# Važnost empatičnog pristupa pacijentima u sestrinskoj profesiji

**Kičin Ercegovac, Gordana**

**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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:557400

*Rights / Prava:* In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-03-29**

*Repository / Repozitorij:*

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

zir.nsk.hr

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

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

**Gordana Kičin Ercegovac**

# VAŽNOST EMPATIČNOG PRISTUPA PACIJENTIMA U SESTRINSKOJ PROFESIJI

**DIPLOMSKI RAD**




**Zagreb, 2018.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**

**MEDICINSKI FAKULTET**

**SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Gordana Kičin Ercegovac**

# VAŽNOST EMPATIČNOG PRISTUPA PACIJENTIMA U SESTRINSKOJ PROFESIJI

**DIPLOMSKI RAD**




**Zagreb, 2018.**

Ovaj diplomski rad izrađen je u suradnji s mentorom redovitim profesorom u trajnom zvanju prof. dr. sc. Rudolfom Gregurekom i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2017/2018.

*„Rijetko kada možemo dostići savršenstvo, ali je važno učiti i raditi u tom smjeru!“*

Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj:

1. UVOD ..... 9
2. EMPATIJA ..... 9
2.1. Razvoj empatije ..... 12
2.2. Vrste empatije ..... 13
2.3. Uobičajene zablude o empatiji ..... 15
2.4. Pozitivne posljedice empatičnog pristupa pacijentima ..... 15
2.5. Pokazivanje empatije ..... 16
2.6. Verbalni aspekti empatije ..... 17
2.7. Neverbalni aspekti empatije ..... 18
2.8. Najčešće pogreške u iskazivanju empatije ..... 19
2.9. Koraci za unaprjeđivanje empatije ..... 19
2.10. Poticanje razvoja empatije ..... 20
2.11. Komponente empatije ..... 22
3. ASERTIVNOST ..... 24
3.1. Usvajanje asertivnosti ..... 25
3.2. Vrste asertivnih izjava ..... 25
4. SPECIFIČNOSTI EMPATIČNE KOMUNIKACIJE PRILAGOĐENE DOBI DJETETA ..... 26
4.1. Komunikacija s roditeljima ..... 30
5. SPECIFIČNE KOMPONENTE EMPATIČNE KOMUNIKACIJE S PACIJENTIMA TREĆE ŽIVOTNE DOBI ..... 31
5.1. Specifične sposobnosti starijih pacijenata ..... 31
5.2. Razumijevanje pacijentove perspektive ..... 32
5.3. Aktivno slušanje i uspješno komuniciranje ..... 33
5.4. Tehnike aktivnog slušanja ..... 34
5.5. Neverbalni znakovi aktivnog slušanja ..... 35
5.6. Upute za aktivno slušanje ..... 36
5.7. Prepreke aktivnom slušanju ..... 38
5.8. Vrijeme kao nužan čimbenik uspješne komunikacije ..... 38
6. ISKAZIVANJE ZAINTERESIRANOSTI MEDICINSKE SESTRE ZA PACIJENTA ZAUZIMANJEM PRAVILNOG POLOŽAJA PRILIKOM AKTIVNOG SLUŠANJA ..... 39
7. MEDICINSKE SESTRE I EMPATIJA ..... 40
7.1. Konceptualiziranje empatije za sestrinsku praksu ..... 42

7.2. Razumijevanje pacijentova gledišta ..... 44
7.3. Poimanje i shvaćanje empatije kao alata pri profesionalnom komuniciranju u sestrinstvu ..... 47
7.4. Karakteristike ličnosti medicinske sestre kao preduvjet za iskazivanje empatije u radu ..... 49
8. TEORIJE SESTRINSTVA I EMPATIJA ..... 50
9. ZAKLJUČAK ..... 57
10. POPIS LITERATURE ..... 59
11. ŽIVOTOPIS ..... 63
12. ZAHVALA ..... 64

# VAŽNOST EMPATIČNOG PRISTUPA PACIJENTIMA U SESTRINSKOJ PROFESIJI

**GORDANA KIČIN ERCEGOVAC**

## SAŽETAK

Često volimo reći da s drugima treba postupati onako kako bi željeli da drugi postupaju s nama, međutim takvo ponašanje ne možemo opisati kao empatično ponašanje. Empatija nije ni sućut niti sažaljenje iako neki često mjenjaju te pojmove, nego umijeće imaginarnog ulaska u kožu druge osobe, razumijevanje osjećaja pacijenta i korištenje tog razumijevanja za usmjeravanje vlastitih postupaka ka što boljoj zdravstvenoj skrbi za pacijenta. Empatija ima osobine koje ju određuju kao altruističnu, s obzirom da ju izaziva nevolja drugog, a ne vlastita. Samim time ponašanje empatične medicinske sestre usmjereno je na pomaganje drugima, a ne sebi, a krajnje zadovoljstvo ovisi o uspješnosti pomaganja pacijentima.

U ovom radu biti će prikazano što je to empatija i koja teorijska znanja medicinska sestra treba usvojiti kako bi bila sposobna osjetiti što pacijenti osjećaju i žele te uspostavili što bolju suradnju s njima, a u svrhu njihovog što bržeg oporavka. Osobne karakteristike ličnosti medicinske sestre te vlastita percepcija sebe preduvjet su za iskazivanje empatije u radu. Medicinske sestre koje ostvaruju empatičan pristup prema pacijentima o kojima skrbe bolje se suočavaju s negativnim emocionalnim situacijama i više uživaju u obavljanju svog posla. One medicinske sestre koje rade s djecom kako bi komunikaciju prilagodile dobi djeteta i postigle empatičan odnos moraju imati zavidno znanje o razvojnim fazama u dječjoj dobi te o načinu komunikacije s njihovim roditeljima/skrbnicima.

Aktivno slušanje i iskrenost važni su preduvjeti za uspostavljanje povjerenja između pacijenta i medicinske sestre. Važno je da medicinske sestre kroz cjeloživotno obrazovanje i edukaciju unaprjeđuju svoje komunikacijske vještine te vještinu aktivnog slušanja s obzirom da je to preduvjet za iskazivanje empatije.

Ključne riječi: empatija, pacijent, medicinska sestra, sestrinska profesija

**IMPORTANCE OF EMPHATIC APPROACH TO PATIENTS IN NURSING**

**GORDANA KIČIN ERCEGOVAC**

**SUMMARY**

It is often said that we should treat other people in the manner we want to be treated; nonetheless, such behaviour cannot be described as empathic. Empathy is whether pity nor compassion; however, these terms are frequently mixed up. Empathy is the ability to enter imaginarily other people's mind, to understand patients' feelings and to use such understanding to direct one's own actions at providing the best possible medical care to patients. Empathy possesses characteristics that define it as altruistic since it is caused by other people's pain and suffering, and not by one's own. Accordingly, the behaviour of an empathic nurse is aimed at helping others and not herself/himself, and the final satisfaction depends on how successful he/she has been in helping patients.

This paper presents what empathy is and what theoretical knowledge a nurse has to acquire in order to be able to feel what patients feel and want and to establish the best possible cooperation with them with the aim of ensuring their fastest possible recovery. Personality traits of a nurse and her/his perception of herself/himself are the precondition for demonstrating empathy in nursing. Nurses that have empathy for their patients are better at coping with negative emotional situations and have more job satisfaction. Nurses working with children need considerable knowledge on child's developmental phases and on how to communicate with their parents/legal guardians in order to be able to adapt communication to a child's age and to establish an empathic relationship.

Active listening and honesty are important preconditions for establishing trust between a patient and a nurse. It is, therefore, of great importance that nurses improve their communication skills and active listening skills through lifelong learning and training programmes given that such skills are a precondition for demonstrating empathy.

Key words: empathy, patient, nurse, nursing

# 1. UVOD

Empatija je termin koji podrazumijeva sposobnost razumijevanja i uživljavanja u osjećaje druge osobe te razumijevanje njegove perspektive (Đorđević i Braš, 2011).

Mnogi ljudi koji ostaju u bolnici su uplašeni i osjećaju da su izvan dodira sa svojim životima. Medicinske sestre bi trebale pomoći u tome da se osjećaju ugodno, te im pružiti podršku i pomoć tijekom onog što i kako se osjećaju.

Svaki pacijent, neovisno o rodnoj pripadnosti, boji kože, nacionalnosti ili vjeroispovijesti, zaslužuje ljudski pristup prilikom zbrinjavanja, što uključuje zadovoljenje svih njegovih potreba (Kalauz, 2011).

Medicinske sestre nikako ne smiju dopustiti formalnost prilikom zbrinjavanja pacijenata jer hladan pristup, bez empatije ostavlja dojam na pacijenta kao da je nebitan broj u nizu. U tom slučaju zbog pacijentovog osjećaja ljutnje, straha, očaja i nepovjerenja sav rad i korištenje tehničko medicinskih dostignuća može pasti u drugi plan. Empatičan pristup pacijentima može smanjiti negativne posljedice autoritarne hijerarhizacije u bolnici (Štifanić, 2013).

Katkad neverbalno komuniciranje u većoj mjeri održava empatičnu komunikaciju medicinske sestre i pacijenta. Velika većina ljudi ima urođenu sposobnost empatičnog komuniciranja, međutim u sestrinskoj profesiji potrebno je razviti i dodatne oblike empatičnog komuniciranja koje su nam potrebne posebice prilikom razgovora o teškim temama poput na primjer zlostavljanja (Đorđević i Braš, 2011).

# 2. EMPATIJA

Empatija je mogućnost da se emocionalno razumiju osjećaji druge osobe.

Naziv empatija nastao je kao prijevod njemačke riječi *einflühlung* koja opisuje estetska zapažanja, odnosno mogućnost suživljavanja promatrača s prirodom ili umjetničkim djelom. Riječ empatija izvedenica je od grčke riječi *en* što znači u i *pathos* što znači nesreća, zlo, nevolja i trpljenje. Einflühlung u prijevodu znači

osjećati se u nekome ili nečemu, a empatičko razumijevanje jedini je način da steknemo bilo koje mišljenje o duševnom životu drugih. Empatija opisuje sposobnost razumijevanja i emocionalnog usklađivanja s okolinom i sposobnost reguliranja vlastitih emocija, a empatijsko razmišljanje kognitivnu fleksibilnost i sposobnost stavljanja vlastitih potreba na stranu te zamišljanja osjećaja drugih. Empatija je najvažnija ljudska karakteristika koja osim što omogućava socijalne relacije i komunikaciju osnova je i za stvaranje morala i inhibicije nagona, posebice agresije. Svatko od nas ima stalan protok unutrašnjih proživljavanja i iskustava koja uključuju naš doživljaj svakog događaja i situacije, kao i naš doživljaj proživljavanja istog događaja od druge osobe. Naše iskustvo uključuje naše doživljavanje nas samih, doživljavanje druge osobe te naš doživljaj onoga kako nas u tom trenutku doživljava ta druga osoba, a taj intrasubjektivni proces javlja se uvijek kada su u interakciji ljudska bića. Međutim, poznato je da je subjektivni doživljaj drugih i okoline opasnost s obzirom da smo svi određeni individualnim promišljanjima, pretpostavakama i ograničenjima te se lako možemo izobličiti u službi svojih potreba. Nemoguće je izgraditi znanstveni pristup bez objektivno izvedenih vrijednosti, ali i objektivnost je puna odgovornosti i opasnosti. U ljudskoj je prirodi dijeljenje razumijevanja i osjećaja s drugima, bilo da se ono odvija u neposrednom odnosu s drugom osobom ili gledanjem, čitanjem i maštanjem. Empatija je dijelom prirođena, a tijekom života se može razvijati, ako je pojedinac kao socijalna jedinka za to zainteresiran (Gregurek, 2011).

Empatija je jedan od ključnih preduvjeta za izgradnju odnosa s pacijentima u sestrinskoj profesiji (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Prema Arnold i Underman Boggs (2003), Balzer Riley (2000), Halpern (2003) i Hojat i sur. (2004) ona podrazumijeva sposobnost što točnijeg razumijevanja osjećaja, želja, ideja i ponašanja druge osobe te sposobnost da se to razumijevanje i pokaže.

Za empatično komuniciranje nužno je pokušati na danu situaciju gledati sa sugovornikova gledišta jer bez takvog kognitivnog procesa nema razumijevanja. Medicinske sestre s puno znanja i iskustva, bez toga da pokušaju sagledati situaciju na pacijentov način teško će razumjeti zašto netko osjeća jaki strah prije rutinskih postupaka poput rentgenskog snimanja pluća, uklanjanja konaca nakon operacije ili vađenja krvi.

Ako razumijemo da je nekoga strah, da je sretan ili ljut zbog nečega to ne znači da i mi moramo proživljavati te emocije da bismo bili empatični. Važno je bez potpunog poistovjećivanja sa pacijentom, jer bi to značilo gubitak objektivnosti, a to bi nas spriječilo u obavljanju posla i pružanju pomoći pacijentu, prepoznati i razumijeti vrstu i jačinu pacijentovih osjećaja te razumjeti njegov način gledanja na stvari. Naravno, pri tome je izuzetno važno bezuvjetno prihvaćanje osoba bez osude i procjenjivanja jer ne možemo uvijek znati sve osobne i okolinske čimbenike koji navode pacijenta da misli i osjeća na određeni način.

Ako osuđujujemo pacijente zbog njihovih emocija, oni imaju potrebu braniti se ili povući, a u takvoj situaciji nema uvjeta za uspostavu terapijskog odnosa. Kada smo prepoznali i razumjeli pacijentovo viđenje situacije, konačni cilj empatije je pokazati pacijentu da ga razumijemo, tako da i on to zamijeti. I na verbalnom i na neverbalnom planu to zahtijeva usvajanje određenih tehnika aktivnog slušanja, koje je osnovni preduvjet za empatiju.

Sposobnost razumijevanja drugih ljudi u određenoj je mjeri urođena svim ljudima i naziva se prirodna empatija koja u pojedinca teče usporedno s njegovim kognitivnim razvojem, od najranijeg djetinjstva, a do koje će se mjere u odrasloj dobi razviti ove urođene predispozicije, ovisi o iskustvima i potkrepljenjima u socijalnoj okolini. Klinička empatija je vještina koja se svjesno uči i koristi kako bi se postigao terapijski učinak. Empatiju koristimo kada su pacijenti zbunjeni, u nevolji, tjeskobni, ožalošćeni, nesigurni, ali i kad su iznenađeni, sretni i zadovoljni, odnosno empatija je poželjna svaki put kad netko govori o vlastitim mislima i osjećajima (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Empatija se odnosi na iskustvo druge osobe i više je usmjerena na emocije koje podržavaju to iskustvo nego na samo iskustvo (Priest, 2010).



Slika 1. Empatija

Izvor: http://www.princip.info/wp-content/uploads/2014/03/Empathy-1-part-2.jpg

### 2.1. Razvoj empatije

Prvi znakovi empatije javljaju se u najranijem djetinjstvu, te je takva vrsta empatije primarna. Primjer tome je kada u rodilištu jedno dijete zaplače i time potakne i ostalu djecu na plač.

