturno gledajući, intervjui mogu biti zatvorenog, standardiziranog, polu strukturiranog te neformalnog tipa.

U zatvorenom intervjuu dominiraju formulirana, izravna pitanja zatvorenog tipa, na koje se odgovora „da“ ili „ne“. Intervjuer koristeći se takvim pitanjima usmjeruje intervju u pravom smjeru, i uvijek dobiva kvalitetan odgovor, no percipira se hladnim i nezainteresiranim, a intervjuu ostavlja „mehanički“ i „rutinski“ dojam na pacijenta. Takav intervju je koristan jer je analiza pacijenta relativno brza, ako je vrijeme ograničavajući čimbenik, no ukoliko se kompletan intervju svede na intervju koji odgovara zatvorenom tipu, njegova efikasnost s vremenom pada, jer će pacijent početi sumnjati u zainteresiranost zdravstvenog djelatnika za njegovo dobro što će ga dovesti u anksiozno stanje, a u tom se stanju pacijent boji iskreno odgovarati, te nesvjesno prenosi netočne informacije zdravstvenom djelatniku (4).

Standardizirani intervju je izvođen upotrebom otvorenih pitanja, pri čemu intervjuer usmjeruje intervju u pravome smjeru. Odgovori su pacijenata, dulji, opširniji i detaljniji. Mana dotičnog intervjua su standardizirana otvorena pitanja, stoga se povećava mogućnost ne prilagođavanja pitanja pacijentu, što može dovesti do zbunjenosti i pada u efikasnosti intervjua.

Polu strukturirani intervju je obilježen otvorenim pitanjima koje u potpunosti formulira intervjuer. Odgovori su detaljni i opširni, pri čemu pacijent nema straha u davanju odgovora. No, opasnost polu strukturiranog intervjua je mogućnost ispuštanja tema. Uzrok tome je „sloboda govora“ pacijenta, jer se pri davanju odgovora može zanijeti u krivom smjeru. Ako intervjuer ne nasluti i ne zamijeti digresiju, efikasnost ovakvog intervjua pada.

Neformalni intervju je neobavezan, te u razgovoru isplovljavaju interesi intervjuera i pacijenta. Pitanja se postavljaju u stvarnom kontekstu i na prirodan način, te je pacijent u ovakvom intervjuu najviše opušten, a odgovori su najiskreniji.

Nedostatak ovakvog intervjua je prije svega vremensko ograničenje, ali i teža te sporija analiza informacija koje prenosi pacijent (4).

Pitanja u medicinskom intervjuu

Pitanja u medicinskom intervjuu mogu biti otvorenog i zatvorenog tipa, te mogu biti kombinacija otvorenog i zatvorenog tipa.

Otvorena pitanja su pitanja na koje pacijent odgovara opširno i detaljno: „ Možete li mi opisati vašu bol?“. Ovakva pitanja mogu predstavljati prepreku prirodno povučenim pacijentima

Zatvorena pitanja su izravna, a odgovori su kratki i jasni: „Pušite li? Hranite li se masnom hranom? Jeste li iskusili ovakvu bol već prije?“. Ovim pitanjima se do odgovora dolazi brzo i učinkovito, ali se zato intervju u kojem dominiraju zatvorena pitanja doima mehaničkim i rutinskim, kao usmeno ispitivanje u školi.

Sugestivna pitanja su pitanja kojima se potiče pacijent da se pridržava savjeta zdravstvenih djelatnika: „Dakle, gospođo Aničić, od danas ćete se više kretati?“. Opasnost ovih pitanja leži u njihovog gotovo sarkastičnoj i prijetećoj naravi.

Provjeravajućim pitanjima djelatnik želi dobiti dodatnu potvrdu pacijentovog odgovora. Takva pitanja se primjenjuju ukoliko djelatnik primijeti da pacijent pokušava zataškati odgovor, ili čak lagati ako su pitanja neugodna : „Bol u leđima vam se pojavila par dana nakon što ste se vi i vaša žena vratili s ljetovanja, jesam li upravu?“.

U kombinacijama otvorenih i zatvorenih pitanja, postavljena pitanja mogu imati jedno značenje, ili više značenja. Jednoznačnim pitanjima se želi dobiti jedna povratna informacija, na primjer ako zdravstveni djelatnik želi doznati status krvnog tlaka pacijenta s kroničnom hipertenzijom: „ Gospodine, jeste li primijetili skokove u tlakovima na vašem kućnom uređaju za mjerenje tlaka?“. Ukoliko djelatnik želi doznati više informacija, postaviti će pitanje poput: „Koje tablete za sniženje tlaka koristite, ukoliko ih koristite?“.

Uporabom dobro postavljenih pitanja u odgovarajućim okolnostima, analiza podataka koje prenosi pacijent bit će točnija i efikasnija. Ukoliko je dan u zdravstvenoj ustanovi naporan, te je influks pacijenata iznadprosječan (to je tipična situacija za Novu Godinu, te dan poslije Nove Godine), djelatnik će se truditi koristiti zatvorena i jednoznačna pitanja, zbog čega će intervju primiti obilježja zatvorenog intervjua. Nažalost djelatnik je primoren stvoriti mehaničku i rutinsku atmosferu, kako se pacijent analizirao što brže. Neiskusan intervjuer će koristiti pitanja otvorenog tipa, te će njegov intervju dominirati dugim pitanjima, ali i detaljnim i opširnim odgovorima koji najčešće ne moraju biti izravni i točni s obzirom na pitanje.

KOMUNIKACIJA S OSOBAMA RAZLIČITIH DOBNIH SKUPINA

Usavršavanjem prethodno razrađenih komunikacijskih vještina tijekom te nakon studiranja, djelatnici mogu modulirati način komuniciranja s obzirom na pacijente različitih dobnih skupina i njihova obilježja. To znači da komunikacija s pacijentima mlade dobne skupine neće biti iste kvalitete kao i komunikacija s odraslim pojedincem zrele dobi. Također, komunikacija s pacijentima unutar pojedine dobne skupine neće biti slična. naime, komuniciranje djelatnika s 8-godišnjim djetetom neće biti ista kao i sa 17-godišnjim adolescentom, koji tehnički spadaju u istu dobnu skupinu.

KOMUNIKACIJA S DJECOM

Zdravstvene ustanove djeca najčešće posjećuju u pratnji s roditeljem, stoga zdravstveni djelatnici moraju imati na umu adaptirati se pri naizmjeničnoj komunikaciji. S roditeljem se održava standardna, zrela komunikacija, dok s djetetom stupa prilagodba (4).