Kod starije djece i odraslih empatički doživljaj povezan je s razvojem kognitivnog razumijevanja drugih osoba.

Mala djeca ne vide razliku između sebe i drugih osoba, stoga oni mogu doživjeti empatiju bez saznanja o drugoj osobi.

Razlikujemo nekoliko razvojnih faza empatije:

- GLOBALNA EMPATIJA javlja se u prvoj godini života. Djeca u ovoj fazi ne razlikuju sebe od ostalih, to jest ne smatraju se zasebnim fizičkim entitetima. Zbog toga djeca doživljavaju tuđe emocije kao svoje.
- EGOCENTRIČNA EMPATIJA je na višoj razini kognitivnog razvoja. U ovoj fazi dijete doživljava sebe odvojeno od drugih. Sada ono razumije da tuđi osjećaji nisu njegovi te da empatizirajući se s njim nije u istoj situaciji.
- EMPATIJA ZA OSJEĆAJE DRUGIH javlja se između druge i treće godine života, kada dijete postaje sposobno prihvatiti tuđu ulogu, te je svjesno kako druge osobe imaju vlastite osjećaje koji se razlikuju od njegovih. Dijete je sposobno doživjeti suosjećanje ili *„globalnu simpatiju“,* mada još uvijek može odgovarati na nevolju drugog osjećajem vlastite nevolje. Razvojem govora, dijete može empatizirati sa sve složenijim emocionalnim stanjima.
- EMPATIJA ZA NEČIJE ŽIVOTNE UVJETE počinje se javljati u kasnom djetinjstvu kada dijete postaje svjesno da i drugi ljudi doživljavaju različite osjećaje ne samo u neposrednim situacijama, nego i u širem životnom kontekstu te u skladu s tim razvija suosjećanje za opće uvjete drugih.

Na dvjema posljednjim razinama razvoja, empatičke reakcije mogu sadržavati dvije kvalitativno različite komponente.
Prva je osjećaj suosjećanja ili simpatije, praćen željom za uklanjanje nevolje nekog drugog, dok je druga vlastita empatička nevolja, praćena željom za uklanjanjem vlastite neugode. Dok su osjećaji simpatije prosocijalno usmjereni, doživljaj empatičke nevolje često je egoistički usmjeren jer pomaganje osobi s kojom se empatizira vodi do smanjenja vlastitog osjećaja nelagode (Milivojević, 2010).

### 2.2. Vrste empatije

Bit empatije je osjetiti što drugi osjećaju, a da to ne kažu.

- KOGNITIVNA EMPATIJA odnosno empatija kao zauzimanje perspektive, tzv. *„teorija uma“* prirodno se razvija u ranom djetinjstvu, u vrijeme kada se počinje pojavljivati razlika između vlastitog jastva i drugih ljudi koje nas okružuju, a

podrazumijeva uviđanje da drugi ljudi imaju drugačije ukuse, iskustva i svjetonazore.

Veliki iskorak u razmišljanju o kognitivnoj empatiji dogodio se 1948. godine kad je švicarski dječji psiholog Jean Piaget objavio rezultate pokusa poznatog kao *„zadatak triju planina“.* Djeci različite dobi pokazan je trodimenzionalni model planinskog područja, a tada su ih zamolili da opišu što bi lutka vidjela iz različitih položaja oko modela. Djeca mlađa od četiri godine bila su sklona izabrati vlastito viđenje modela, a ne lutkino, dok su djeca starija od četiri godine bila sposobna zamisliti se na mjestu lutke.

Piaget je zaključio da mlađa djeca još nisu sposobna zamišljati perspektivu drugih ljudi.

Na području istraživanja empatije vlada mišljenje da djeca već s dvije ili tri godine posjeduju rudimentarnu sposobnost zamišljanja tuđih perspektiva, što je proizašlo iz Piagetovih pionirskih istraživanja vizualne percepcije.

- AFEKTIVNA EMPATIJA odnosno empatija kao zajednički emocionalni odgovor koja uključuje dijeljenje emocija koje opažamo na drugima.
  Na primjer, ako vidimo dragu osobu kako plače zbog boli pa i sami osjetimo bol, doživljavamo afektivnu empatiju.
  Ako osjetimo drugačiju emociju, kao što je sažaljenje, ne iskazujemo empatiju, nego suosjećanje. Suosjećanje se odnosi na emocionalni odgovor koji nije zajednički.

Kognitivna i afektivna empatija se veoma razlikuju, ali u praksi su oba oblika empatije tijesno isprepletena.
Kognitivna empatija je promatranje svijeta iz tuđe perspektive, a afektivna empatija nije toliko usredotočena na kognitivnu sposobnost shvaćanja tuđih viđenja koliko na dijeljenje ili zrcaljenje tuđih emocija (Bojkovec, 2016).

## 2.3. Uobičajene zablude o empatiji

Definicija empatije obuhvaća afektivni i kognitivni element: empatija obuhvaća ulazak u nečiju kožu, postizanje razumijevanja njegovih osjećaja (afektivan vid) i perspektiva (kognitivan vid) te korištenje tih saznanja za usmjeravanje vlastitih postupaka. Ta dvojna definicija koja uvažava kognitivan i afektivan oblik empatije pomaže razjasniti dvije uobičajene zablude:

- Empatiji se često zamjera to što ju se može koristiti za *„manipuliranje“* ljudima. Međutim, kognitivan korak u kožu druge osobe radi ostvarenja vlastitih ciljeva bez imalo afektivnog dijeljenja emocija ili zabrinutosti za njezinu dobrobit nikako se ne može smatrati empatijom ni po kojoj razboritoj i potpunoj definiciji tog pojma.

- Pojmovi empatija i suosjećanje često se koriste kao istoznačnice.
  Latinsko podrijetlo riječi suosjećanje znači *„patiti s drugim“* te se često koristi dok se govori o emocionalnim odgovorima kao što su žaljenje ili samilost, koji su izvan područja empatije. Kod suosjećanja naglasak je na povezivanju s drugima, na osjećanju njihovih emocija, ali u pravilu ne obuhvaća kognitivan skok radi razumijevanja toga da bi se njihova iskustva i viđenja mogla razlikovati od naših (Bojkovec, 2016).

## 2.4. Pozitivne posljedice empatičnog pristupa pacijentima

- **Empatija pokazuje da razumijemo pacijenta.**
  Pacijenti često kvalitetu zdravstvene skrbi mjere kvalitetom komunikacije sa zdravstvenim djelatnikom i zadovoljniji su medicinskim sestrama koje možemo opisati kao empatične, nego onima koje ne iskazuju empatiju prema njima.

- **Empatija pridonosi osjećaju samopoštovanja kod pacijenta.**

Kada odvojimo vrijeme kako bismo čuli što pacijenti imaju reći, razmislimo o tome i pokažemo im razumijevanje to pridonosi njihovu osjećaju važnosti i vrijednosti.

- **Empatija povećava osjećaj povezanosti s pacijentima.**
  Osjećaj pripadanja smanjuje negativne posljedice usamljenosti i izolacije, koja je čest problem nekih pacijenata, posebice onih starije životne dobi.
- **Bezuvjetno prihvaćanje i razumijevanje pacijenta bez osuđivanja, pridonosi njegovu osjećaju olakšanja i slobode.**
  Ako pacijent želi promijeniti svoje ponašanje ili svoje osjećaje, primjerice osvisnost o alkoholu, spoznaja da ga je netko prihvatio i razumio u tome svakako može pomoći.
- **Naše prihvaćanje pomaže pacijentima da i sami što prije prihvate sebe.**
  Ovakav učinak empatije može biti vrlo značajan u onih pacijenata koji se moraju prilagoditi gubitku tjelesnih funkcija ili dijela tijela.
- **Kada se pacijenti osjećaju prihvaćenima, imaju povjerenja i skloniji su pružiti informacije potrebne za pristup njihovu problemu, potrebne za točnu procjenu njihove situacije i određivanje tretmana.**
- **Empatija povećava vjerojatnost da će pacijent slijediti savjete i upute.**
  Taj učinak je osobito značajan jer o tome često ovisi uspjeh cjelokupnog tretmana pacijenta.

Osim u komunikaciji s pacijentima, empatija ima pozitivne učinke i u komunikaciji sa suradnicima, što pridonosi boljim međuljudskim odnosima u radnoj okolini čime se ostvaruju kvalitetniji odnosi sa pacijentima (Arnold i Underman Boggs, 2003).

### 2.5. Pokazivanje empatije

Kada pacijent pokaže potrebu za izražavanjem emocija važno je, koristeći tehnike aktivnoga slušanja što točnije odgovoriti na pitanja *Kako se pacijent osjeća, što misli, što želi reći? Koji je pacijentov osnovni problem?*

Odgovore na ta pitanja pokušavamo dobiti verbalnom komunikacijom i temeljem neverbalnih poruka koje šalje pacijent (Arnold i Underman Boggs, 2003).




Slika 2. Koncept empatije

Izvor:thttp://www.grafx.ba/~grafxba/index.php/teme/pedagogija-i-psihologija/1146-empatija-mozemo-li-je-nauciti

### 2.6. Verbalni aspekti empatije

Verbalizirati empatiju znači reflektirati pacijentu naše razumijevanje njegovih osjećaja i uzroka njegovih emocionalnih stanja, odnosno riječima što točnije izreći što nam se čini da sugovornik misli i osjeća. Reflektirati se može i verbalna i neverbalna komunikacija sugovornika. Reflektiranje verbalne komunikacije odnosi se na ponavljanje ključnih riječi, a neverbalne komunikacije na slanje poruke o neverbalnim znakovima koje smo uočili kod pacijenta.

Važno je što točnije procijeniti vrstu emocije koju opažamo kod pacijenta, a zatim i jačinu te emocije, bez umanjivanja ili pretjerivanja. Kako bismo postigli da pacijent sam potvrdi kako smo pogodili što osjeća ili je želio reći važno je često provjeravati jesmo li ga dobro razumjeli *(„Jesam li dobro razumjela...Hoćete reći da...Znači li to da...Čini mi se da...“).*

Procijeniti sugovornikove emocije i to mu pokazati nije lako pa tako mnogi pri svladavanju tehnike reflektiranja kao najveću bojazan navode da će krivo procijeniti stanje pacijenta i reći nešto pogrešno. Međutim već pokazivanje zanimanja za

pacijenta često djeluje terapijski, čak i ako smo isprva krivo procijenili o čemu se radi.

Biti što točniji u reflektiranju pacijentovih misli ne znači doslovno ponavljati ono što smo čuli jer na taj način ostavljamo dojam da ono što smo čuli nismo stvarno razumjeli. Tehnikom parafraziranja, to jest ponavljanjem vlastitim riječima, jasnije ćemo iskazati da razumijemo što nam je pacijent želio prenijeti.

Empatija postaje posebno zahtjevna u situacijama komunikacije s pacijentima kojima ne možemo ukloniti bol, patnju ili stres, pa nam se može činiti da im zapravo nemamo što reći. No, čak i tada možemo parafrazirati ili reflektirati pacijentovu komunikaciju i na taj mu način pokazati da ga pokušavamo razumjeti.

Empatija ima blagotvorno djelovanje i očekuje se i prilikom pozitivnih emocija kako ne bi ostavili dojam hladnoće i nezainteresiranosti za pacijenta  Zato je važno ne ignorirati olakšanje bolesnika pri izlasku iz bolnice, zadovoljstvo zbog dobrih nalaza ili ponos majke novorođenčeta (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

## 2.7. Neverbalni aspekti empatije

Neverbalna obilježja empatije jednako su važna kao i verbalna. Empatične izjave praćene neverbalnim znakovima koji odaju zanimanje, toplinu i iskrenost, pacijentu će pokazati da ga razumijemo, u suprotnom, empatični odgovori bit će neprimjereni jer će neverbalni znakovi odati nedostatak stvarnoga zanimanja.

U neverbalnom iskazivanju empatije koristi se tehnika zrcaljenja. Kako bismo pokazali da razumijemo pacijentove emocije, djelomično ponavljamo i njegovu neverbalnu komunikaciju kako bi pokazali da smo stvarno osvijestili što on osjeća. Na primjer, pacijent koji priča o jakim bolovima pri napadu bubrežnih kamenaca, mršti se pa i mi skupljamo obrve. Ili mladić, nakon dugotrajne fizioterapije, oduševljeno nam priča kako je jučer ponovno trčao i široko se osmjehuje. Mi ne osjećamo isti intenzitet sreće kao on, ali se smješkamo (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

## 2.8. Najčešće pogreške u iskazivanju empatije

Najčešće pogreške u iskazivanju empatije su:

- nedovoljno jasno iskazana empatija,
- neusklađenost verbalne i neverbalne poruke,
- nuđenje isključivo konkretne pomoći, bez empatije,
- krivo prepoznat ili imenovan problem,
- pogrešno reflektiran intenzitet emocije,
- prigovaranje bolesniku zbog toga kako se osjeća ili razmišlja,
- pogađanje bolesnikovih osjećaja, umjesto razumijevanja,
- pretjerano reflektiranje verbalnog sadržaja bolesnikove poruke, odnosno stalno ponavljanje svega što bolesnik kaže,
- sažaljevanje bolesnika umjesto suosjećanja,
- lažna empatija ili pružanje površne podrške,
- suosjećanje samo s negativnim stanjima bolesnika, a ignoriranje pozitivnih,
- miješanje iskazivanja empatije s davanjem savjeta ili s tješenjem
- (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

## 2.9. Koraci za unaprjeđivanje empatije

Kao i svaku drugu komunikacijsku vještinu i empatiju je moguće unaprijediti:

- ***Uklonite iz glave sve što vam smeta.*** Našu usredotočenost na pacijenta mogu smanjiti osobne brige, stres na poslu ili moguća neugoda zbog razgovora.
- ***Podsjetite se da se morate usredotočiti na sugovornika***. Moramo slušati pacijenta kako bismo mu kasnije mogli reći što smo i kako razumijeli. Nekim ljudima u tome pomaže neki tjelesni pokret, primjerice skidanje naočala, koji ih podsjeća da moraju biti uredotočeni na ono što slušaju.

- ***Obratite pažnju i na verbalne i na neverbane poruke.*** Treba voditi računa o potpunoj poruci sugovornika.
- ***Pitajte se „Što mi ova osoba zapravo želi reći?“*** Koja je tema najviše zastupljena? Je li najizraženiji osjećaj straha? Prevladava li kod te osobe zadovoljstvo? To je ono što sugovornik najviše želi da čujemo i prema tome oblikujemo empatični odgovor.
- ***Šaljite empatične odgovore.*** Reflektirajte pacijentove osjećaje i razloge za njih, verbalno i neverbalno.
- ***Provjerite je li vaš empatični odgovor bio uspješan***. Cilj empatije je da pacijent osjeti olakšanje (jer ga razumijemo) i našu brigu (jer nas iskreno zanima). Klima li pacijent glavom? Smije li se? Govori li da je sretan jer ste ga razumjeli? Zamjećujete li da se opustio? U većini slučajeva pomaže pitati *„Je li to ono što osjećate?“* ili *„Jesam li vas dobro razumio?“* (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

### 2.10. Poticanje razvoja empatije

Kako je empatija vještina koja se uči vrlo je važno poticati je od najranijeg djetinjstva. U danskom obrazovnom sustavu učenje empatije smatra se jednako važnim kao i učenje ostalih predmeta te je sastavni dio nastavnog plana od vrtića do kraja srednje škole.