Djeca imaju strah od odlaska u zdravstvene bolnice, jer u svome umu povezuju vlastitu bol s okružjem u bolnici – asocirani su auditivni, vizualni, taktilni, olfaktorni te gustatorni faktori s boli, a posljedica je naravno strah. Strah kojeg

osjećaju za vrijeme boravka u zdravstvenim ustanovama, posljedica je nove i nepoznate okoline u kojoj borave i drugi pacijenti, te se u njima formira odbojnost prema zdravstvenim ustanovama. Kako bi se negativni dojmovi eliminirali, zdravstveni djelatnik treba biti oprezan pri komuniciranju s djetetom.

Djelatnik djetetu treba osigurati prije svega primjeren prostor za intervju ili komuniciranje. Naravno da djelatnici ne znaju kada će dijete interaktirati s njima, stoga trebaju uvijek biti spremni. Prostor za komunikaciju treba biti osvijetljen, jer se u velikom broju slučaja djeca boje mraka, stoga bi komunikacija bila dodatno otežana. Ugodna sobna temperatura pomaže da se dijete osjeća sigurno – dakle adekvatna regulacija topline zraka je također preduvjet uspješnoj komunikaciji.

Sigurnost i povjerenje su prve stvari koje zdravstveni djelatnik treba zadobiti kod djeteta. To može postići spuštanjem svoje visine na razinu visine djeteta, saginjanjem ili čučanjem pri komunikaciji, sjedenjem na nižoj stolici ili osiguravanjem viših stolica za dijete, pri čemu treba imati na umu „L-konfiguraciju“. Razgovor bi trebao započeti o nečem neutralnom – najčešće je to pričanje o najdražoj boji ili broju, omiljenom pjevaču ili najdražim sportom. Tijekom cijelog razgovora, djelatnik mora prije svega aktivno slušati, biti empatičan te biti asertivan, dakle treba znati upotrijebiti svoje komunikacijske vještine koje su detaljno obrađene. Nasmijanost i pričanje tonom i intenzitetom sličnim tonu djetetova glasa pomažu da se djelatnici percipiraju manje prijetećim. U ustanovama bi trebao postojati „kutak za djecu“, gdje djeca mogu čitati slikovnice, crtati te igrati ukoliko je lista čekanja duga.

U duljim boravcima i oporavcima djece, djelatnici moraju osigurati udobnost djetetu. To znači smještanje s djecom slične dobi, kako bi se izbjegle nesuglasice. Djelatnici moraju voditi bilješke o ponašanju djece- ne smije biti međusobnih prepirka, zadirkivanja, pogotovo ne tučnjave. Pri svakoj promjeni ponašanja mora se pričati i s djecom, ali s roditeljima. Roditelji moraju priskrbiti informacije o djetetovom ponašanju izvan javno – zdravstvene ustanove, te odnose s rodbinom, prema roditeljima samima, no i iskustvo s prijašnjem ponašanju u bolnicama. Pri komuniciranju s djecom , naročito mlađom od 3 do 4 godine, djelatnik mora izuzetno paziti na ton glasa, te govoriti svaki korak koji izvodi, upozoravati na nelagodu ili

moguću bol, kao što je pri cijepljenjima. Ako je dijete veoma prestrašeno, najbolje je odgoditi posjetu za par dana.

KOMUNIKACIJA S ADOLESCENTIMA

Pojedinci u adolescenciji su osjetljivi na društvo, ali i na sami sebe. Težnja za neovisnosti se počela formirati, te oni aktivno traže svoje mjesto u društvu dokazivanjem ili isprobavanjem „novih stvari“. Opasnost je pri liječenju adolescenata percipirati ih nezrelim ili djetinjastim.

Zbog težnje konformizmu, pri komuniciranju s adolescentima najstabilnije je koristiti uspoređivanje s drugim adolescentima u pravom kontekstu, naravno. Na primjer, ukoliko se adolescent odluči posjetiti zdravstvenog djelatnika zbog tvrdih i krutih bradavica, djelatnik mora spomenuti da je to normalna pojava kako u dječaka, tako i u djevojčica. Bitno je adolescente smjestiti u sklopu društva, te napominjati kako su promjene na njihovom tijelu normalne i u njihovih vršnjaka. Prema njima se mora odnositi individualno, što znači prilagoditi se svakom adolescentu, te biti maksimalno fleksibilan. Na svako pitanje adolescenata, mora se dati potpuni odgovor, a svaku nejasnoću djelatnici moraju detaljno objasniti, ukoliko je to potrebno (4). Naime, adolescencija je razdoblje u kojem su pojedinci znatiželjni, te svaku informaciju koju djelatnik može osigurati adolescentu mora osigurati pravovremeno i punoj „mjeri“.

Pri duljim boravcima, treba obraćati istu pozornost kao s djecom – smjestiti adolescente s adolescentima, ne s djecom, zrelim osobama i starijim osobama, te pratiti promjene ponašanja, te sukladno reagirati. Svaki međusobni sukob treba sanirati razgovorima ili premještajima u druge sobe, a u iznimnim slučajevima i prebacivanjem u drugu ustanovu.

KOMUNIAKCIJA SA STARIJIM OSOBAMA

Sa starijim osobama djelatnik mora pristupati najprije asertivno. Oni se moraju detaljno procijeniti, od zdravstvenog stanja, mentalnog stanja, stanja osjetnih organa

– prvenstveno sluh i vid, te procijeniti njihovu potrebu za pomoći. Komunikacija se razvija u skladu s njihovim mogućnostima i potrebama.

Studije pokazuju da otprilike jedna trećina osoba iznad 65 godina ima gubitak sluha koji bitno utječe na komunikaciju. Za one u dobi preko 80 godina života, ti se postotci još i povećavaju, pa tako čak dvije trećine osoba starijih od 80 godina ima oblik gubitka sluha (15). Komunikacija s tim osobama olakšava se na isti način kao s osobama s teškoćama sluha.

Vidni deficit povezan sa starenjem uključuje smanjenje zjenice i žutilo leće, što dovodi do poteškoća u razlikovanju kratkih svjetlosnih valova, kao što su boja lavande, plavkaste i zelene. Smanjuje se i elasticitet cilijarnih mišića, što rezultira smanjenjem akomodacije, kad tiskani materijal mijenja svoju udaljenost. Dodatno, mnogi stariji ljudi imaju bolesti oka koje smanjuju oštrinu vida (npr. katarakta, makularna degeneracija, glaukom, očne komplikacije dijabetesa).
Više od 15% odraslih iznad 70 godina opisuju svoj vid kao oslabljen, a dodatnih 22% opisuje svoj vid kao dovoljan. 30% osoba u dobi preko 80 godina opisuje svoj vid kao nedovoljan. Olakšanje komunikacije sa slabovidnim starijim osobama postiže se na slične načine kao sa svim slabovidnim osobama. Ako bolesnik ima problema s čitanjem osigurati snimljeni audio i video materijal, dobro je koristiti velike slike i dijagrame (15).

Životni vijek se posljednjih nekoliko desetljeća znatno produžio, zbog čega su postale neophodne prilagodbe u cijelom zdravstvenom sustavu, a samim time i u komunikacijskim vještinama kao dijelu modernog zdravstvenog sustava.
U društvu su prisutni brojni stereotipi o osobama starije životne dobi. Unatoč brojnim znanstvenim istraživanjima koja pobijaju uvriježena mišljenja o tome da su starost i bolest sinonimi, ali i brojnim drugim zabludama o starosti i starijim osobama, takvi stereotipi postoje i u velikog broja zdravstvenih djelatnika.

Ljudi koji u ovom trenutku u društvu predstavljaju skupinu starijih osoba, pa tako i starijih bolesnika, odrastali su u potpuno drugačijem socijalno-ekonomskom i političkom okružju od onog u kojem je odrastala današnja skupina mladih i mlađih odraslih osoba. Živjeli su u teškim ekonomskim uvjetima s potpuno drugim vrijednostima, idealima i običajima. Mnogi su imali veoma kratko školovanje i edukaciju ili uopće nisu bili formalno školovani. Sve navedeno, ali i sve promjene

kroz koje prolaze, mogu uvelike negativno utjecati na komunikaciju sa svim mlađim generacijama, pa samim time i na komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima.

Na komunikaciju sa starijim osobama neizbježno utječu sve fizičke i psihološke promjene kroz koje često prolaze pripadnici treće životne dobi, a najčešće od njih su: gubitak i slabljenje sluha, gubitak i slabljenje vida, poteškoće u artikulaciji zvukova, poteškoće s pamćenjem, posebice one vezane uz kratkoročno pamćenje (16).

Sljedeći bitan utjecaj na komunikaciju ima promjena njihove socijalne uloge. Umirovljenje i slabljenje imovinskog statusa mogu negativno utjecati na samopoštovanje i način na koji počinju doživljavati same sebe. Često same sebe vide starima, neproduktivnima, nepotrebnima i zamjenjivima, pa mnogi od njih, u većoj ili manjoj mjeri, gube volju za komunikacijom. Ipak, budući da je učinkovita komunikacija uvijek dvosmjerna, zdravstveni djelatnici trebaju biti svjesni svih ovih, ali i mnogih drugih komunikacijskih prepreka. Njih je potrebno moći na vrijeme prepoznati, pokušati ih prevenirati, ali i znati na njih primjereno reagirati. Premda poteškoće u komunikaciji postoje u svim dobnim skupinama, zdravstveni djelatnici trebaju biti dobro educirani jer su komunikacijske poteškoće kumulativne. Rastu s dobi i od velikog su značaja u pružanju zdravstvene skrbi (16).

Tijekom prošlog stoljeća mnogo se toga dramatično promijenilo. U ranim 1900-tim, očekivani životni vijek bio je oko 50 godina, danas je to za oko 30 godina duže. Predviđa se da će populacija odraslih osoba starijih od 65 godina preći brojku od 71 milijun do 2030. godine (17). Duži životni vijek sa sobom nosi i mnoge probleme, i za društvo i za pojedinca. Tako je sasvim logično očekivati da će mnogi od tih osamdesetogodišnjaka godinama živjeti s jednom ili nekoliko kroničnih bolesti. Sam proces starenja za mnoge može biti vrlo neugodno iskustvo, do te mjere da su skloni ignorirati simptome koje imaju kako ne bi sami sebi ili drugima morali priznati da stare. Naravno, postoje i mnogi drugi načini starenja, pa će tako neki od njih biti posve aktivni, ali i dobro educirani i zainteresirani za svoje zdravlje. Upravo zbog toga ne postoji „šablona“ po kojemu će se postupati i komunicirati, već pristup mora biti potpuno individualan. Postoje ipak neke značajke koje su mnogima od njih zajedničke i na koje treba skrenuti pozornost. Neke od ovih zajedničkih osobina među starijima od 65 godina već su dobro istražene i opisane, primjerice da se 42%

osoba izjašnjava o problemima sa sluhom, 26% ima probleme s pisanjem, a 7% probleme pri korištenju telefona (16). Mnogim starijim osobama zajednički je i kritični čimbenik u komunikaciji sa zdravstvenim osobljem, a to je njihova slaba zdravstvena pismenost (18).

Uzroci slabe zdravstvene pismenosti među starijom populacijom su mnogobrojni. Uvjeti u kojima su odrastali, slaba educiranost i formalno školovanje, ali i slabljenje kognitivnih funkcija, dovode do mnogih problema u komunikaciji, nerazumijevanja dobivenih uputa i informacija, nerazumijevanja medicinskih pojmova, nekorištenje i nerazumijevanje dostupnih online informacija (18). Također, *terminologija* kojom se koriste zdravstveni djelatnici u komunikaciji s bolesnicima dodatna je barijera za bolesnike sa slabom zdravstvenom pismenošću. Pokazalo se da se zdravstveno osoblje često koristi medicinskim terminima, što u kombinaciji s ograničenim zdravstvenim rječnikom bolesnika rezultira neadekvatnom i zbunjujućom komunikacijom (18).

Opće upute koje olakšavaju komunikaciju sa svim starijim osobama

Prema smjernicama za liječnike obiteljske medicine, postoje određeni načini kako zdravstveno osoblje može organizacijom svakodnevnog rada olakšati komunikaciju sa svojim starijim bolesnicima (19):

1. Naručiti starije bolesnike za početak radnoga vremena. Oni često krajem dana postanu umorni i teže funkcioniraju. Osim toga, zdravstveno osoblje je pred kraj radnog vremena užurbano, u većoj gužvi i ima manje vremena za posvetiti im se nego što je to u početku dana (19). Ako i jesmo u žurbi i nedostatku vremena, oni to ne bi trebali osjetiti. Potrebno je pokušati izbjeći požurivanje starijih bolesnika, jer oni ionako često imaju osjećaj da nas zamaraju svojim poteškoćama te da su njihove poteškoće nama nevažne, pa će nam ih u takvoj situaciji često i prešutjeti (18).
2. Dočekati ih. Ovo je vrlo važan korak koji omogućuje da se osjećaju ugodno i uvaženo. Potrebno im se predstaviti imenom i zanimanjem (medicinska sestra, liječnik, itd.).