Smatra se da djeca kojoj se ukazuje na važnost empatičnog ponašanja postaju uspješniji i produktivnji odrasli ljudi, emocionalno i društveno kompetentniji te se na taj način uvelike smanjuje međuvršnjačko nasilje.

Takav program provodi se na način da djeca barem jedan sat tjedno u posebno uređenoj učionici za opuštanje sjede na jastučićima, leže na prostirkama i opušteno razgovaraju. Tada svatko može govoriti o problemu koji ga tišti bez obzira radi li se o problemima između učenika, s učiteljima, gradivom koje ne razumiju ili bilo kojim drugim školskim ili privatnim problemom. Djeca mogu pričati o bilo čemu što im zaokuplja misli ili djeluje na njihove emocije, a učiteljica ili odgajatelj u vrtiću potom pušta drugu djecu da komentiraju i da svi zajedno kao grupa predlažu rješenja. Na

taj način sva se djeca *„stavljaju u tuđe cipele“* i aktivno nude pomoć djetetu koje to želi ili treba. Često učiteljice i učitelji imaju svoj popis *“problema”* koje su tijekom tjedna zamijetili, pa ih prezentiraju djeci i potiču ih opet da sami pronađu rješenje koje je pravedno, moralno, uvažava i poštuje svako dijete u razredu i donosi poboljšanje u funkcioniranje grupe. Ako u razredu nema nikakvog problema niti ozbiljne teme o kojoj bi se razgovaralo, djeca jednostavno leže, šute, odmaraju, maštaju, dišu, meditiraju i uživaju.

Djecu najviše zabrinjavaju problemi s vršnjacima, kao što je ogovaranje, socijalno isključivanje, fizička agresivnost ili zadirkivanje pa se takvim zajedničkim raspravama takve situacije često mogu smanjiti na najmanju moguću mjeru.

Najvažnije je da se svakoga sasluša i da se djecu potakne da pokušaju shvatiti kako se netko drugi osjeća i zašto se tako osjeća.

Za jačanje osjećaja empatije kod djece važno je usvojiti kulturu čitanja. Danas mladi ljudi sve više gube osjećaj razumijevanja za druge, a to je u velikoj mjeri povezano s korištenjem moderne tehnologije i slabljenjem zanimanja za knjige. Čitanjem se obogaćuje naše iskustvo te potiče empatija prema likovima, pa čitači i u svakidašnjem životu imaju više empatije prema drugim osobama i bićima. U kompjuterskoj igri možete spasiti princezu da dospijete na slijedeći nivo, ali ta ista princeza u knjizi ima svoju prošlost, sadašnjost, budućnost i motivaciju i dok zamišljate događaje kroz koje ona prolazi neminovno se povezujete s njenim likom (Alexander i Sandahl, 2016).



Slika 3. Poticanje kulture čitanja
Izvor: http://pcnw.org/city-panorama-2017/the-reader-detail-3/

## 2.11. Komponente empatije

### Zrcaljenje

Ako primijetite da je pacijent tužan dok govori o svojoj bolesti, oblik zrcaljenja može biti:

- izgledate tužno,
- vidim da vas je to uznemirilo,
- teško je o tome govoriti.

Ovakav oblik zrcalne komunikacije daje dojam vaše brige za emocionalno stanje pacijenta što ga ohrabruje da nastavi govoriti o svom emocionalnom stanju. Na ovaj način promatramo pacijenta u cjelosti i ohrabrujemo ga da nastavi s iznošenjem svojih tegoba koje ga opterećuju te time poboljšavamo izgradnju odnosa medicinska sestra pacijent.
Često pacijenti znaju plakati tijekom razgovora, što je dobar znak i znači da je povjerenje uspostavljeno. U takvim situacijama najbolja je pažljiva šutnja te možete pacijentu ponuditi maramicu. Na pacijentove osjećaje važno je odgovoriti čim je prije moguće, no ako su osjećaji i emocije toliko intenzivni da onemogućavaju komunikaciju i daljnu potrebnu skrb o pacijentu potrebno je konzultirati psihijatra ili psihologa i omogućiti da oni prisustvuju razgovoru.

### Legitimitet

Legitimitet je usko povezan sa zrcaljenjem. Nakon iskazivanja empatije važno je pacijentu napomenuti da su emocije i osjećaji koje izražava razumljivi i logični s obzirom na težinu problema koji ga muče.

Možete reći:

- Mogu razumjeti zašto ste uzrujani.
- Većini ljudi bi to predstavljalo problem.
- Vaše reakcije su normalne.
- To bi kod svakog pobudilo osjećaj tjeskobe.

- Mogu shvatiti zašto ste ljuti.

Kod pacijenta koji iskazuju ljutnju, konstatacija da razumijete ljutnju ne znači da se slažete s razlozima koji dovode do navedene emocije, nego da shvaćate pacijentov kut gledanja.

Zrcaljenje i davanje legitimiteta onome što pacijent iznosi posebno je važno kod onih pacijenata koji su ljutiti ili pokazuju agresivne oblike ponašanja. Na primjer ako je pacijent ljut jer je predugo čekao na pregled, možete reći *„Vidim da ste uzrujani jer ste čekali predugo. Razumijem vašu ljutnju. Ispričavam se zbog toga.“*

**Poštovanje**

Pažljivo slušanje, uspostava kontakta očima, neverbalni signali i istinska briga upućuju na poštivanje pacijenata i njihovih problema.

Odraz poštovanja i brige za pacijenta može biti i pohvala za napore koje pacijent ulaže kao na primjer:

- Zadivljuje me način kojim se suočavate sa svojim problemima.
- Usprkos kroničnoj boli, još uvijek ste u stanju brinuti se o sebi i kućanskim poslovima. To je za svaku pohvalu.
- Odlično kontrolirate razinu šećera u krvi.

Rečenice kojima iskazujemo poštovanje moraju biti iskrene i autentične jer jedino na taj način one mogu osigurati poboljšanje komunikacije između pacijenta i medicinske sestre.

**Osobna podrška**

Svakako treba istaknuti da smo mi tu radi pacijentove dobrobiti, a osobnu podršku pacijentu možemo iskazati rečenicom:

- Učinit ću sve što mogu da vam pomognem.

**Partnerstvo**

Pacijenti su više zadovoljni i češće surađuju ako osjećaju da su u partnerstvu s medicinskim sestrama. Partnerstvo se ne stječe odmah, već zahtjeva vrijeme i ostvaruje se kroz komunikaciju usmjerenu pacijentu, a nadalje se razvija ako pacijenta što je više moguće uključujemo u planiranje tretmana.

Na primjer:

- Trebat ću vašu pomoć i aktivno sudjelovanje u tretmanu.

Stvaranjem partnerskog odnosa pacijentu pomažemo da se što bolje i učinkovitije suočava sa svojim teškoćama. Stvaranje partnerskih odnosa iznimno je važno kod umirućih pacijenata, onih koji imaju problema s ovisnošću o drogama i alkoholu, pacijenata s neizlječivim bolestima te prilikom priopćavanja loših vijesti (Đorđević, Braš, 2011).

## 3. ASERTIVNOST

Može se dogoditi da neki pacijenti pokušaju iskoristiti našu sposobnost iskazivanja empatije i u takvim situacijama važno je poznavati vještine asertivnosti.

Asertivno (lat. assertus – potvrđen, dokazan) ponašanje označava borbu za vlastita prava, jasnim i iskrenim izražavanjem mišljenja i emocija te odbijanju nerazumnih zahtjeva, bez osjećaja straha i krivnje, na način kojim ne ugrožavamo prava drugih ljudi te na taj način dugoročno osigurava kvalitetne međuljudske odnose.

Sposobnosti koje označavaju asertivno ponašanje:

- reći *„ne“,* odbiti nerazuman zahtjev,
- tražiti usluge i postavljati zahtjeve,
- izražavati pozitivne i negativne emocije,
- započinjati, održavati i završavati konverzaciju.

Asertivno ponašanje povećava vjerojatnost da u nekoj situaciji postignemo željeni cilj bez da naiđemo na odbijanja od strane pacijenta. Također na taj način učimo izraziti negativne emocije na društveno prihvatljiv način, što je vrlo važno pri konstruktivnom rješavanju sukoba. Na taj način drugi nas počinju više uvažavati, što jača naše samopooštovanje, osjećaj neovisnosti i sposobnosti donošenja odluka (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

### 3.1. Usvajanje asertivnosti

Asertivnost nije crta ličnosti, već naučeno ponašanje. Mala djeca već pokušavaju reći *„ne“,* no takvo ponašanje se rijetko ohrabruje i potkrepljuje s obzirom da glavne odgojne institucije kao što je obitelj, škola i crkva pokazuju tendenciju poticanja neasertivnog ponašanja, dok se asertivnost često pogrešno označava kao agresivnost, pa se veže uz osjećaj krivnje. Iz tog razloga većina ljudi treba ponovno otkriti i naučiti asertivnost.

Specifičnosti učenja asertivnosti su da promjena iz neasertivnog u asertivno ponašanje može izazvati negativne reakcije osoba iz naše okoline, osobito ako ta promjena zahtjeva neku promjenu odnosa. Negativne reakcije mogu biti ogovaranje, ljutnja, čuđenje, verbalna ili čak fizička agresija, durenje, psihosomatske reakcije poput glavobolje, osveta, podrugivanje, poricanje, pretjerano osjetljivo i neprikladno ponašanje. Ako situacija pokaže da ste previše asertivni ili u krivu treba se prikladno ispričati, ali ne pretjerivati u tome (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

### 3.2. Vrste asertivnih izjava

Asertivna poruka može biti kratka, ali i duža i složenija, a kakva će ona biti, ovisi o značajkama situacije, sugovornika i poruke koju prenosimo.

Postoje tri vrste asertivnih izjava:

- **Temeljna asertivna izjava** - jednostavno, izravno iznošenje svojih mišljenja, ideja, uvjerenja u slučajevima kada želimo reći „ne“. Kada smo sigurni u svoju odluku ne moramo je obrazložiti. Možemo reći *„Ne mogu pristati na to što tražite.“*
- **Zaoštravajuća asertivna izjava** - ako pacijent ne reagira na našu temeljnu asertivnu izjavu, možemo postupno zaoštriti svoju izjavu i navesti što planiramo učiniti ako se ništa ne promijeni „*Već sam vam rekla da se ne možete derati na mene. Inzistiram na tome da prestanete, inače ću vas prijaviti.“*
- **Empatična asertivna izjava** - osim našeg zahtjeva i potreba iskazuje razumijevanje za poziciju druge strane. Na primjer *„Znam da imate puno posla. No, ne možemo previti bolesnike bez sterilnog pribora pa nam je bitno znati hoćete li ga dostaviti do 12 sati“* (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

## 4. SPECIFIČNOSTI EMPATIČNE KOMUNIKACIJE PRILAGOĐENE DOBI DJETETA

Komunikaciju s djecom potrebno je prilagoditi dobi.
Mala djeca koja još ne govore reagiraju na sve novo i nepoznato plačem, pa tako i na medicinsku sestru. Za njih je boravak u bolnici zbog bolesti, terapijskih i dijagnostičkih postupaka te bolničke okoline, posebice zbog odvajanja od roditelja vrlo stresan. Zato empatičan pristup prilikom kontakta s malom djecom pokazujemo osmjehom, umirujućim tonom glasa, draganjem djeteta po ruci ili leđima, gledanjem u oči. Kada dijete više ne plače kada vidi medicinsku sestru treba ga dizati na ruke, pričati mu i igrati se s njim.

S djecom od oko tri godine treba razgovarati te jasno i kratko objasniti što ćemo mu raditi i pripremiti dijete na eventualnu bol ili neki zastrašujući aparat. Zbog slabo razvijenog pojma vremena treba povezivati neka zbivanja s dnevnim aktivnostima kao na primjer *„Kada se probudiš, doći će mama“* ili „ *Kad pojedeš doručak, doktor*

*će poslušati kako ti kuca srce.“* Djeca od tri do pet godina često su agresivna i izražavaju jake negativne emocije kao što su strah, bijes i ljubomora te često odbijaju suradnju s medicinskim sestrama.

Predškolska djeca imaju razvijenu maštu koju ponekad teško razlikuju od stvarnosti. Djeca od pet do sedam godina zaokupljena su vlastitim tijelom i boje se povrede.
Kroz crtanje, pričanje priča, igrom lutkama ili malim predmetima (zavojima, plastičnom špricom i slično) dijete si može predočiti stvarnu situaciju s kojom je suočeno, a koja mu se inače čini nerazumljivom ili prijetećom te je na taj način prihvatiti.

Školska djeca, odnosno ona od sedam do dvanaest godina sposobna su izraziti svoje osjećaje i frustracije riječima.

Mlađoj školskoj djeci se pomoću primjerenih pisanih materijala ili slika može pokazati što će čuti, vidjeti i kako će se osjećati.

Starijoj školskoj djeci i adolescentima kako bi opisali svoje doživljaje i osjećaje može se ponuditi da napišu priču, pismo ili pjesmu. Djecu te dobi važno je uključiti u razgovor o njihovoj bolesti i u planiranje skrbi i liječenje jer mogućnost odlučivanja smanjuje djetetove strahove vezane uz bolest.

Preporuke za komunikaciju s djetetom u bolnici:

- Omogućiti da se s djetetom bavi jedna, odnosno što manji broj medicinskih sestara.
- Dopustiti slobodno vrijeme posjeta, tako da roditelji mogu doći kad god im odgovara.
- Pridržavati se djetetova kućnog rasporeda aktivnosti što je više moguće za vrijeme hospitalizacije, da bi se stvorila okolina koja djetetu pruža osjećaj sigurnosti.
- Prihvatiti djetetovo ponašanje (plakanje, vrištanje) kao zdravu manifestaciju separacijske anksioznosti: ne pokušati potisnuti djetetovo izražavanje bijesa ili neverbalno komunicirati djetetu da je *„zločesto“* zato što se tako ponaša.
- Smjestiti se blizu djeteta dok plače ili je ljuto i pružiti neverbalnu komunikaciju (dodir) u svrhu pokazivanja prihvaćanja djetetova ponašanja.