3. Smjestiti ih u tiho i ugodno okruženje. Potrebno je pokušati izbjeći glasne i užurbane hodnike i čekaonice. Ako je moguće, pokušati ih smjestiti na stolice s naslonjačima za ruke, kako bi lakše samostalno ustali. Ako je potrebno ispunjavanje formulara i dokumenata, potrebno im je ponuditi pomoć.
4. Prostor mora imati dovoljno svjetla. Čekaonice, prostori za preglede i pretrage moraju biti svijetli, a svjetlo mora biti jednako u svim dijelovima prostorije, bez sjena. Dobro osvjetljenje pomoći će im u čitanju informativnih materijala, gledanju izražaja lica i čitanju s usana. Svi materijali, kao i imena osoblja, moraju biti napisani jasnim i dovoljno velikim slovima, lakim za čitanje (19).
5. Biti spremni fizički ispratiti bolesnika. Fizička pratnja bolesnika između pojedinih prostora za preglede i pretrage, ali i na odlasku bolesnika, ponekad je neophodna, posebno ako su prostori udaljeni ili između njih postoje stube i druge prepreke (19).
6. Provjeriti ih s vremena na vrijeme. Ako u čekaonicama ili prostorijama za preglede i pretrage stariji bolesnici moraju boraviti dulje vrijeme, potrebno ih je provjeriti s vremena na vrijeme, kako bi bili svjesni da nismo na njih zaboravili. Ako je iz nekih razloga produženo vrijeme čekanja, potrebno ih je o tome obavijestiti, objasniti im zbog čega čekaju i koliko će otprilike čekanje potrajati (19).
7. Nastojati da ostanu opušteni i fokusirani. Opuštenost i fokusiranost ključni su čimbenici za dobivanje relevantnih i pravih informacija od bolesnika. Lagani dodir njihova ramena ili ruke pomoći će im da se opuste i povećati količinu njihova povjerenja. Također, potrebno ih je oslovljavati s gospodine ili gospođo i prezimenom, da bi se osjećali prihvaćeni i važni. Vrlo je bitno ne oslovljavati ih imenom i izbjegavati korištenje neprimjerenih izraza kao što su: „draga, mila, bako, djede“ i slično. Ako želimo postići uzajamno poštovanje, onda je potrebno pokazati im da ih poštujemo, dok korištenje takvih izraza šalje upravo suprotnu poruku (19).
8. Reći doviđenja. Potrebno je postići da stariji bolesnici otiđu s mišlju da su nam oni i njihovo zdravlje bitni i važni. Najbolji način da se to postigne jest da se bolesnik otprati do pulta ili vrata uz pozdrav „doviđenja“ (19).

Osim tih općih uputa za ponašanje sa starijim bolesnicima, postoje još neke bitne smjernice koje se tiču samoga komuniciranja između zdravstvenih djelatnika i bolesnika starije životne dobi:

1. Izbjeći nepotrebno prekidanje. Zanimljivi su rezultati studije o tome koliko često zdravstveni djelatnici prekidaju bolesnike prilikom prvog posjeta i bolesnikova opisivanja poteškoća. Naime, samo u 26% posjeta bolesnicima je dopušteno da završe svoje izlaganje bez prekidanja. Oni koji su prekinuli svoje bolesnike u izlaganju, učinili su to u prosjeku već nakon 18 sekundi (20). Kad se jednom prekine starije bolesnike, postoji velika mogućnost da će jednostavno zaboraviti što su uopće htjeli reći. Oni mogu imati poteškoće s odgovaranjem na više brzo postavljenih pitanja. Govoreći sporije, dajemo im vremena da procesiraju ono što je rečeno ili upitano. Ako osoba ima poteškoće s odgovaranjem na pitanja otvorenog tipa, treba pokušati koristiti što više pitanja na koja se može odgovoriti s DA ili NE (20).
2. Koristiti vještine aktivnog slušanja. Biti okrenut bolesniku licem, održavati kontakt očima i podržavati njegov ili njezin govor kratkom odgovorima kao što su „da“, „razumijem“, itd. Aktivnim slušanjem pokazujemo da ih uistinu slušamo i da nam je stalo do toga što je izgovoreno (20).
3. Pokazati empatiju. Pokazivanje empatije dokazano povećava zadovoljstvo i povjerenje bolesnika te poboljšava njihov odgovor i suradnju.
4. Izbjegavati žargon. U svim dobnim skupinama potrebno je i važno razgovor s bolesnicima prilagoditi razini njihova razumijevanja. Ne može se sa svim bolesnicima razgovarati na jednak način, poneki možda i razumiju dio medicinske terminologije, ali velikoj većini je ona nejasna i zbunjujuća. Stoga u razgovoru treba korištenje medicinskog žargona i stručnih termina svesti na minimum i informacije iznositi na jednostavan i razumljiv način (20). Nipošto se ne smije pretpostaviti da bolesnik već zna osnovne informacije o svojoj bolesti, nego razgovor treba započeti od početka, utvrditi koliko je bolesnik već informiran i educiran, te nastaviti razgovor od te točke. Potrebno je pokušavati izbjegavati skraćenice kao što su CT, EKG i slično, jer iako se možda čini da su već svi upućeni u ove

uobičajene i „svakodnevne“ termine, u praksi to često ipak nije slučaj. Zato je starijim bolesnicima potrebno objasniti što točno koji izraz znači i to na način na koji oni to mogu sebi jasno predočiti (20).

5. Napisati bitne informacije i tražiti da potvrde razumijevanje. Ono što je uistinu bitno da osoba zapamti, pa i da se o tome dodatno educira, potrebno je više puta u razgovoru naglasiti, ali je korisno i zapisati bitne termine i dijagnoze. Za pisanje svih bitnih informacija, ali i letaka i sličnih sadržaja, za starije osobe preporučeno je koristiti se jasnim i jednostavnim fontovima (vrstama slova), a preporučena veličina fonta je 14 ili veća (20).

Da bismo starijim osobama omogućili povratak samopoštovanja i pomogli u povratku ili popravku kvalitete života, edukacija je neophodna. Zbog svojih specifičnosti, zahtjevnosti i trajanja, vrlo često se edukacija starijih osoba potpuno zanemaruje ili se automatski pribjegava edukaciji treće osobe. Određenom broju osoba uistinu je potrebna edukacija i suradnja treće osobe, najčešće člana obitelji, ali se prema samoj starijoj osobi ne treba izbjegavajuće pristupati i na taj način potpuno zanemariti i prekršiti osnovna ljudska prava pripadnika treće životne dobi. Starije osobe većinom imaju potrebu razumjeti svoje zdravstveno stanje, ali i pokazuju volju i želju da se nauče nositi s njime. Postoje i oni koji žele i traže uključenost treće osobe, što u velikom broju bolesti i situacija uistinu pomaže staroj osobi nositi se sa svojim stanjem. U tom slučaju to im je potrebno, ali i poželjno, omogućiti.
Međutim, postoje i mnogobrojne situacije kad je uključenost treće osobe neophodna i opravdana, i to ne samo medicinski nego i pravno. Takva uključenost ne odnosi se samo na edukaciju nego i na donošenje odluka. Dakle, opisane su situacije regulirane ne samo etički i moralno nego i zakonski. Drugim riječima, moralno, etičko i zakonsko pravo potpune uključenosti u svoje liječenje ima i starija osoba, ako je to fizički i psihički u mogućnosti. U situaciji kad je starija osoba psihofizički zdrava, mora se poštovati volja starije osobe da informacije o njezinu zdravstvenom stanju budu tajne i uskraćene ostalim članovima obitelji. Nažalost, to pravo starije osobe često se ignorira, čime se krši osnovno ljudsko pravo takve osobe, samo zato što se radi o osobi treće životne dobi (21).

Sama edukacija starijih osoba ne smije se shvaćati kao gubitak vremena i luksuz, jer izravno utječe i poboljšava njihov odnos prema bolesti i liječenju, povećava suradnju. To dovodi do boljeg stanja osobe, manjeg broja poteškoća i komplikacija, a u konačnici do uštede vremena. Osnovne upute za edukaciju starijih osoba su sljedeće:

Edukacija od strane liječnika. Većina bolesnika, a ponajviše oni starije životne dobi, najveću važnost pridaju informacijama dobivenim od liječnika. Stoga se preporuča da inicijalnu edukaciju i uvod u plan liječenja započne liječnik. Uloga ostalih članova tima ne treba se podcijeniti, jer je i ona vrlo važna, a odnosi se na nastavak i proširenje edukacije.

Izbjeći nepotrebno postavljanje suvišnih ili ponavljajućih pitanja. Potrebno je proučiti postojeću medicinsku dokumentaciju, kako se stariju osobu ne bi zamorilo postavljanjem pitanja na koja već imamo odgovore. Isto tako, potrebno je izbjegavati da osoba svakom članu tima posebno odgovara na ista pitanja, tako da se podaci i informacije koje je uzela medicinska sestra dostave liječniku, kako ih ovaj ne bi ponavljao. Ali i obrnuto, podaci koji su dobiveni na inicijalnoj edukaciji ili ostale dane informacije trebaju biti dostavljene članu tima koji će nastaviti edukaciju.

KOMUNIKACIJA S OSOBAMA S POTEŠKOĆAMA U KOMUNIKACIJI

Kategorija koja obuhvaća sljedeću temu obuhvaća ljude koji su ograničeni u komunikaciji – pacijenti koji pate od akutnog stresa i umora, eventualne krize koju pojedinac proživljava, emocionalne labilnosti, bolesti koje ih ograničavaju u komunikaciji, a mogu biti prirođene i stečene (angina, prijelomi čeljusti, paralizirajuće bolesti, kronične bolesti…). Ova skupina ljudi uključuje i osobe koje imaju odbojnost prema komunikaciji sa zdravstvenim osobljem, te ukoliko imaju negativna iskustva i traume od boravka u zdravstvenim uvjetima.

OSOBE KOJE PATE OD AKUTNOG STRESA

Stres kao emocionalno stajne nije rijetka pojava u pacijenata, posebice u onih koji prirodno stres trpe lošije od drugih ljudi. On negativno utječe na komunikaciju tako što ju dodatno produžuje, čini ju neefikasnom tako što se sporije uspostavlja međusobno povjerenje, te anskioznost i strah koji posljedično rezultiraju lošijom suradnjom pacijenata sa zdravstvenim osobljem (4).

Čimbenici koji pridonose facilitiranju stresa su akutno stanje pacijenta i težina njegovog stanja, strah od liječenja, strah od smrti , te stres kojeg pacijenti prenose s radnog mjesta i doma u atmosferu zdravstvene ustanove. Osobe koje trpe stres lošije nego druge osobe će i pri lakšim stanjima biti nervoznije, te će se s njima teže komunicirati. Na primjer, neke osobe izuzetno teško podnose vađenje krvi, te ih je potrebno umirivati i smirivati dugo vrijeme prije vađenja, dok druge osobe podnose i najteža stanja – operacije ili čak karcinome. Analogno tome, pacijentu koji se boje smrti će biti teže pogođene stresom, dok pacijenti koji su se pomirili s činjenicom da će umrijeti se mogu dojmiti i veselima.

Pacijenti koji prenose svoj stres u atmosferu zdravstvene ustanove otežavaju komuniciranje najčešće svojom tvrdoglavosti, nepovjerenjem i razuzdanosti. Djelatnik pri tome mora biti asertivan i empatičan, te aktivno slušati i uočiti bilo koji verbalni i neverbalni znak stresa i adekvatno reagirati smirivanjem pacijenta i dodatnim pojašnjavanjem određenih pojmova. zbog toga što stres i umor smanjuju moć koncentracije u pacijenata, potrebno je više puta postaviti jedno te isto pitanje ali na drugi način, kako bi se djelatnik uvjerio da prima precizan i istinit odgovor (4).

PACIJENTI KOJI POKAZUJU ZNAKOVE EMOCIONALNE LABILNOSTI

Prethodno je opisan stres kao prepreka u komunikaciji pacijenta s djelatnicima zdravstvenih ustanova, ali u kontekstu akutnog stanja. Kronični stres se manifestira na više razina emocionalne labilnosti od akutnoga stresa, pa pacijent ima obilježja depresivnosti, agresije, povučenosti, tikova i slabog pamćenja.