- Održati uzajamno poštovanje u razgovoru s djetetom tako da se ne ismijavaju ili umanjuju njegovi strahovi ili percepcije.
- Reagirati na emocionalni ton onoga što dijete priča, a ne na sadržaj: pomoći mu da razumije što osjeća (strah, bijes, bespomoćnost), a zatim zašto se tako osjeća.
- Govoriti polako i smireno: ne treba navaliti ili prestrašiti dijete drugim objašnjenjima; kada bude prikladno, razuvjeriti ga da nitko nije kriv za njegovu bolest.
- Dati djetetu *„prijelazni objekt“,* igračku ili poznati predmet, po mogućnosti od kuće, koji će umiriti i utješiti dijete.
- Ponuditi djetetu da ispriča priču o nekom događaju ili da opiše što se događa na slici koja mu se pokaže, pri čemu medicinska sestra dopunjava priču ili opis i pomaže djetetu da izrazi svoje osjećaje i izvuče neku pouku.
- Budući da djeca uživaju u manipulativnoj ili konstruktivnoj igri, pružiti djetetu igračke koje se mogu slagati, ili čak *„popraviti“,* ponuditi da u igri npr. napravi gips (uz malu pomoć u materijalu) za lutkinu slomljenu nogu; neka ispriča kako je lutka slomila nogu.
- Dopustiti djetetu da izrazi bijes zbog toga što je *„napušteno“* kroz igru neopasnim predmetima, npr. igranjem velikim drvenim žlicama i posudama koje se ne mogu razbiti, udaranjem po dasci ili ploči drvenom žlicom, štipaljkama i sl., crtanjem bojicama po papiru.
- Ostaviti noćno svjetlo u sobi upaljeno i razgovarati s djetetom o svemu što ga plaši.
- Ako treba postaviti ograničenja da bi se smanjilo agresivno ponašanje, ali treba paziti da tih ograničenja bude malo i da ih se dosljedno pridržavaju svi zdravstveni djelatnici.

Adolescencija je razdoblje od dvanaest do osamnaest godina, odnosno razdoblje prijelaza iz djetinjstva u odraslu dob. Sazrijevanje adolescenata često je praćeno povlačenjem, buntovništvom, gubitkom motivacije, razdražljivošću što je do neke mjere normalno. Reakcija na tešku ili neugodnu situaciju u kojoj se adolescent može naći može rezultirati time da on svoj bijes i frustracije iskali na medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim djelatnicima s kojima je u dodiru.

Preduvjeti uspješne komunikacije s adolescentima:

- Uspostaviti povjerenje odnosno uvjeriti adolescenta da će sve što kaže ostati među vama, osim ako se radi o životno opasnim informacijama, kad ćete morati obavijestiti roditelje ili druge zdravstvene djelatnike, npr. prijetnje samoubojstvom.
- Omogućiti neovisnost i uspostavljanje identiteta odnosno dopustiti im da sudjeluju u odlučivanju. Pri tome je važno izbjegavati autoritaran nastup i prosuđivanje. Važno je pojašnjavati rečeno, aktivno slušati i prihvatiti regresiju u ponašanju.
- Provjeriti razumijevanje rečenog. Apstraktno mišljenje se razvija u adolescenciji, ali je dobro provjeriti ako niste sigurni da vas je adolescent dobro razumio.
- Potruditi se da razumijete neformalni način izražavanja i riječnik adolescenata.
- Procijeniti sposobnost predviđanja posljedica ponašanja bilo pozitivnih, bilo negativnih, naročito dugoročnih, jer se i ta sposobnost tek razvija u adolescenciji.
- Pružiti točne informacije, bez nametanja vrijednosnih stavova.

Važno je zadobiti povjerenje djeteta i pokazati poštovanje prema njemu koje možemo iskazati kucanjem na vrata sobe u kojoj on boravi prije ulaska u istu. Bitan je i redosljed obraćanja; ako je dijete mlađe ili sramežljivo, najbolje se prvo obratiti roditelju, a ako je starije prvo njemu. Djetetu se treba obraćati imenom i prilikom razgovora, kako bi djelovali manje prijeteće, spustiti se na istu razinu na kojoj je dijete, tako što ćemo sjesti, čučnuti ili se sagnuti. Prvo treba pričati o nečem neutralnom, npr. o omiljenoj igrački te pokazati djetetu da ga slušamo, bez da ga pri tome prosuđujemo i naglasiti mu da je to što nam kaže povjerljivo. Verbalne iskaze treba potkrijepiti i neverbalnim znakovima: pogledom u oči, izrazom lica, klimanjem glavom, osmjehom i sl. Otvorenim pitanjima uz upotrebu igračke *„koja govori“,* uz igranje uloga, igranje liječenja, posebice kod mlađe djece koja teško verbaliziraju emocije potaknut ćemo dijete da iskaže svoje osjećaje. Također važno je ponoviti rečeno drugim riječima.

Kod svakog djeteta koje je hospitalizirano može se očekivati neki oblik regresivnog ponašanja zato je važno da roditelji upoznaju medicinske sestre s djetetovim uobičajenim ponašanjem, a roditelji će biti mirniji kada im se objasni da je regresivno ponašanje normalna reakcija djece na hospitalizaciju. Također važno je saznati koje izraze dijete obično koristi kako bi opisalo bol te neke njegove navike.

Aktivno slušanje i iskrenost je nužan preduvjet za uspostavu povjerenja između medicinske sestre i djeteta, te suprotno uvjerenju mnogih da bi istina prestrašila djecu, ona se lakše nose sa stresnom situacijom ako razumiju što im se događa i imaju podršku osoba koje skrbe o njima u nepoznatoj okolini. Djeci ne treba nikada prešućivati bitne informacije niti ih plašiti, uključujući i roditelje. Kao na primjer *„Ako ne prestaneš plakati neću te više posjećivati“* (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

### 4.1. Komunikacija s roditeljima

Medicinske sestre koje rade s djecom osim njih u skrbi imaju i roditelje i druge članove obitelji.

O svakom postupku koji se provodi s djetetom potrebno je razgovarati s roditeljima te je važno znati kako s njima komunicirati i zadobiti povjerenje kako bi se postigla najbolja suradnja između medicinske sestre i roditelja, a za dobrobit djeteta. Ako je roditelj uključen u planiranje i provođenje zdravstvene skrbi dijete se osjeća sigurnije i poboljšava se njegovo opće stanje, što je bitno za liječenje pa tako i u najnepovoljnijim uvjetima treba osigurati roditeljima barem sat vremena boravka uz dijete.

Često roditelji svoje strahove, zabrinutost i bespomoćnost iskazuju prigovaranjem i kritikama, međutim upravo tada medicinska sestra treba primijeniti empatičan pristup te omogućiti roditelju da iskaže svoje osjećaje, pitati ga što ga zanima i saslušati ga. Važno je ne raspravljati se pred djetetom, već razgovarati, ako je moguće u zasebnoj, mirnoj prostoriji (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

# 5. SPECIFIČNE KOMPONENTE EMPATIČNE KOMUNIKACIJE S PACIJENTIMA TREĆE ŽIVOTNE DOBI

Kako bi mogli uspostaviti uspješnu komunikaciju s osobama treće životne dobi potrebno je prije svega odbaciti stereotipne slike o starijim ljudima kao osobama narušenog tjelesnog zdravlja i narušenih psihičkih sposobnosti (Nussbaum, Ragan i Whaley, 2003) te procijeniti opću razinu funkcioniranja osobe, što je bolji pokazatelj stanja starije osobe, nego kronološka dob (Woods, 1999).

## 5.1. Specifične sposobnosti starijih pacijenata

- **Procjena senzornih sposobnosti**
  Način komunikacije prilagođava se stanju sluha i stanju vida.

- **Procjena psihosocijalnih potreba** započinje pričom starije osobe.
  Kako bi otkrili eventualne psihosocijalne problema kao što je npr. strah da ne bude na teret drugima važno je čuti i vidjeti što se zbiva s gledišta same osobe.

- **Procjena sposobnosti suočavanja s problemima**
  Kao pomoć u suočavanju s trenutačnim problemima i promjenama treba iskoristiti uspješne načine suočavanja sa problemima u prošlosti, čime se povećava osjećaj kontrole nad vlastitim životom.

- **Procjena emocionalnog stanja**
  Važno je biti osjetljiv na neizražene strahove starijih osoba, koje se često boje da će prihvaćanjem pomoći od strane medicinskih sestara izgubiti neovisnost te su s toga skloni umanjivanju svojih teškoća.

- **Procjena potrebe za pomoći**

  Treba ponuditi pomoć pacijentu na način kojim se naglašava održavanje što duže neovisnosti, odnosno dati mu da sam donosi odluke i preuzme odgovornost čime se potiče samopoštovanje i samokontrola (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

## 5.2. Razumijevanje pacijentove perspektive

Shvatiti pacijentovu perspektivu znači komunicirati s razumijevanjem, a takvo komuniciranje zahtijeva empatiju i razvijanje empatijskih vještina. Jednostavno i obično slušanje onoga što pacijent navodi daje osjećaj prihvaćanja i važnosti, što je temelj uspješne komunikacije. Poticanje pacijenta da daje podatke o sebi, a ne samo o bolesti stvara empatično okruženje. Neki pacijenti starije životne dobi imaju veći stupanj anksioznosti prilikom dolaska u zdravstvenu ustanovu, što može narušiti uspostavu adekvatne komunikacije te otežati mogućnost dobivanja relevantnih podataka. Stoga možemo predložiti takvim pacijentima da prilikom sljedeće posjete ispišu svoje tegobe i ono o čemu žele razgovarati s medicinskom sestrom/liječnikom i potaknuti ih na pisanje dnevnika tegoba kako bi se dobio detaljan uvid u pacijentovu perspektivu što omogućuje uspostavu uspješne komunikacije, a time i veći uspjeh u liječenju.

Pacijenti starije životne dobi češće imaju višestruke medicinske i psihosocijalne probleme, a razgovor o nekim problemima može probuditi osjećaj srama i nelagode zato im je važno prije svakog razgovora reći da je razgovor povjerljiv, a njihova privatnost zaštićena.

Razgovor nikako ne smije biti osuđujući i iznimno je važno prihvatiti pacijentove stavove, uvjerenja i sustav vrijednosti koliko god se razlikovao od naših jer se na taj način stvara sigurno okruženje za pacijenta u kojem se on može otvoriti i za neke bolne teme poput smrti, umiranja, gubitka socijalne uloge, osjećaja odbačenosti, izoliranosti, seksualnih disfunkcija i sl. (Đorđević i Braš, 2011).

### 5.3. Aktivno slušanje i uspješno komuniciranje

Dobra komunikacija ovisi o dobrom odnosno aktivnom slušanju. Aktivno slušanje ne podrazumijeva samo primanje informacija nego i njihovo procesuiranje, odnosno usmjeravanje pažnje na ono što osoba govori i osjeća i uzvraćanje vlastitim riječima da smo čuli i shvatili ono što nam pacijent iznosi. Ono pokazuje interes i brigu za pacijenta, vodi do bolje informiranosti, do veće i bolje suradnje između medicinskih sestara i pacijenta, potiče daljnju komunikaciju, potiče pacijenta da s većom pažnjom sluša ono što mu govorimo i savjetujemo.

Aktivnim slušanjem pokazujemo pacijentu svoju empatiju, šaljemo poruke da ga razumijemo, da poštujemo njegova razmišljanja i dopuštamo mu da kaže ono što je htio bez prekidanja i pogađanja što je želio reći. Slušanje skrivenih poruka do kojih dolazimo preko neverbalne komunikacije, koja je manje pod svjesnom kontrolom vrlo je važno u procesu komunikacije. Tako pacijent može reći da se osjeća dobro, ali neverbalno šalje sasvim drugu poruku te je važno opaziti te razlike.

Na kraju svako aktivno slušanje završava parafraziranjem tj. zbrajanjem onoga što je pacijent iznio kao problem ili tegobu. Na primjer *„Ako sam dobro razumjela/razumio, vaš najveći problem je...“.* Obično se u nedostatku vremena zavaravamo da je sve jasno i često preskočimo parafraziranje. Zato treba imati na umu izreku da podrazumijevanje znači nerazumijevanje!

Izbjegavanje uporabe medicinskog žargona i stručne terminologije znatno doprinose razumijevanju i poboljšavanju komunikacijskog procesa. U komunikaciji s pacijentima starije životne dobi treba prakticirati zapisivanje savjeta, pretraga koje bi trebali obaviti, sažeti najvažnije točke razgovora i na kraju im objasniti što trebaju konkretno napraviti. Treba biti što više specifičan pa tako umjesto savjeta pacijentu da propisanu terapiju uzme ujutro i na večer te da je važno da se bavi tjelesnom aktivnosti treba reći da uzme propisanu terapiju čim se ustane iz kreveta i prije nego ode spavati te da je važno da prošeće oko kvarta nakon što je doručkovao i ručao. Na taj način pacijent sebi stvara predodžbu i mentalne mape koje dovode do boljeg zapamćivanja danih savjeta. Na kraju treba tražiti od pacijenta da ponovi dane savjete koje mora slijediti (Đorđević i Braš, 2011).

Aktivno slušanje je slušanje sa svrhom, a ona može biti:

- prikupljanje informacija,
- dobivanje uputa,
- razumijevanje drugih,
- rješavanje problema,
- pokazivanje interesa i podrške.

Aktivno slušanje je proces tijekom kojeg medicinska sestra ne sluša samo činjenice koje pacijent iznosi već pokušava shvatiti i pridodane im vrijednosti, stavove i osjećaje, odnosno sluša što pacijent govori, kako govori te treba osjetiti ono što nije rečeno.

To je dinamičan i aktivan proces tijekom kojeg medicinska sestra:

- sluša pacijentove poruke,
- dekodira njihovo značenje,
- daje povratnu informaciju o onom što je od poruke razumjela (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

### 5.4. Tehnike aktivnog slušanja

- **Postavljanje potpitanja** kojima usmjeravamo razgovor, razjašnjavamo pacijentove tvrdnje i pomažemo mu da se izrazi.
- **Olakšavanje ili facilitacija** je korištenje raznih verbalnih i neverbalnih znakova kao što je naginjanje prema pacijentu, gledanje u oči, kimanje glavom, osmijeh, lagano podizanje obrva ili izrazi odobravanja *"…da, aha…"* ili fraze *" I onda?", "Slobodno recite".*
- **Pojašnjavanje nejasnih ili preopćenitih tvrdnji** pitanjima poput *"Kako to mislite da nitko ne želi razgovarati s vama?*" ili "*Možete li mi pojasniti na koga mislite kada kažete…".*
- **Prepoznavanje neizrečenih misli ili emocija** tzv. metaporuka kao na primjer kada pacijent zabrinuto kaže *"Znate, moj brat je umro u ovoj bolnici",* njegova neizrečena misao može biti *"Hoće li se to dogoditi i meni?".*

- **Reflektiranje**, odnosno ponavljanje ključne riječi ili onog što je pacijent posljednje izgovorio, npr. *“Dakle, niste se mogli odlučiti - sami se brinuti o supruzi ili je smjestiti u dom.”* To pacijenta potiče da dalje razvija misao i nastavi pričati. Reflektirati možemo i nečije emocionalno stanje tako da pred pacijentom imenujemo njegove emocije ili mu opišemo kako nam izgleda, npr. *“Vidim da vas to ljuti*” ili *“Sada izgledate vrlo potišteno”.*
- **Parafraziranje** je proširena refleksija jer se ponavlja pacijentova ključna misao ili poruka, ali sažetije i drugim riječima.
- **Sažimanje** kojim se nastoje obuhvatiti ključni podaci, zaključci, dogovori, ciljevi i poruke pred sam kraj razgovora. Time provjeravamo ono što smo čuli od pacijenta, a njemu dajemo mogućnost da ispravi krivo primljene poruke ili da kaže ako je nešto zaboravio reći te mu pokazujemo da smo ga slušali i zapamtili ono što je važno (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

### 5.5. Neverbalni znakovi aktivnog slušanja

Kako bi medicinska sestra mogla aktivno slušati pacijenta, mora opažati njegovu neverbalnu komunikaciju, ali isto tako mora osvijestiti vlastitu. Kontakt očima najvažniji je neverbalni znak aktivnog slušanja, a izbjegavati treba nervozne kretnje i tzv. manirizme (škljocanje olovkom, zveckanje ključevima, lupkanje prstima, igranje kosom).
Neverbalno, aktivni slušač mora slati poruku o prisutnosti.

Smjernice za iskazivanje prisutnosti:

- sjednite ili stanite točno nasuprot pacijentu, licem okrenuti prema njemu,
- koristite otvorene geste kojima prenosite poruku da prihvaćate pacijenta i otvoreni ste za razmjenu misli i osjećaja,
- nagnite se prema naprijed jer time iskazujete aktivni interes,
- održavajte kontakt očima, pri čemu su oči sugovornika na istoj razini,
- držanje tijela je opušteno, čime pokazujete da se osjećate ugodno (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

### 5.6. Upute za aktivno slušanje

Medicinske sestre koje žele aktivno slušati pacijenta mogu poduzeti slijedeće:

**Pripremiti se**

- Odlučiti slušati!
- Pregledati dokumentaciju, ponoviti sve što bi trebali znati o pacijentu prije razgovora!
  Čitanje dokumentacije tijekom razgovora odvraća pozornost od pacijenta.
- Prekinite sve aktivnosti koje nisu važne za slušanje!
  Ne treba gledati kroz prozor, lupkati olovkom, igrati se naočalama, premještati papire po stolu.
- Spriječite ometanje!
  Ugasiti mobitel ili radio, zatvoriti vrata ili prozor, sjesti nasuprot pacijentu u mirnu prostoriju, upozoriti ostale pacijente, osoblje i članove obitelji da morate razgovarati sa pacijentom.
- Osvijestite vlastito emocionalno stanje ili umor!
  Kod nemogućnosti kontrole vlastitih emocija upozoriti na to pacijenta i ispričati mu se ili pasivno slušati dok se ne smirite, a kod teškoća s koncentracijom, pokušati u sebi ponavljati ono što pacijent govori.
- Ne izražavajte svoja uvjerenja i predrasude!
  Vi trebate doznati što pacijent misli, osjeća i želi, a ne obrnuto.

**Aktivno slušati**

- Prestanite govoriti!
  Najbolji način da pacijent govori o sebi je da vi što manje pričate.
- Usmjerite se na pacijenta, zamislite kako se on osjeća!
  Empatična medicinska sestra nudi razumijevanje, a ne rješenja.
- Slušajte svim osjetilima!

Slušati što i kako pacijent govori i gledati kako se ponaša.

- Pustite pacijenta da svojim riječima, na način koji mu odgovara, opisuje problem!
  Bez da se slažete ili ne slažete, poticati pacijenta da kaže što misli.
- Ne prekidajte!
  Dopustiti pacijentu da završi govoriti, bez pogađanja što je htio reći jer se prekidanje najčešće doživljava kao omalovažavanje, neuvažavanje ili osobni napad.
- Budite uključeni u razgovor!
  Odgovarati na pitanja, te upotrijebiti govor tijela da biste potaknuli pacijenta na razgovor i pokazati interes (nagnuti se prema naprijed, održavati kontakt očima).

**Pratiti sugovornika**

- Omogućite pacijentu dovoljno vremena i prostora!
  Dopustiti stanke u govoru, dopustiti pacijentu da se odmori ili razmisli te mu osigurati dovoljno prostora da može ugodno sijediti, pomaknuti se ili odložiti stvari.
- Jasno iskažite da cijenite spremnost pacijenta da daje informacije!
  Izjavama poput *"Hvala vam što ste došli"* ili "*Razumijem da vam je teško govoriti o tome…"* ćete ojačati povjerenje i otvorenost.
- Provjerite jeste li dobro razumjeli pacijenta!
  Osobne pretpostavke, stavovi, emocionalno stanje su *"osobni filteri"* kroz koje propuštamo sve poruke koje nam sugovornik šalje te one kao takve mogu utjecati na razumijevanje i interpretaciju poruke, stoga se ono što pacijent govori, a medicinska sestra čuje može jako razlikovati.
  Iz tog razloga treba postavljati potpitanja, reflektirati i parafrazirati.

Nakon što imate osjećaj i potvrdu od pacijenta da ste čuli i shvatili sve možete mu dati uputu, povezati pacijentov problem s vlastitim iskustvom ili interpretirati te ispraviti krive predodžbe i očekivanja (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

### 5.7. Prepreke aktivnom slušanju

- Stalno uspoređivanje samoga sebe sa pacijentom - tko je pametniji, jači?
- Pokušaj da se "*čitanjem misli"* dozna što sugovornik stvarno misli.
- Planiranje argumenata i primjera koje ćemo iznijeti unaprijed.
- Filtriranje, usmjeravanje samo na neke stavke.
- Suđenje o nečemu kao o ludom, dosadnom, glupom, nezrelom, neprijateljskom prije nego je sugovornik završio.
- Razmišljanje o vlastitim preokupacijama.
- Prisjećanje vastitih iskustava, umjesto pažljivog slušanja sugovornika.
- Uporno nuđenje vlastitog savjeta ili recepta prije nego je sugovornik završio svoju priču.
- Percepcija da je svaki razgovor intelektualna debata iz koje moramo izaći kao pobjednici.
- Uvjerenje da smo u vezi s nekim temama uvijek u pravu pa zato zapravo i ne trebamo nikoga slušati.
- Brzo mijenjenje teme ili smijeh kad tematika postane vrlo ozbiljna.
- Pokušaj da se riješimo sugovornika odmah i automatski se slažući sa svime što kaže ("*U pravu si…naravno…slažem se stobom…").*

To su brojne prepreke kojih najčešće nismo svjesni dok slušamo pacijenta, a one ometaju cjelokupnu komunikaciju, ne samo aktivno slušanje pa ih je važno osvijestiti i unaprijed ukloniti (Lučanin i Despot Lučanin, 2010.)

### 5.8. Vrijeme kao nužan čimbenik uspješne komunikacije

Pacijenti starije životne dobi imaju veću potrebu za dobivanjem informacija u odnosu na one mlađe životne dobi, tjeskobniji su u nepoznatoj okolini, manje fokusirani i ponekad teže i sporije izvještavaju o prisutnim tegobama. Također osjetljiviji su na uskraćivanje pažnje od strane medicinskih sestara, više su skloni usmjeravanju na neverbalni aspekt medicinske sestre prepoznajući neverbalne znakove da nisu

slušani te su skloni prekinuti komunikacijski proces. Pacijenti starije životne dobi žele osjetiti da su proveli kvalitetno vrijeme s medicinskom sestrom i da su joj važni. Istraživanja pokazuju ako u prvih 60 sekundi dobiju punu pozornost medicinske sestre, na kraju će imati dojam da je ona provela s njim puno više svog vremena. Stoga je važno odvojiti dovoljno vremena za takve pacijente te uskladiti verbalne i neverbalne aspekte komuniciranja.

Uspostava empatične komunikacije, uspostava povjerenja i stvaranje osjećaja važnosti rezultira boljim ishodom liječenja te boljim pridržavanjem uputa i preporuka (Đorđević i Braš, 2011).

## 6. ISKAZIVANJE ZAINTERESIRANOSTI MEDICINSKE SESTRE ZA PACIJENTA ZAUZIMANJEM PRAVILNOG POLOŽAJA PRILIKOM AKTIVNOG SLUŠANJA

Da bi medicinska sestra ostavila dojam pažljivog slušača treba voditi brigu i o načinu, odnosno pozicioniranju vlastita tijela u odnosu na sugovornika tj. pacijenta. Medicinska sestra mora biti svjesna sebe te osvijestiti svoje ponašanje i neverbalne geste u cijelosti prilikom stupanja u komunikaciju s pacijentom budući da o tome ovisi dojam njene zainteresiranosti za njega samoga. Stoga je, Egan 2001. godine opisao poziciju koja označava način pravilnog pozicioniranja tijela te druge neverbalne znakove koji odaju dojam zainteresiranosti za drugu osobu, a ujedno i srdačnost i toplinu kao nužne komponente profesionalca, u ovom slučaju medicinske sestre, prilikom svake komunikacije.

- **Ravno sjedenje** kako bi jasno predstavili lice drugoj osobi.
- **Otvoreno držanje** odnosno neprekrižene ruke ili noge (iskazivanje zainteresiranosti te otvorenosti).
- **Naginjanje naprijed** pokazuje empatiju prema drugoj osobi, no mora biti bez pretjerivanja, lagano.

- **Ostvarivanje kontakta očima** je socijalna vještina i treba se odvijati na prikladnoj razini (prikladno do 20 sekundi, više od 20 sekundi stvara osjećaj neugode/ugroženosti).
- **Opuštenost** je moguće ostvariti vježbom kako bi pronašli vlastiti način pozicioniranja tijela koji dovodi do opuštenosti i ugode u određenoj situaciji komuniciranja (Egan, 2001).

## 7. MEDICINSKE SESTRE I EMPATIJA

Medicinske sestre su jedini zdravstveni profesionalci koji s pacijentima borave 24 sata na dan te su u direktnom kontaktu s njima veći dio svoga djelovanja tijekom radnog vremena.
Osim odgovornosti prema pacijentima u zadovoljavanju njihovih osnovnih ljudskih potreba one imaju odgovornost i u njihovoj edukaciji koja nije tako jednostavna s obzirom na to da pacijenti dolaze iz različiti etničkih i socioekonomskih sredina i imaju različite prioritete u samom procesu zdravstvene njege (Kičić, 2014).

One su najčešće edukatori pacijenta, u smislu prevencije bolesti, unaprjeđenja zdravlja, ozdravljenja i poticanja samostalnosti pacijenta da očuva zadovoljavajuću kvalitetu života (Kozić, 2015).

Medicinske sestre su spona između liječnika i pacijenata i njihovih obitelji koji su često zbunjeni i uplašeni zbog novonastale situacije i one su te koje će pacijentima svojom profesionalnošću, a istodobno toplim i srdačnim odnosom, pružiti neposrednu fizičku i psihičku podršku. S obzirom na širok djelokrug rada medicinske sestre u sustavu zdravstva, odsusutvo njene empatičnosti kao bitne sastavnice rada može uvelike narušiti kvalitetu njena djelovanja, profesionalnost i pozitivan ishod uzajamnog odnosa pacijent medicinska sestra liječnik (Kičić, 2014).

Empatija u sestrinstvu može omogućiti medicinskim sestrama da kreiraju klimu povjerenja u zdravstvenim ustanovama kroz razumijevanje reakcije pacijenata na zdravstvene probleme (Priest, 2014).

Neke objektivne okolnosti mogu onemogućiti medicinske sestre u korištenju vještine empatije: neodgovarajući prostorni uvjeti u zdravstvenim ustanovama, nedostatak vremena, nemogućnost osiguravanja privatnosti pacijenta ili nedostatak potpore za takvu komunikaciju od strane suradnika. Ponekad interakcije u koje ulaze medicinske sestre i nakon donekle zadovoljenih prethodnih okolnosti znaju biti kratke i površne, sa zaobilaženjem *„problematičnih“* tema.

Postoji nekoliko razloga za takvo distanciranje od pacijentovih strahova, problema i ideja:

- strah medicinskih sestara da će napraviti više štete nego koristi ako budu ohrabrivali bolesnika da razotkrije što osjeća i kakve ima probleme,
- potreba medicinskih sestara da se ne unose u bolesnikov doživljaj kako bi se zaštitili od izgaranja odnosno posljedica uvjetovanih dugotrajnom izloženosti stresu na poslu,
- nesvjesno distanciranje od određenih grupa bolesnika uz čiju se bolest vežu negativne konotacije (droga, prostitucija, seksualnost, ...), pa nesvjesno mislimo da su sami krivi za svoju bolest,
- nedostatak vještina kojima se iskazuje empatija.

Zbog toga je nužno u školovanje medicinskih sestara uključiti poučavanje o dobrobitima empatije i vježbanje vještine iskazivanja empatije (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

Na vještinu empatije medicinskih sestara tijekom školovanja u srednjim školama i na preddiplomskom studiju može utjecati razina kliničke izloženosti i broj kliničkih situacija, gdje odnos medicinska sestra pacijent igra značajnu ulogu u skrbi i može utjecati na razinu usvojenih vještina (Brunero, Lamont i Coates, 2010).

Nedavno istraživanje (Yang i sur., 2018) pokazalo je da je kombinacija teorije s praksom u školovanju medicinskih sestara učinkovita strategija za poboljšanje empatičkih sposobnosti, a ujedno i akademskog postignuća medicinskih sestara.

Za prevenciju stresa i izgaranja, potrebno je održavati stalne timske sastanke na kojima se zajednički preispituju slučajevi i dogovaraju strategije komunikacije s

bolesnicima te superviziju u okviru koje medicinske sestre mogu iznijeti vlastite osjećaje u okružju grupne podrške. U organizaciji posla, trebalo bi voditi računa o opterećenosti medicinskih sestara poslom i bolesnicima koliko god je to moguće, u skladu s preporukama za prevenciju stresa (Lučanin i Despot Lučanin, 2010).

### 7.1. Konceptualiziranje empatije za sestrinsku praksu

U svojoj doktorskoj studiji koja istražuje prirodu empatije u jednoj britanskoj bolnici na onkološkom odjelu s 14 kreveta Wiseman (2007) došla je do nekoliko zaključaka:

- Korištenje empatije omogućilo je usmjerenost njege na pacijenta, a medicinskim sestrama uvid u načine na koje su njihovi pacijenti doživljavali i nosili se s bolešću. Povećalo se zadovoljstvo medicinskih sestara svojim poslom i njihov osjećaj važnosti čime se olakšalo rješavanje problema i planiranje njege. Iskustvo empatije učinilo je da se pacijenti osjećaju cijenjeno i shvaćeno, te je poboljšalo odnos između medicinskih sestara i pacijenata.