Poseban oprez predstavlja komunikacija s depresivnim pacijentima iz razloga što su u kombinaciji s depresijom, pacijenti gotovo uvijek pretjerano povučeni. Uzroci takvome stanju mogu biti razni, u djece to je trauma kao što su automobilske nesreće, teške fizičke povrede i psihološka oštećenja koja su odraz odnosa s roditeljima. Depresija u adolescenata je posljedica i društvene odbačenosti, dok se u zrelih osoba uzroci depresije teže identificiraju. Osobe u starije dobi su u depresivnom stanju najčešće zbog sindroma praznog gnijezda, smrti bliskih osoba i zbog straha od vlastite smrti i straha od zdravstvenog stanja. Bez obzira na dob, zdravstveni djelatnik mora biti oprezan i postavljati nenapadna pitanja. Svaka informacija koju pacijent odašilje neverbalnim putem mora biti uočena, te uzeta u obzir. Djelatnici moraju biti spremni pružiti utjehu i ne smiju ne razumjeti pacijente – moraju biti empatični, te moraju tijekom cijele komunikacije aktivno slušati pacijenta. Ako su potrebne stanke tijekom komunikacije, djelatnik ih mora osigurati.

U kronična stanja ubrajaju se i krize, koje se manifestiraju kao nagla promjena u životnome stilu – zbog kriza pacijenti ostaju bez svog društva, osjećaju se odbačeno i bespomoćno, te ostaju bez posla. Za razliku od depresije koja pogađa pacijente svih starosnih doba, kriza najčešće pogađa osobe zrele i starije dobi. Uzroci krize dijele uzroke s onima u depresiji.

ZDRAVSTVENA STANJA PACIJENATA KOJA OTEŽAVAJU KOMUNIKACIJU

Na komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima utječu zdravstvena stanja, odnosno bolesti pacijenata koja su stečena ili genetički prirođena. Stečena stanja su fizičke povrede, fiziološke promjene u tijelu koja pogađaju organe kao što su osteoporoza, djelomično i tumori, zatim promjene koja su posljedica starenja.

Fizičke povrede i fiziološke promjene koje znatno otežavaju komunikaciju su one koje pogađaju čovjekov najmoćniji alat komunikacije – govor. Zbog toga prijelomi čeljusti i općenito lomovi kostiju lica, lomovi vratne kralježnice, ortodontski zahvati, i moždani udari uvelike otežavaju normalnu komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima. Konstriktivne plućne bolesti također imaju određeni utjecaj u umanjenju kvalitete komunikacije. Jedno od rješenja predstavlja komunikacija

putem elektroničkih uređaja ili putem ploče s kredom. Djelatnici se moraju prizvati na strpljenje, te trebaju pratiti svaki neverbalni znak komunikacije, jer je bol teško verbalizirati ukoliko govor nije omogućen. Na primjer, pri teškoj infekciji grla – angini, pacijenti često ne mogu jesti i piti, a još manje govoriti. Iako je anginu kao infektivnu bolest relativno efikasno dijagnozirati i bez pretjerane komunikacije, pacijent koji ima i drugih poteškoća primjerice zatvor i bol u abdominalnom predjelu (u kombinaciji s anginom) teško će verbalizirati ono što ga muči. Djelatnik mora imati pri sebi elektroničko pomagalo kao što je tablet, ili papir i olovku da pacijent može napisati i opisati svoje probleme (4).

Posljedice starenja koje snažno utječu na normalnu komunikaciju su progresija slabljenja sluha i vida. Problemi sa sluhom su posljedica kalcificiranja slušnih koščica, smanjenje napetosti i elastičnosti bubnjića, dok su poteškoće asocirane s vidom posljedica promjena položaja i zakrivljenosti leće. Slab sluh u starih pacijenata tjera ih na oslanjanje na vidne informacije, no kako je vid također oslabio, pacijent se može osjećati prestrašeno. U kombinaciji sa strahom da će pojedini pacijent izostaviti informacije koje mu prenosi zdravstveni djelatnik sa oslabljenom senzorikom, krajnji rezultat je međusobno nerazumijevanje i smanjena kvaliteta komunikacije. Djelatnici moraju često pričati glasno, te određene stvari ponoviti više puta kako bi stariji pacijent čuo i razumio ono što mu se htjelo reći ili ono što ga se htjelo pitati.

Opsežni moždani udari mogu oštetiti vidna, slušna i govorna područja mozga pri čemu su poteškoće u komunikaciji znatno otežane, jer se oštećena područja sporo oporavljaju ili uopće ne oporavljaju. Najmanju kvalitetu komunikacije uzrokuje oštećenje govornog i slušnog područja mozga, jer se pacijent ne može verbalno izraziti, te ne mogu percipirati zvuk. Djelatnici moraju imati puno strpljenja pri radu s pacijentima koji imaju oštećena govorna i slušna područja.

Pacijente s genetičkim bolestima koje mogu otežati komunikaciju kao što su osobe s Downowim sindromom, kongenitalim poteškoćama u formiranju slušnog i govornog aparata i općenito osobe s poteškoćama u razvoju je posebno teško

razumjeti, jer imaju smanjenu sposobnost komuniciranja, te djelatnici moraju njima pristupiti na poseban način u suradnji s psihologom ili roditeljima.

POSEBNE OKOLNOSTI KOMUNIKACIJE S PACIJENTIMA

PRIOPĆIVANJE LOŠIH VIJESTI PACIJENTIMA I NJIHOVIM OBITELJIMA

Priopćivanje loše vijesti o zdravstvenome stanju pacijenta samome pacijentu ili obitelji i bližnjima pacijentu spada pod izrazito teške zadatke koje zdravstveni djelatnici moraju obavljati, usprkos tome što su takve okolnosti manje česte. Najteži korak u cijelome procesu je način na koji će, najčešće liječnik priopćiti lošu vijest pacijentu, zatim kome će je priopćiti i kada je najpovoljnije vrijeme za priopćenje loše vijesti. Svakako na umu treba imati i kontekst same loše vijesti, jer se nerijetko podrazumijeva da je stanje pacijenta terminalno, ili izvan životne opasnosti.

Za priopćivanje loše vijesti mora se omogućiti dovoljno vremena, kako se ne bi iznijeli prerano doneseni zaključci. Nitko od djelatnika zdravstvenih ustanova ne želi priopćiti vijesti za koju će se kasnije uspostaviti da nije istinita, te se tako dovesti u situaciju u kojoj se propitkuje njihova sposobnost, legitimnost i profesionalnost. Ako djelatnici nisu sigurni, na primjer, da je 28-godišnja pacijentica imala spontani pobačaj (razlozi dolaska na ginekološki odjel su bili vaginalno krvarenje, naglo smanjenje obujma trbuha i intenzivna mučnina) u drugom mjesecu trudnoće, obavit će dodatne pretrage kako bi dokazali suprotno, ili potvrdili svoju prvotnu dijagnozu. Ovo je također primjer u kojem je pacijent izvan životne opasnosti, jer spontani pobačaji ne uzrokuju smrt majke.