- Empatija nije jednoznačni fenomen.
  Identificirana su četiri različita oblika empatije:

  **Empatija kao događaj/epizoda**.

  **Empatija kao način spoznaje** poštuje individualnost, potrebe, želje, vrijednosti i uvjerenja pacijenta.

  **Empatija kao proces** se pojavljuje kada medicinska sestra iskusi ponavljane događaje empatije s istim pacijentom.
  Kako se broj epizoda povećava, empatičko poznavanje pacijenta se razvije do te mjere da empatija postane proces i medicinska sestra je empatična s pacijentom kontinuirano, odnosno *"klizne"* u empatiju bez napora i očigledno bez svjesne namjere.

  **Empatija kao način djelovanja/postojanja**.

Svjedočenje pozitivnim učincima vlastite empatičnosti za pacijenta, empatija medicinskih sestara postaje nešto što se podrazumijeva; način na koji se provodi zdravstvena njega, način življenja.

Ovi različiti oblici empatije mogu se razumjeti u smislu kontinuiranog razvoja empatije i nude novi način shvaćanja i konceptualiziranja iste.

- Za izražavanje empatije presudan kontekst su okolnosti.
  U kojoj mjeri je empatija bila izražena i koji oblik empatije se koristio, bilo je povezano s okolnostima u kojima su medicinske sestre radile i vrstom znanja dostupnoj u tim okolnostima. Empatija se najčešće izražavala kada je razina brojnosti osoblja bila dobra, kada su sestre prakticirale njegu usmjerenu na pacijenta i prepoznavale vrijednost različitih načina spoznaje.

Empatični pristup pacijentu bio je uočen kada su medicinske sestre zaprimale pacijente, javljale loše vijesti, kada je pacijent zatražio od medicinske sestre da razgovara o određenim temama/problemima i tijekom planiranja pacijentovog otpusta. Medicinske sestre su verbalizirale da su te epizode empatije povećale njihovo zadovoljstvo poslom i osjećaj da je ono što čine važno, pomogle u razvoju odnosa sestra pacijent te su ih potakle da u svom radu više koriste empatičan pristup pacijentu. Korištenjem empatije kao načina spoznaje, razvijanjem međusobnog odnosa ili povećanog rada s pacijentom, sestrinsko poznavanje pacijenta se povećalo, a time i izražavanje empatije medicinske sestre prema tom pacijentu.

Ova studija pokazuje da kako su se epizode empatije s određenim pacijentom povećavale, tako bi sestra puno slobodnije prakticirala empatički način rada s tim pacijentom. Takvim pristupom empatija je postala manje aktivna, a više pasivna te je korištena više automatski, slično vožnji ili lakoći rada kada usvojimo neku vještinu.

Medicinske sestre su u početku razvile vještine empatije s određenim pacijentima, ali kako su se njihove vještine razvijale, broj pacijenata s kojima su bile empatične je bio sve veći da bi na kraju počele koristiti empatiju kao način rada s pacijentom.

Empatija je postala njihov način postojanja/djelovanja sa svima, ne samo s pacijentima već i s kolegama i rodbinom, postala je njihova *„druga koža“* (Wiesman, 2007).

Prema Morse (1992) četiri su komponente empatije:

- Moralna odnosno urođena sposobnost ili empatička sklonost
- Emotivna odnosi se na sposobnosti subjektivnog opažanja osjećaja druge osobe
- Kognitivna odnosno intelektualna sposobnost razumijevanja perspektive drugih
- Bihevioralna/ponašajna sposobnost komuniciranja/prenošenja empatičkog razumijevanja

Ona naglašava da empatija nije uvijek vidljiva promatraču i da ponekad samo medicinska sestra i pacijent znaju za vrijednost interakcije.

### 7.2. Razumijevanje pacijentova gledišta

Važni čimbenici koji modeliraju pacijentova gledišta su spol, emotivne veze, zanimanje, školovanje, socio ekonomski status, kulturološki čimbenici, pismenost, duhovnost/religija, seksualna orjentacija, hobiji i životni stresori.

Razumijevanje pacijentovog gledišta zahtijeva „*stavljanje sebe u bolesnikove cipele“* i „*gledanje kroz pacijentove oči“.* Samosvijest i promišljanje na koji se način vlastita gledišta, pretpostavke i stvorene predrasude razlikuju od pacijentovih uvelike mogu poboljšati odnos pacijent medicinska sestra, komunikaciju i skrb o pacijentu.

Kako bismo imali što bolji uvid u pacijentovu perspektivu potrebno je:

- **Razumijeti pacijentov socijalni kontekst**
  Socijalni kontekst uključuje: pacijentovo podrijetlo, kulturni identitet, spol, seksualnu orjentaciju, obrazovanje, jezik i pismenost, zanimanje, primarne odnose i mrežu potpore, prakticiranje religije ili duhovnosti, hobije, stresore, raspoloženje te financijsko stanje jer ono utječe na zdravstvenu skrb i svakodnevne potrebe kako bi se očuvalo zdravlje.
  Razumijevanje ovih elemenata osobnog identiteta koji imaju znatan utjecaj na zdravstveno stanje pojedinca u mnogo čemu utječe na odnos s pacijentom i na mogućnost što učinkovitijeg pružanja zdravstvene skrbi.

- **Kulturološki čimbenici koji se odnose na zdravstvenu zaštitu**
  Svi se mi međusobno razlikujemo u mnoštvu kulturološki određenih aspekata. Kultura je integrirani obrazac naučenih vjerovanja i ponašanja koji se može dijeliti među skupinama ljudi, a uključuje razmišljanja, stilove komuniciranja, načine intereakcije s drugima, poglede na uloge i odnose, vrijednosti, navike i običaje. Kultura je još jedan važan činitelj pacijentovog socijalnog konteksta. Kulturološka osjetljivost medicinske sestre bitno utječe na njenu sposobnost razumijevanja pacijentovog gledišta. Svi smo mi uronjeni u mnogobrojne kulture na osnovi karakteristika kao što su dob, spol, seksualna orjentacija, rasna/etnička pripadnost, profesionalna osposobljenost, socio-ekonomski status, religija, geografska lokacija itd.
  Svaki susret između pacijenta i medicinske sestre je sam za sebe jedan međukulturološki susret između medicinske kulture i životne kulture svake individue. Kulturološki osjetljiva medicinska sestra zna da ni njena kulturalna gledišta, ni gledišta njenih pacijenata nisu superiorna, niti je kultura medicine jedini način razumijevanja bolesti.

- **Sukob između pacijentovih očekivanja i medicinske kulture**
  Treba započeti dijalog koji pomaže rušenju kulturalnih barijera postavljajući pitanja poput: *„Što vas najviše zabrinjava kod vaše bolesti?“*

- **Jezik i pismenost**

  Jezične barijere i zdravstvena pismenost pridonose suboptimalnim zdravstvenim ishodima. Zdravstvena pismenost je stupanj do kojeg pojedinac može prikupljati, obrađivati i razumjeti osnovne podatke koji mu omogućuju da donese adekvatnu odluku o vlastitom zdravlju. Pacijenti niske razine pismenosti imaju lošije ishode liječenja i veći rizik primitka u bolnicu.

- **Nejednakosti u zdravstvenom sustavu i uloga medicinskih sestara**

  U svim odnosima unutar zdravstvenog sustava skriva se nejednakost, a primjenjivanje svjesnih i nesvjesnih stereotipa dodatno doprinose razvoju nejednakosti. Vjerojatnost stereotipiziranja raste ako postoji vremensko ograničenje, prilikom složenih zadataka te ako smo kognitivno preopterećeni. Na stereotipiziranje utječu kulturološke i individualne razlike te jezične zapreke ili razlike. Važno je uvijek imati na umu naše vlastite predrasude, pretpostavke i stereotipe. Stereotipiziranje dovodi do stvaranja predrasuda i nejednakosti u brizi oko pacijenta. Također rasna diskriminacija i nevjerica prema zdravstvenom osoblju, obeshrabruje neke pacijente u traženju pomoći. Svaka medicinska sestra ima profesionalnu odgovornost umanjiti svaku nejednakost i nepravdu te poticati socijalnu pravdu unutar zdravstvenog sustava. Razne studije i edukativne vježbe pokazale su da uzimanje u obzir gledišta svake osobe, osobito ako se promatranje usmjeri na osjećaje pojedinca unutar neke grupe može potaknuti empatiju i smanjiti predrasude i stereotipiziranje. Svaka medicinska sestra ima i odgovornost prepoznati svojeg pacijenta kao inividuu, a ne kao skup stereotipa, socijalnih kategorija ili neprovjerenih informacija te nastojati razumjeti stajališta svakog pacijenta po pitanju zdravstvene tematike. Razumijevanje gledišta i konteksta u kojem živi svaki pacijent, prepoznavanje kada je on drugačiji od našega, te razmišljanje o vlastitim stavovima i pretpostavkama stvara osnovnu za brigu o pacijentu koja je usmjerena na odnos medicinska sestra pacijent i umnogome smanjuje nejednakosti koje se pojavljuju unutar zdravstvenog sustava (Đorđević i Braš, 2011).

### 7.3. Poimanje i shvaćanje empatije kao alata pri profesionalnom komuniciranju u sestrinstvu

Kako bi medicinske sestre adekvatno mogle razumjeti pacijentove misli i osjećaje, one moraju pojmiti te osvijestiti značenje empatije te načine pravovaljanog prakticiranja iste kao bitne sastavnice komunikacije u sestrinskoj profesiji. Empatija je središnji aspekt zdravstvene njege i povezana je s pozitivnim ishodima, ne samo za pacijenta, nego i za profesionalca zdravstvene njege (Duarte i sur., 2016).

Medicinske sestre trebaju dobro ovladati tehnikom empatičnog komuniciranja što se postiže iskustvom upuštanja u komunikaciju, učenjem, ali i skladom privatnog zadovoljstva pružatelja empatije. Nakon što osvijeste dobrobiti empatije kao što je izgradnja odnosa povjerenja, ključnog u svim odnosima, zatim lakšeg postizanja cilja svog djelovanja, zasigurno će i motivacija za kontinuirano poboljšavanje komunikacije s okolinom biti veća. Da bi komunikacija bila empatična medicinske sestre trebale bi „*ući u cipele sugovornika/pacijenta*“. Vladajući učenom tehnikom komuniciranja, one vode razgovor u smjeru kojem žele, a ujedno ostavljaju dojam srdačne, pristupačne, zainteresirane osobe što osim što ih dovodi do željenog cilja, ostavlja dojam na pacijenta na temelju kojeg ovisi njihov daljnji odnos.

Cilj nije proživjeti ono što pacijent osjeća, već jednostavno razumjeti pacijentove osjećaje i misli, bez osude i nametanja svog mišljenja.

Da bi medicinske sestre ostale profesionalne, nužno je da i u situacijama u kojima bi u privatnom životu možda drugačije postupile te osudile neprimjereno ponašanje i postupanje, prije svega imaju na umu svoju ulogu zdravstvenih edukatora koji su tu da na psihološki način dopru do uzroka problema te nastoje pomoći pacijentima kroz svoje razumijevanje i toplinu. Osuđivanjem pacijenta zapravo ga se udaljava od postizanja bliskosti koja rezultira pozitivnim rješenjem, pa se u tom slučaju on često povlači te medicinska sestra gubi bitku u adekvatnoj skrbi za pacijenta.

Medicinska sestra osim raznih tehničkih vještina mora imati i vještine procjene te utvrđivanja potreba pacijenta za zdravstvenom njegom, a u psihološkom smislu treba ovladati vještinom utjehe i potpore, dok je u pogledu edukacije nužno da ima dobre vještine podučavanja s obzirom da je njena uloga velikim dijelom promicanje i zdravstveno prosvjećivanje, kako zdravih životnih navika, tako i utjecaja na promjenu

životnog stila, prije nego li bolest nastupi i kada je ona već nastupila. Za primjenu tih vještina potrebno je dobro poznavanje komunikacijskih vještina.

Sestrinstvo je profesija koja mora imati i razvijati empatiju, dosljednost, iskrenost, štovanje drugih, razumijevanje, uvažavanje i sposobnost održavanja dobrih međuljudskih odnosa (Maćešić i Špehar, 2014).

Da bi empatija u svakodnevnom radu medicinskih sestara bila učinkovita i svrsishodna edukacija podrazumijeva usvajanje mnogih pravila i obrazaca reagiranja.

Empatičan pristup pacijentu podrazumijeva mogućnost medicinske sestre da prepozna kako se pacijent osjeća, kroz tumačenje njegovih verbalnih i neverbalnih znakova, te koja je najvažnija poruka koju on pokušava izraziti. Korištenjem vlastitih riječi treba ponoviti pacijentovu poruku uz važnost podudaranja verbalne i neverbalne poruke. Također je važno da medicinka sestra nije pretjerano emocionalna, do točke kada odnos postaje neterapeutski, kao i da njezinu empatiju pacijent ne interpretira kao sućut ili sažaljenje. Pacijenti moraju prepoznati da medicinska sestra razumije njihove osjećaje, te da ne sudi o situaciji u kojoj se on nalazi.

Izraz *"razumijem"* treba izbjegavati, jer može ograničiti potrebu pacijenta da verbalizira važne kontekstualne informacije. Umjesto toga, potrebno je prepoznati i potvrditi njegove osjećaje, te ga utješiti bez pokušaja popravljanja situacije umjesto njega. Prije početka intereakcije s pacijentom medicinska sestra treba izbjeći sve eventualne čimbenike koji bi mogli ometati sposobnost iskazivanja njene empatije (Riley, 2013).

Medicinske sestre u svom radu primjenjuju empatiju na vrlo osjetljiv način, a upravo primjena tog znanja razlikuje profesionalca od laika (Priest, 2010).

### 7.4. Karakteristike ličnosti medicinske sestre kao preduvjet za iskazivanje empatije u radu

**K**arakteristike ličnosti medicinske sestre uvelike mogu imati utjecaj na ostvarenje i uspostavu komunikacijskih vještina kakve su potrebne u interakcijama između pacijenta i medicinske sestre.

Ličnost je skup psihičkih osobina i mehanizama unutar pojedinca koji su organizirani i relativno trajni, te utječu na interakcije i adaptacije pojedinca na intrapsihičku, fizičku i socijalnu okolinu (Randall i David, 2008).

Način na koji će medicinska sestra stupiti u komunikaciju te iskazivati empatiju prilikom svoga rada, sasvim sigurno ovisi o tome kako uopće percipira sebe kao osobu, koliko je zadovoljna vlastitim fizičkim i psihičkim zdravljem, izgledom, uspjehom na poslovnom planu, ali i osobnim životom što u konačnici dovodi do razine samopoštovanja koju posjeduje. Samopoštovanje definiramo kao rezultat formiranoga pojma o sebi, odnosno kao vrednovanje ili evaluaciju sebe (Jelić, 2012).