Sljedeća stvar koju djelatnici moraju imati na umu je prva osoba kojoj će se priopćiti loša vijest. U velikom broju slučaja liječnici lošu vijest priopće obitelji i bližnjima pacijenta. U konkretnom slučaju 28-godišnje žene kojoj je dijagnosticiran spontani pobačaj, osoblje (najčešće liječnik) zdravstvene ustanove će lošu vijest prvo priopćiti mužu, ako primijete da je dotična žena u lošem emocionalnom stanju. No, iskusan zdravstveni djelatnik neće priopćiti loše vijesti samo jednome roditelju, nego

oba roditelja u isto vrijeme. Razlog tome je činjenica da bračni parovi bolje prihvaćaju loše vijesti kada su zajedno u tome trenutku. Zdravstveni djelatnik koji ima zadaću objaviti negativnu vijest se mora psihički pripremiti – mora biti empatičan, ne smije biti hladan i nezainteresiran, te mora imati razumijevanja za pacijenta i njegovu obitelj. Prije samog trenutka priopćenja, važno je da djelatnik napravi malu stanku, primjerice ako liječnik poručuje obitelji da im je bližnji preminuo zbog infarkta miokarda, prije same objave će uzeti malu stanku tako da uslijedi tišina. Stanka osigurava pripremu zdravstvenog djelatnika, a u obitelji ima ulogu u tome da bližnji dobiju osjećaj da je loša vijest očekivana.

Nakon priopćenja loše vijesti, važno je da zdravstveni djelatnik uoči koliko je pacijent razumio svoje stanje. To ovisi u kojem je kontekstu vijest. Ako se 78-godišnjem pacijentu kojem je dijagnosticiran terminalni stadij karcinoma gušterače priopći da ima manje od 3 mjeseca života, tijekom sljedećih dana se mora pratiti emocionalno stanje samog pacijenta. Razvoj depresije u bilo kojeg pacijenta treba biti primijećeno, te adekvatno razriješeno. Djelatnici moraju uočiti i reakciju pacijenta po primitku vijesti, te kakva god reakcija bila moraju biti spremni na sva pitanja i na svaki pokušaj negiranja i racionaliziranja loše vijesti. Pozitivne reakcije i shvaćanje okolnosti u kojem se unesrećeni pacijent našao treba ohrabriti. Obitelji pacijenta kojem je priopćena loša vijest također se treba pomoći. Zdravstveni djelatnici moraju biti u uskom kontaktu s pacijentom i s obitelji pacijenta, te moraju biti spremni na sva moguća pitanja, te se moraju pripremiti na emocionalne reakcije. Ukoliko je potrebno, psihološka pomoć se može dodijeliti i pacijentu i obitelji.

PRIOPĆIVANJE LOŠIH VIJESTI RODITELJIMA O STANJU NJIHOVOG DJETETA

Još jedna u nizu loših vijesti je rođenje djeteta koje je imalo poteškoće u razvoju za vrijeme trudnoće, te mogućnost rođenja djeteta koje će imati poteškoće u razvoju. Oba slučaja mogu se otkriti amniocentezom i ultrazvukom prije samog rođenja. Vjerojatno najgora vijest koju pojedini roditelj može čuti od tima zdravstvenih djelatnika je smrt njihovog djeteta ili terminalno stanje koje može biti posljedica kongenitalnog stanja poput holoprozencefalije ili stečene bolesti poput karcinoma hipofize.

Ukoliko liječnički tim odluči priopćiti lošu vijest roditeljima, najvažnije je da to priopće roditeljima skupa. Opće načelo kako, kada i gdje priopćiti lošu vijest vrijedi i u ovakvim situacijama, no važno je da se prije same objave detaljno razradi budućnost djeteta ukoliko se dijagnozirao otežani ili abnormalni razvoj fetusa u trudnoći. Bitno je da tim zdravstvenih djelatnika pruži sliku budućnosti takvog djeteta roditeljima, moguće poteškoće koje će pružati veći otpor razvijanju, te terapiji koja će olakšati djetetovo stanje. Roditelji imaju svako pravo pitati bilo koje pitanje koje ih zanima, stoga djelatnici moraju biti spremni na sve (4).

ZAKLJUČAK

Iskustvo pacijenta je zbroj svih interakcija oblikovanih organizacijskom kulturom, koja utječe na percepciju pacijenta o kontinuitetu skrbi. Ono započinje prvim kontaktom medicinske sestre, liječnika i pacijenta, a završava njegovim otpuštanjem iz zdravstvene ustanove.

Pozitivno iskustvo pacijenta bazira se na emotivnoj povezanosti koja mu dokazuje razinu empatije zdravstvenih djelatnika. Ljudi mogu zaboraviti informaciju koju su dobili od zdravstvenog djelatnika, no ne mogu zaboraviti kako su se tada osjećali.

Iskustvo pacijenta predstavlja ukupnost njegove percepcije i doživljaja tijekom posjeta ili boravka u zdravstvenoj ustanovi i stoga je ovisno o komunikacijskim vještinama zdravstvenog osoblja u zdravstvenim ustanovama.

Pozitivnom iskustvu pacijenta u zdravstvenoj ustanovi doprinosi dobra i otvorena komunikacija, uključenost pacijenta te emotivni aspekti. Emaptija je jedan od ključnih preduvjeta za izgradnju odnosa s klijentima u svim pomagačkim zanimanjima (8).

Teoretičarka Virginia Henderson je u osnovne ljudske potrebe uvrstila i komunikaciju u kontekstu izražavanja bolesnikovih potreba i osjećaja (22), stoga komunikacija u sestrinstvu zauzima značajno mjesto u praksi i oduvijek se prepoznaje kao vještina o kojoj uvelike ovisi pozitivno iskustvo pacijenata. Uspješnost kvalitetnog odnosa između medicinske sestre i pacijenta ali i interdisciplinarnog timskog rada, kao i mogućnost kvalitetnog promicanja uloge i statusa medicinske sestre u društvu uvelike ovisi o komunikacijskim vještinama.

Komunikacijski proces je naizmjenični prijenos značenja između partnera u komunikaciji. Komunikacija je dakle prije svega ponašanje kojemu je iz perspektive komunikatora, svrha prijenos poruka jednoj ili više osoba pomoću simbola i svaka akcija nekog komunikatora pod utjecajem je prethodnih i očekivanih akcija drugog komunikatora. Poruke su sastavljene od različitih simbola, poput riječi, pokreta tijela, zvukova. Jedna od ključnih zadaća profesionalca u odnosima s pacijentima jest učiniti razumljivima informacije koje se prenose ciljanim skupinama ili pojedincu. To je zapravo upravljanje informacijama da bi se osiguralo funkcioniranje ustanove i

promicali njeni interesi u javnosti – zdravlje. Komunikacija, poruke i njihov prijenos stoga se nameću kao bitne sastavnice odnosa s pacijentima (23).

Učinkovitost odnosa s pacijentima se može opisati kao vrijednost odluka vezanih za odnos s pacijentima, što je izraženo kroz učinkovitost odnosa tj. komunikacije (uspoređujući postavljene ciljeve s dobivenim rezultatima), kao i kroz napredak u odnosima ustanove i strateških korisnika - pacijenata.

Tijekom razvoja medicine i sestrinstva mijenjala se i komunikacija između liječnika, medicinskih sestara i pacijenta. U praksi se u različitim okolnostima susrećemo s različitim modelima komunikacije. Jedan od modela koji se po svojoj biti uklapa u koncept autonomije pacijenta je savjetodavni model. U realnom životu, međutim, susrećemo se s različitim modelima komunikacije. Na to utječu brojne znanstvene spoznaje i otkrića što omogućava tehnološki napredak medicine i učinkovitije metode liječenja te visoki postotak uspješnosti medicinske prakse. Danas je nedvojbeno da komunikacija ne smije biti samo improvizirani i/ili spontani oblik društvene komunikacije, već mora biti dobro definiran i kvalitetno vođen susret s jasnim ciljem koji će ne samo dopuštati, nego stimulirati kvalitetnu komunikaciju, što će djelovati na zadovoljstvo i utjecati na pacijentovo ponašanje te omogućiti bolju suradnju u procesu liječenja (24).

ZAHVALE

Zahvaljujem se svojoj mentorici Doc.dr.sc. Zrinki Bošnjak na razumijevanju, susretljivosti i podršci pri izradi ovog rada. Zahvalnost dugujem i svojoj obitelji koja mi je pokretač i motivacija za sve što radim.

LITERATURA

1. Pejić Bach, M., Murgić, J. (2013). Poslovne komunikacije 2. Zagreb: Alka script.
2. Jukić, M., Gašparović, V., Husedžinović, I. i sur. (2008). Intenzivna medicina. Zagreb: Medicinska naklada.
3. HEQI Institut. http://www.heqi.com.hr/Iskustvo-pacijenta; preuzeto 29.4.2017.
4. Lučanin, D., Despot Lučanin, J. (2010). Komunikacijske vještine u zdravstvu. Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Balzer Riley, J. (2000). Communication in nursing. Toronto: Mosby.
6. Arnold, E., Underman Boggs, K. (2003). Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses. St Louis: Saunders.
7. Halpern J, (2003). What is clinical empathy? Journal of General Internal Medicine, 18,670-674.
8. Hojat, M.,Mangione, S.,Nasca, J.,Rattner, S, Erdmann, J.B. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. Journal of Medical Education, 38,934-941.
9. Nagpal K, Arora S, Vats A, et al Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study BMJ Qual Saf Published Online First: 07 July 2012. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000886
10. Arevalo-Rodriguez I, Ciapponi A, Roqué i Figuls M, Muñoz L, Bonfill Cosp X. Posture and fluids for preventing post-dural puncture headache. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD009199. DOI: 10.1002/14651858.CD009199.pub3
11. Silverman, J. Kurtz, S., Draper, J.(1998). Skills for communicating with patients. Abingdon: Radcliffe Medical Press.

12. Guyton A.C., Hall J.E.(2017). Medicinska fiziologija, 12.izdanje. Zagreb: Medicinska naklada.

13. Barker, P. (2003). Interviewing as craft. U P. Barker (ur), Psychiatric and mental health nursing (76-86). London: Hodder Arnold.

14. Breakwell, G. (2001). Vještine vođenja intervjua. Jastrebarsko: Naklada Slap.

15. Thompson Hingle, S., Robinson, S.B. (2009). Enhancing communication with older patients in the outpatient setting. Seminars in Medical Practice, 1-7.

16. Yorkston, K. M., Bourgeois, M. S., Baylor, C.R. (2010). Communication and Aging, Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 21(2), 309-319. doi:10.1016/j.pmr.2009.12.011.

17. Lee, H.Y. (2015).Health education. Practitioner.pdf.; preuzeto 29.4.2017.

18. Wiliams, M.V., Davis, T., Parker, R.M., Weiss, B.D. (2002). The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. Family Medicine, 383-389.

19. Robinson, T.E., White, G.L., Houchins, J.C. (2006). Improving Communication With Older Patients: Tips From the Literature. Family Practice Management, 13(8), 73-78.

20. Dyche, L., Swiderski, D. (2005). The Effect of Physician Solicitation Approaches on Ability to Identify Patient Concerns. Journal of Generative Internal Medicine, 20(3), 267-270.

21. Barath, A. (1995). Kultura, odgoj i zdravlje. Zagreb: Viša medicinska škola.

22. Alligood, M.R. Nursing theorists and their work, 8.ed. Mosby.Missouri.2014;ch1:45-46

23. Jakopović H.Odnosi s javnošću kao znanstvena grana informacijskih i komunikacijskih znanosti.hrcak.srce.hr/file/140316;preuzeto 29.4.2017.

24. Kičić M.E-zdravlje-Savjetodavna uloga medicinskih sestara. hrcak.srce.hr/file/174226;preuzeto 29.4.2017.

ŽIVOTOPIS

Vinka Dovođa, Rođena 8. veljače 1975. u Kairu, Egipat

Obrazovanje

2005. Diplomirala na studiju sestrinstva Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu

1993. Srednja medicinska škola Split

Profesionalna karijera

2008. Imenovana za glavnu medicinsku sestru Poliklinike CROATIA zdravstveno osiguranje

2006. - Zaposlena u Poliklinici CROATIA zdravstveno osiguranje

1995. – 2006. Zavod za neonatologiju i intenzivno liječenje KBC-a Zagreb

Redoviti sudionik domaćih i međunarodnih stručnih skupova

Publikacije, nagrade, članstva

Član Hrvatske komore medicinskih sestara, organiziram i održavam predavanja u sklopu trajne edukacije medicinskih sestra