Samopoštovanje neke osobe jedan je od najvažnijih dijelova cjelokupne slike o sebi koju neka osoba ima, a ponašanja i reakcije medicinske sestre prema pacijentu ovise o razini njenog samopoštovanja i samopouzdanja, odnosno osjećaju vlastite vrijednosti (Miljković i Rijavec, 2001).

Sastavnice privatnih i poslovnih životnih aspekata medicinskih sestara moraju biti barem u većoj mjeri optimistične kako bi komunikacija koju sestra provodi bila uspješna, a empatija ostvarena, jer nije nimalo jednostavno u svakom trenutku radnog vremena, a često i izvan posla pružiti empatiju te sagledati probleme sugovornika njegovim očima (Kalauz, 2011).

Visoko zadovoljstvo i samopoštovanje medicinske sestre vidljivo je svima što zasigurno ostavlja pozitivan utisak na rad jer takva medicinska sestra ujedno puno lakše uspostavlja kontakte s drugim ljudima, otvorenija je, spremna na raspravu te suprotstavljanje, ali i puna razumijevanja što je ključ empatije. Kada medicinske sestre imaju nisku razinu samopoštovanja, vrlo često su previše opterećene sobom te im je sva pažnja usmjerena jedino na njih same što svakako može narušiti njihovu koncentraciju, a samim time i nedovoljno iskazivanje empatije prema pacijentu.

Ono što može razlikovati jednog profesionalca od drugoga je veličina odgovornosti koju osjeća prilikom skrbi za pacijenta, odnosno prepoznavanje svih njegovih individualnih potreba koje je potrebno zadovoljiti, a ne samo one primarne.

Pokazati empatiju te poštovanje prema individualnosti svakog pacijenta znači naučiti nositi se i s osjećajem odgovornosti pri susretu s pacijentom te s njegovom boli i patnjom (Donev, 2013).

Pomoć tehnike i tehnologije u skrbi za pacijenta nikako se ne smije umanjivati, međutim medicinske sestre mogu na specifičan način, empatičnim pristupom svakom pacijentu doprinijeti najvećoj mogućoj dobrobiti za pacijenta (Kalauz, 2011).

## 8. TEORIJE SESTRINSTVA I EMPATIJA

Skrb za bolesnog čovjeka postoji od početka ljudske povijesti, pa tako možemo reći i da sestrinstvo postoji od kada je i čovječanstva (Taylor i sur., 2011).

**Florence Nightingale**, utemeljiteljica sestrinstva u svojoj teoriji 1860. godine opisala je važnost prihvaćanja i razumijevanja čovjeka kroz holistički pristup. Naglašavala je da su utjecaji zdrave okoline potrebni za pravovaljanu primjenu sestrinske skrbi. Također napominje da medicinske sestre moraju biti brižne, obzirne, ljubazne, snalažljive, ali nadasve pravovaljano školovane i zrelog moralnog ponašanja (Raile Alligood, 2013).

**Hilegard E. Peplau** 1952. godine razvila je teoriju o interpersonalnim odnosima između medicinske sestre i pacijenta koje je opisala kao *„psihodinamičko sestrinstvo“*, a definirala ga je kao *„sposobnost razumijevanja vlastitog ponašanja kako bi se pomoglo drugima da prepoznaju teškoće i da se primijene principi ljudskih odnosa na probleme na svim razinama iskustva“*. Sestrinstvo je definirala kao *„značajni terapijski, međusobni proces, edukativni instrument“* tijekom kojeg medicinska sestra pomaže pacijentu da prepozna nezadovoljene potrebe i probleme, te da ih definira, razumije i produktivno riješi. Istaknula je i terapijsku ulogu sestre,

koja se razvija pomoću komunikacijskih vještina, bezuvjetnim prihvaćanjem i empatijom. Uz pomoć njih razvija se samosvijest pacijenata i samostalno donošenje odluka, ali i odnos povjerenja između sestre i pacijenta. Kao cilj sestrinstva navela je poticanje onih čimbenika i uvjeta koji motiviraju prirodne, konstitutivne tendencije u ljudima te je prepoznala i preporučila medicinskim sestrama da prihvate određene uloge dok rade s pacijentima. Uloge mogu biti različite s obzirom na tijek skrbi i uočene potrebe, te se kreću od početne uloge stranca, preko uloge u kojoj je medicinska sestra izvor informacija, učiteljica, savjetnica, vođa, tehnički stručnjak, pa čak i surogat (Mojsović, 2004).

**Virginia Henderson** 1955. godine definira zdravstvenu njegu svim medicinskim sestrama poznatom definicijom: *„Uloga je medicinske sestre pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno, kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje.“* U svojoj teoriji napominje da su razumijevanje potreba pacijenta i pomoć pri zadovoljavanju osnova rada medicinskih sestara (Raile Alligood, 2013).

**Faye Glenn Abdullah** 1960. godine u svojoj teoriji naglašava da fokus medicinske sestre mora biti pacijent kao jedinka, a uz njega i njegova obitelj. Pritom uklanja bolest kao obilježje pacijenta i naglašava da pacijenta moramo sagledati kao živo biće sa svojim potrebama (Raile Alligood, 2013).

**Ida Jean Orlando** 1961. godine u svojoj *„Teoriji procesa zdravstvene njege“* ističe važnost prepoznavanja pacijentovih problema kroz verbalan i neverbalan način izražavanja te zagovaranja njegovih interesa i prava. Ona ističe najviše vrijednosti sestrinske prakse; uzajamnost i posebnost odnosa medicinska sestra pacijent kroz slušanje, promatranje, opažanje, razborito razmišljanje te provođenje intervencija (Kalauz, 2012).

**Ernestine Wiedenbach** 1964. godine u svojoj teoriji *„Pomaganje/umjetnost u kliničkom sestrinstvu“* opisuje sestrinstvo kao sposobnost razumijevanja specifičnih potreba pacijenata, postavljanje odgovarajućih ciljeva, odabir onih intervencija koje će doista pomoći, te pomaganje ili poticanje pacijenta u svladavanju *„životnih prepreka“*. Sestrinstvo se opisuje kroz vrijednosni sustav stajališta i načine ponašanja medicinskih sestara koji oblikuju njihovo gledište prema životu, prema pacijentima i sebi samima (Kalauz, 2012).

**Joyce Travebee** 1964. godine razvila je *"Model odnosa osobe prema osobi"*, u kojoj vjeruje kako spiritualne vrijednosti pacijenta u velikoj mjeri određuju način na koji percipira bolest. Spiritualne vrijednosti medicinske sestre ili njena filozofska vjerovanja o bolesti i patnji određuju u kojoj će mjeri biti sposobna pomoći pacijentima da pronađu ili ne pronađu smisao u tim situacijama. Travelbee vjeruje da se sestre moraju ostvariti kroz odnos koji počinje prvim susretom, nastavlja se kroz stadije razvoja identiteta, te dovodi do razvoja empatije i simpatije. Zdravstvena njega se ne fokusira samo na fizičko stanje pacijenta, već je usredotočena na suosjećanje i izgradnju odnosa sa pacijentom, pokretača interaktivnog procesa koji je osnova uspješnog koračanja prema ozdravljenju. Ona je jedina teoretičarka koja ne samo da je opisala odnos osobe prema osobi, nego je i naglašavala važnost komunikacije kao jednu od vještina medicinske sestre u pružanju zdravstvene njege (Raile Alligood, 2013).

**Lydia E. Hall** 1966. godine u svojoj teoriji *„Srž, liječenje, zdravstvena njega"* govori o dehumaniziranom odnosu prema pacijentu koji se često opisivao kao pojedini organ ili organski sustav zbog sve bržeg razvoja tehnike i tehnologije u medicini te kao takav izazivao kod pacijenata snažne osjećaje depersonalizacije i izgubljenosti. Temeljem te spoznaje njena osnovna filozofska ideja je jačanje energijskog polja čovjeka i motivacija za razvoj i učvršćivanje njegovog *„ja"* kroz zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, zadovoljavanje emocionalnih, duhovnih, socijalnih i intelektualnih potreba te samog liječenja u kojem mu pruža podršku i zastupa njegove najbolje interese. Isticala je kako je moć izliječenja u *„rukama"* samog pacijenta, ali ga medicinska sestra treba stalno poticati da traži srž svojih problema i pronalazi moguća rješenja, uz stalno pružanje podrške i davanje potrebnih informacija (Kalauz, 2012).

**Myra E. Levine** 1967. godine u svojoj teoriji *„Model očuvanja"* stavlja pacijenta u središte sestrinskih aktivnosti temeljem četiri načela očuvanja (očuvanja pacijentove energije, te strukturnog, osobnog i društvenog integriteta) što je nužno za suočavanje s bolešću, oštećenjima i nesposobnošću. U okoliš pacijenta ubrajaju se i religiozne te društvene skupine kojima pacijent pripada. Uz naglasak na integritet čovjeka te uvažanje njegovih potreba, želja i stavova iz ovog modela proizašla je i teorija terapijske intencije kao okvir sestrinskih intervencija koje dipronose očuvanju

tj. održavanju životnog sustava uz adaptaciju pacijenta i racionalno iskorištavnje njegovih potencijala (Raile Alligood, 2013).

**Martha E. Rogers** 1970. godine u *„Teoriji životnih procesa“* stavila je naglasak na pristup pacijentu kao specifičnoj integriranoj cjelini sa svim njegovim osobitostima. Svoju teoriju zasnivala je na četiri komponente: energijskom polju, otvorenosti odnosno stalnoj izmjeni energije između pojedinca i okoline, ličnosti pojedinca u stalnoj mjeni ovisno o stanju zdravlja ili bolesti te na *„reduciranoj“*, odnosno nedjeljivoj i stalnoj višedimenzionalnosti ljudskog bića. Prema njenom mišljenju energijsko polje je osnovna sastavnica svake materije te je kao dinamično i beskonačno prisutno u svakom čovjeku i prirodi uz uzajaman odnos gdje jedno bez drugog ne mogu opstati. Teorija pretočena u sestrinsku profesiju povezuje sposobnost medicinskih sestara da točno percipiraju stanje pacijenta i planiraju one aktivnosti pomoću kojih se stanje nesklada dovodi u stanje sklada. U trenutku kada se pacijent razboli energijsko polje slabi pa mu medicinske sestre trebaju pomoći u procesu prihvaćanja bolesti i integraciji s energijskim poljem prirode kako bi se postigla potrebna harmonija. Naglašavala je važnost razumijevanja ljudi i svijeta u kojem se živi te kako ljudsko biće ima jedinstvene sposobnosti koje mu omogućavaju nedjeljivost, konstantnost, višedimenzionalnost i otvorenost prema svemiru u kojem nema granica, osim u ljudskoj percepciji (Raile Alligood, 2013).

**Dorothea E. Orem** 1971. godine *„Teorijom deficita samozbrinjavanja“* stavlja naglasak na potrebu ljudi da brinu o sebi samima, daje konceptualizaciju različitih usluga pomaganja koje sestrinstvo pruža, te opisuje zdravstvenu njegu kao praktičnu znanost koja se sastoji od teorijskih i praktičnih znanja. Samozbrinjavanje označava sposobnost svakog pojedinca da provodi aktivnosti koje su potrebne da bi očuvao svoje zdravlje, a samim time život. Uloga medicinske sestre je pomoći bolesniku i educirati ga, da osvjesti svoje mogućnosti i zada si realne ciljeve te samim time zapravo pomogne sam sebi. Medicinske sestre moraju usavršavati svoje znanje i vještine kako bi dobro procijenile potrebe pacijenta te im pružile adekvatnu pomoć kada im je potrebna (Žeželj, 2017).

**Imogen King** 1971. godine u *„Modelu postizanja ciljeva u zdravstvenoj njezi“* opisuje čovjeka kao dinamično ljudsko biće čija percepcija stvari, osoba i događaja utječe na njegovo ponašanje i socijalno sjelovanje/uklapanje i zdravlje. Intereakcija medicinske

sestre i pacijenta obilježena je verbalnom i neverbalnom komunikacijom tijekom koje se informacije izmjenjuju i interpretiraju transakcijom kojom se vrijednosti, potrebe i želje svakog od sugovornika razmjenjuju percepcijom sestre i pacijenta, datom situacijom te ličnošću medicinske sestre kao i stresova koji utječu na svaku osobu u vremenu i prostoru (Raile Alligood, 2013).

**Betty Newman** 1972. godine predstavlja model kompleksnih sustava usredotočenih na stres i sposobnost pojedinca da se othrva stresorima i/ili da ponovno stekne svoje optimalno zdravstveno stanje nakon reakcije na stresore. Ovaj model prikazuje pacijenta kao dinamičku kompoziciju fizioloških, psiholoških, sociokulturalnih, razvojnih i spiritualnih varijabli. Okolinu čine unutarnje i vanjske sile koje okružuju pacijenta u određenom trenutku pa ovaj model služi za otkrivanje intrapersonalnih, interpersonalnih i ekstrapersonalnih stresora kojima je pacijent izložen. Prema Newman zdravlje je razina dobrobiti u kojoj su zadovoljene sve potrebe i stvara se i pohranjuje više energije nego li se troši. Sestrinstvo se definira kao pružanje pomoći pacijentu da smanji čimbenike stresa koji su smetnja optimalnom funkcioniranju te da postigne i održi sustav stabilnosti. Djelovanje medicinskih sestara provodi se na tri razine prevencije: primarnoj koja se sastoji od intervencija koje započinju prije ili nakon sudara sa stresorima, sekundarnoj koja započinje neposredno nakon kontakta sa stresorom i tercijarna koja započinje nakon liječenja i usmjerena je na ponovnu prilagodbu osobe, na održavanje stabilnosti i ponovno obrazovanje kako bi se spriječili budući poremećaji (Mojsović i sur., 2004).

**Callista Roy** 1974. godine predstavlja *„Adaptacijski ili prilagodbeni model“* koji podrazumijeva proces u kojem je čovjek, kao psihosocijalno biće u stalnoj intereakciji s okolinom te se u takvom dinamičnom okružju mora neprestance prilagođavati promjenama. Temeljni koncepti obuhvaćaju pacijenta u holističkom smislu, adaptacijske probleme s kojima se susreće, razine adaptacije pacijenta, na koju utječu žarišni poticaj s kojim je pacijent izravno suočen, kontekstualni poticaji te rezidualni poticaji koje pacijent doživio u prošlosti. Na kraju medicinska sestra utvrđuje načine sučeljavanja kojima se pacijent koristi te planira zadatke za promjenu slaboadaptivnog ponašanja u prilagođavajuće ponašanje (Brunner i Suddarth, 1988).

**Madeline M. Leininger** 1976. godine u *„Teoriji kulture različitosti i univerzalnosti skrbi“* navodi da sestrinska skrb treba biti prilagođena kulturološkim specifičnostima pacijenta kako bi se izbjeglo nerazumijevanje, ljutnja i frustracije zbog ignoriranja istih. Cilj ove teorije je otkriti, analizirati, interpretirati i dokumentirati kulturološke čimbenike koji znatno utječu na zdravlje, pobol i smrt pojedinca, kako bi se primijenili oni postupci koji bi mogi poboljšatii kvalitetu pružanja zdravstvene njege (Kalauz, 2012).

**Jean Watson** 1979. godine u *„Teoriji skrbi za čovjeka“* mišljenja je da osnovnu ulogu medicinske sestre čini razumijevanje zdravlja i bolesti izraženo u obliku iskustva. Zdravstvenoj se njezi pripisuje humana dimenzija, a pacijenta se prihvaća kao cjelovito, jedinstveno i neponovljivo biće koje se mijenja kako se mijenja i njegova okolina i u okviru stečenog iskustva. U procesu skrbi pacijent se prihvaća kao osoba kakva jest, ali i onakva kakva želi postati. Medicinske sestre obavljaju svoju temeljnu profesionalnu dužnost: olakšavaju pacijentima zdravstvenu promociju kroz edukaciju, podršku, upoznavanje s tehnikama rješavanja problema te razvijanjem vještina za nošenje s problemima i vještina za prilagodbu na gubitak. Prednost se daje stanju duha i jačanju ličnosti pacijenta, smatrajući da je duhovna povezanost osnova za ostvarenje ukupnog dobra za pacijenta, medicinsku sestru i društvenu zajednicu u najširem smislu (Kalauz, 2012).

**Margaret A. Newman** 1979. godine navodi kako temelj njene teorije čini interakcija medicinska sestra pacijent. Da bi medicinska sestra mogla ovu teoriju primjeniti u praksi, trebala bi imati visoko razvijenu svijest, znanje i sposobnost da prepozna fizičke, psihičke i emocionalne simptome, te duhovnu dimenziju pacijenta. Pravi odnos medicinske sestre i pacijenta izražen je kroz otvorenost, ljubav, pažnju i povezanost (Kalauz, 2012).

**Dorothy E. Johnson** 1980. godine u *„Bihevioralnoj teoriji zdravstvene njege“* tumači čovjeka kao *"sustav ponašanja" (behavioral system).* Čovjek kontinuirano nastoji balansirati između sebe i okoline koja nije, kao ni sam čovjek, konstantna, već je promjenjiva. Potreba za sestrinskom njegom javlja se onda kada dođe, ili bi moglo doći, do poremećaja u sustavu ponašanja, odnosno kada sustav ispadne iz ravnoteže te je čovjeku potrebna vanjska pomoć da izbalansira *"vanjsku"* i *"unutrašnju"* okolinu. Cilj sestrinskog djelovanja je da pomaže pacijentu da izmijeni

svoje obrasce ponašanja na takav način da bude sposoban spoznati one elemente svoga života koji više ne mogu biti izmijenjeni (Johnson, 1980).

**Rosemarie Parse** 1981. godine objavljuje *„Teoriju ljudskog postanka“* koja opisuje pacijenta kao osobu koja samostalno i slobodno odabire značenje situacije, kontinuirano koegzistira te je multidimenzionalno povezana sa ostatkom svemira, a pri tom upravlja mogućnostima na potpuno jedinstveni način. Prema Parse zdravlje nije odsutnost bolesti već stalan, otvoren proces, a skrb se planirana na temelju pacijentove perspektive zdravlja. Njena teorija usmjerava pažnju na značenje zdravlja pacijenata i kvalitete života, na njihove želje, potrebe, brige i preferencije za informacijama i njegom (Taylor i sur., 2011).

**Patricia Benner** 1984. godine u svojoj teoriji *„Od početnika do stručnjaka“* opisala je razvoj sestrinskih znanja i vještina kroz pet razvojnih stupnjeva od početnika do pozicije stručnjaka u kojoj ističe kako su teoretska znanja zajedno s iskustvom, za kojeg ne postoji zamjena put prema izvrsnosti u sestrinstvu. Medicinske sestre trebaju usavršavati potrebne sestrinske vještine postajući sve kompetentnije u svom poslu, a sve iz perspektive razine samostalnosti i mogućnosti rješavanja pacijentovih problema i zadovoljavanja potreba, a model podjele medicinskih sestara na *„mlađe“* i *„starije“* treba u praksi izbjegavati jer su godine rada samo jedan od preduvjeta stručnosti (Raile Alligood, 2013).

Pregledom teorija nekih od mnogobrojnih teoretičarki sestrinstva možemo zaključiti kako svaka od njih stavlja pacijenta u središte skrbi, u kojoj je on ravnopravni sudionik svojeg liječenja, a odnos između medicinske sestre i pacijenta, glavna je odrednica kvalitete zdravstvene njege. Naglašava se važnost pristupa pacijentu s psihofizičkog, duhovnog i socijalno egzistencijalnog gledišta, a fenomen empatije je zapravo glavna sastavnica uzajamnog dnosa medicinske sestre i pacijenta kroz sve teorije.

## 9. ZAKLJUČAK

Empatija daje filozofsku i etičku osnovu sestrinstvu, u kojoj je individualnost pacijenta i pacijentov vlastiti doživljaj bolesti ono najvažnije, a iskustva empatije su temeljena na sveopćoj humanosti.

Pacijenti od medicinskih sestara očekuju suosjećanje, empatični odnos i uzajamno poštovanje, a takav sveobuhvatni pristup osigurava pacijentima lakšu prilagodbu potrebnim intervencijama koje vode poboljšanju njihova zdravstvenog stanja. Također svakako postoji velika mogućnost da u otvorenoj, empatičnoj komunikaciji naspram svakog pacijenta medicinske sestre saznaju nešto što može bitno utjecati na njihovu bolest, ozdravljenje, postavljanje dijagnoze, liječenje te se može dobiti bolji uvid u pacijentove životne navike, probleme, simptome i zdravstvenu educiranost.

Sa ciljem što boljeg usvajanja empatičkih vještina komunikacije važnih u odnošenju prema pacijentima u sestrinskoj profesiji potrebno je provoditi kontinuiranu edukaciju medicinskih sestrara o specifičnostima empatičkog pristupa i djelovanja već od samog početka njihovog školovanja te stečena znanja kontinuirano nadograđivati novima.

Prvi kontakt sa pacijentom je vrlo važan jer postavlja smjer budućoj intereakciji medicinska sestra pacijent, utječe na pacijentov doživljaj medicinske sestre i terapijskih postupaka, utječe na suradljivost, a time i na ishod liječenja.

Također kao važan čimbenik u iskazivanju empatije u sestrinskoj profesiji navode se i karakteristike ličnosti medicinskih sestara, perceptivne i kognitivne sposobnosti, naglašavajući svakako važnost pozitivne percepcije sebe kao osobe.

Medicinske sestre razvojem svojih empatičnih vještina kroz rad s pacijentima, pozitivna iskustva empatije, povećano korištenje iste te kroz cjelokupan profesionalni razvoj dovode do toga da empatični pristup pacijentima, a i svima oko sebe jednostavno postaje njihov način postojanja i djelovanja, odnosno korištenje empatije u njihovom radu postaje automatsko.

Činjenica od koje se ne može pobjeći je kako napredak tehnologije iz dana u dan potiskuje kvalitetnu komunikaciju među ljudima, pa je stoga važno poticati čitanje već od malih nogu kako bi potencirali empatično razmišljanje sekundarno te utjecati na

djelovanje u svakodnevnom privatnom i svakako za medicinske sestre važno profesionalnom životu.

Empatija postoji od početaka naše struke, kroz period profesionalizacije setrinstva i postanka sestrinstva kao profesije, ali jednako kao i nešto što će i vjerojatno obilježiti budućnost sestrinstva.

## 10. POPIS LITERATURE


Alexaner, J. J., Sandahl, I. D. (2016). The Danish way of parenting: what the happiest people in the world know about raising confident, capable kids. New York: TarcherPerigee .

Arnold, E., Underman Boggs, K. (2003). Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses. St Louis: Saunders.

Balzer Piley, J. (2000). Communication in nursing. Toronto: Mosby.

Bojkovec, L. (2016). Empatija medicinskih sestara. Završni rad br. 742/SS/2016. Varaždin: Sveučilište sjever.

Brunner, L. S., Suddarth, D. S. (1988). Textboook of Medical-Surgical Nursing. Six Edition. J. B. Lippincott Company Philadelphia.

Brunero, S., Lamont, S., Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. Nursing Inquiry; 17: 65-74.
URL:https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x
(2018-08-28)

Donev, D. (2013). Etički aspekti suvremenog modela odnosa liječnik – bolesnik. JAHR; 4(7): 503-512.

Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, selfcompassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies; 60: 1-11.

Đorđević, V., Braš M. (2011). Komunikacija u medicini – čovjek je čovjeku lijek. Zagreb, Medicinska naklada: 37 - 40, 97-101.

Egan, G. (2001). The skilled helper: A problem - Management and Opportunity - Development Approach to Helping. 7th ed. Stamford: Wadsworth.

Gregurek, R. (2011). Psihološka medicina. Zagreb, Medicinska naklada: 194 - 8.

Grubišić, M., Ljubešić M., Filipović-Grčić B. (2013). Kako reći neželjenu vijest. Zagreb, Medicinska naklada: XV.

Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? Journal of General Internal Medicine, 18, 670-674.

Hojat, M. et al. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. Journal of Medical Education, 38, 934 – 931.
URL: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x/full (2018-08-30)

Jelić, M. (2012). Nove spoznaje u istraživanjima samopoštovanja: Konstrukt sigurnosti samopoštovanja. Društ. istraž. Zagreb; 2 (116): 443-463.

Johnson, D.E. (1980). The behavioral system model for nursing. In McEwen M. & Wills E. (Ed.). Theoretical basis for nursing. USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kalauz, S., (2012). Etika u sestrinstvu. Zagreb, Medicinska naklada: 43-53, 177-201

Kičič, M. (2014). E – zdravlje - savjetodavna uloga medicinskih sestara. Acta Med Croatica; 68: 65-69.

Kim, J. (2018). Emotional labor in the care field and empathy-enhancing education by reading literature. Iranian Journal of Public Healt; 47(8): 1084-1089. URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x (2018-08-28)

Kozić, S. (2015). Odgovoran sestrinski pristup prema pacijentu. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb: 4-6.

Krznaric, R.(2014). Empatija. Zagreb: Planetopija.

Lučanin, D., Despot Lučanin J. (2010). Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zagreb, Naklada Slap: 79-118.

Maćešić, B., Špehar, B. (2014). Prevencija kardiovaskularnih bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. SG/NJ; 19: 30-41.

Milivojević, Z. (2010). Emocije. Mozaik knjiga, Zagreb.

Miljković, D., Rijavec, M. (2001). Razgovori sa zrcalom: psihologija samopouzdanja. Zagreb: IEP.

Mojsović Z. i sur.. (2004). Sestrinstvo u zajednici: Priručnik za studij sestrinstva – prvi dio. Visoka zdravstvena škola, Zagreb.

Morse, J.M. et al. (1992). Exploring empathy: A conceptual fit for nursing practice?. Journal of Nursing Scholarship; 24(4): 273-280. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04831.x.

Nussbaum, J.F., Ragan, S., Whaley, B. (2003). Children, older adults and womwn: Impact on provider-patient interaction. Handbook of healt communication. Malvah: Lawrence Erlbaum Associates: 183-204.

Priest, H. (2014). Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i zdravstvenim strukama. Naklada slap. Zagreb.

Raile Alligood M. (2013). Nursing Theorists and Their Work.8e. Mosby. St. Louis, Missouri.

Randall, J. L., David, M. B. (2008). Psihologija ličnosti. Naklada Slap: 2-9.

Riley, JB. (2013). Communication in nursing. St. Louis: C.V. Mosby Company; 7: 368
Štifanić, M. (2013). Loša komunikacija i druge liječničke pogreške. JAHR; 4(7): 293327.

Woods, R.T. (1999). Psihological problems of ageing: Assessment, treatment and care. Chichester: Wiley: 219-252

Yang, N. et al.. (2018). Does narrative medicine education improve nursing students' empathic abilities and academic achievement? A randomised controlled trial. Journal of International Medical Research;46 (8): 3306-3317.
URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x
(2018-08-28)

Taylor, C.R., Lilis, T., LeMone P., Pamela Lynn, (2011). Fundamentals of Nursing: The art and Science of Nursing care. 7th edition: 74-5.

Žeželj, V., (2017). Teorije procesa zdravstvene njege. Završni rad br. 849/SS/2017. Varaždin: Sveučilište Sjever.

## 11. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 27.12.1975. godine u Zagrebu. Srednju medicinsku školu, općeg smjera završila sam 1994. godine i odmah nakon toga kao redovni student upisujem Višu medicinsku školu u Zagrebu. Zbog izvanredne situacije školovanje prekidam nakon prve godine te se 1995. godine zapošljavam u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu na Odjelu za hepatitis na kojem sam radila do 2002. godine i odradila pripravnički staž. Od 2002. godine, odnosno od njenog osnutka pa sve do danas radim u Dnevnoj bolnici Klinike za infektivne bolesti koja 2012. godine postaje Odjel za opću infektologiju s dnevnom bolnicom.

Godine 2007. ponovno upisujem, uz rad Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, smjer sestrinstvo koji završavam 2011. godine u redovnom roku tadašnjeg četverogodišnjeg programa.

Svjesna potrebe za daljnjom edukacijom i stručnim usavršavanjem 2016. godine upisujem Diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

Članica sam Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara – medicinskih tehničara, Hrvatske komore medicinskih sestara, Hrvatske udruge medicinskih sestara i Infektološkog društva medicinskih sestara.

Kroz aktivni rad u Infektološkom društvu čija sam tajnica od 2013. godine, a predsjednica od 2016. godine, sudjelovala sam u organizaciji tečajeva, simpozija i kongresa te sam bila predavač i voditelj radionica na istima.

Kao predstavnica Hrvatske udruge medicinskih sestara 2017. godine imenovana sam za člana Nacionalnog povjerenstva za suzbijanje HIV/AIDS-a pri Ministarstvu zdravstva Republike Hrvatske.

U Klinici za infektivne bolesti dio sam tima za trajnu edukaciju novozaposlenih medicinskih sestara/tehničara te pripravnika kroz predavanja i radionice, te kroz stručne sastanke u Klinici za infektivne bolesti sudjelujem kao predavač u trajnom usavršavanju za medicinske sestre/tehničare Hrvatske komore medicinskih sestara. Također sudjelovala sam u edukaciji roditelja, odgajatelja i stručnih suradnika o infektivnim bolestima u dječjem vrtiću.

## 12. ZAHVALA

Zahvaljujem se mentoru prof. dr. sc. Rudolfu Gregureku, te prof. dr. sc. Draženu Begiću i doc. dr. sc. Mileni Skočić Hanžek na svesrdoj pomoći oko izrade ovog diplomskog rada.

Najviše sam zahvalna svojoj obitelji, posebice svojoj djeci što su mi bezuvjetno pomagali u organizaciji svakodnevnih aktivnosti, te radnim kolegicama zbog susretljivosti u organizaciji rada za vrijeme mog studiranja.