Komunikacijske kompetencije fizioterapeuta

Hofmann, Gilbert

Doctoral thesis / Disertacija

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:402185

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Filozofski fakultet
Sveučilišta u Zagrebu

Repository / Repozitorij:

ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Gilbert Hofmann

KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCIJE FIZIOTERAPEUTA

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2021.

Sveučilište u Zagrebu

Faculty of Humanities and Social Sciences

Gilbert Hofmann

COMMUNICATION COMPETENCES OF PHYSIOTHERAPISTS

DOCTORAL THESIS

Zagreb, 2021.

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Gilbert Hofmann

KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCIJE FIZIOTERAPEUTA

DOKTORSKI RAD

Mentori:
Prof. dr. sc. Sanja Seljan
Prof. dr. sc. Ljubica Bakić-Tomić

Zagreb, 2021.

University of Zagreb

Faculty of Humanities and Social Sciences

Gilbert Hofmann

COMMUNICATION COMPETENCES OF PHYSIOTHERAPISTS

DOCTORAL THESIS

Supervisors:
Prof. dr. sc. Sanja Seljan
Prof. dr. sc. Ljubica Bakić-Tomić

Zagreb, 2021.

INFORMACIJE O MENTORIMA

Prof. dr. sc. Sanja Seljan

Prof. dr. sc. Sanja Seljan redovni je profesor u trajnom zvanju na Odsjeku za informacijske i komunikacijske znanosti Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Doktorirala je 2003. godine. Bila je voditelj nacionalnog znanstveno-istraživačkog projekta Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta (MZOS) od 2007-2013, četiri potpore Sveučilišta te sudjelovala na međunarodnim i nacionalnim znanstveno-istraživačkim projektima. Predaje na preddiplomskom, diplomskom i dva doktorska studija te je gostujući predavač na Sveučilištu u Mostaru. Sudjelovala je u reorganizaciji studija i harmonizaciji s europskim studijima i praksom. Autor je i koautor preko 80 znanstvenih i stručnih radova iz područja računalne obrade jezika, analize podataka, dubinske analize teksta i ekstrakcije informacija, strojnog prevođenja i strojnog učenja, jezičnih tehnologija u poslovanju, evaluaciji kvalitete i upravljanja procesima. Sudjelovala je na preko 100 međunarodnih konferencija, okruglih stolova i ljetnih škola, održala 8 radionica. Suurednica je 8 publikacija na engleskom jeziku, član organizacijskih i programskih odbora konferencija, član uredništva, organizacijskih odbora međunarodnih publikacija i radova u časopisima. Bila je pozvani predavač u Europskoj komisiji i Europskom parlamentu, gostujući predavač na 10ak europskih sveučilišta i plenarni predavač na međunarodnim i nacionalnim konferencijama.

Mentor je preko 50 završnih i diplomskih radnji, znanstvenog magisterija i 10 doktorskih disertacija. Bila je zamjenik pročelnika Odsjeka i predstojnik Katedre za društvno-humanističku informatiku. Članica je domaćih i međunarodnih znanstvenih i profesionalnih udruga; bila je redovni i zamjenski član Vijeća Filozofskog fakulteta, član Povjerenstva za razvoj i unapređenje kvalitete studija, ECTS koordinator Odsjeka, ECTS kooridinator Filozofskog fakulteta. Organizator je međunarodne konferencije INFuture: The future of Information Sciences od 2007-2017. Predaje na hrvatskom, engleskom i francuskom, služi se osnovno njemačkim i talijanskim. Stručno se usavršavala u inozemstvu.

Područja interesa: (1) analiza i vizualizacija podataka (engl. Data Analysis and Visualization), poslovna analitika (engl. Business Analytics); (2) dubinska analiza teksta (engl. Text Minig) i ekstrakcija informacija (engl. Information Extraction); (3) jezične tehnologije u poslovanju; (4) računalna obrada prirodnoga jezika (engl. Natural Language Processing, NLP); (5) strojno prevođenje (engl. Machine Translation, MT); (6) strojno učenje (engl. Machine Learning).

Prof. dr. sc. Ljubica Bakić-Tomić

Prof. dr. sc. Ljubica Bakić-Tomić rođena je 1955. godine u Zagrebu, gdje je završila cjelokupno svoje obrazovanje. Diplomirala je na Filozofskom fakultetu u Zagrebu gdje je i doktorirala na Odsjeku informacijskih i komunikacijskih znanosti. Kao sveučilišni nastavnik radila je na Fakultetu Kriminalistike Sveučilišta u Zagrebu, Učiteljskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, Sveučilištu Sjever u Varaždinu, te Veleučilištu Baltazar u Zaprešiću, te nekoliko godina i kao vanjski suradnik Sveučilišta u Dubrovniku. Na svim visokoškolskim institucijama uvodila je brojne kolegije: Obrazovna komunikologija, Poslovno komuniciranje, Persuazija i interpersonalna komunikacija, Metodika timskog rada, Kreativnost u odnosima s javnošću, Istraživanje u odnosima s javnošću, Persuazivna komunikologija, Inovativno korporativno komuniciranje i Intuitivno komuniciranje. Sudjelovala je u kreiraju brojnih studijskih programa kao što su: diplomski sveučilišni studij *Odnosi s javnostima*, diplomski sveučilišni studij *Rani odgoj i predškolsko obrazovanje*, te specijalistički stručni studij *Komunikacijski menadžment.*

Od 2006. godine obnašala je više rukovodnih dužnosti: pročelnica Studija za predškolski odgoj Učiteljskog fakulteta u Zagrebu, prodekanica Odsjeka u Čakovcu, Učiteljskog fakulteta u Zagrebu, bila je članica Vijeća područja društvenih i humanističkih znanosti Sveučilišta u Zagrebu, pročelnica odjela za Komunikologiju i odnose s javnostima i voditeljica sveučilišnog diplomskog studija Odnosa s javnostima na Sveučilištu Sjever u Varaždinu. Bila je predsjednica etičkog povjerenstva i članica Senata Sveučilišta Sjever. Trenutačno je prodekanica za nastavu i studente Veleučilišta Baltazar u Zaprešiću.
Od 2005. do 2012. godine dr.sc. Ljubica Bakić-Tomić, jedna je od voditeljica brojnih međunarodnih znanstvenih skupova CISKS: Communication and Information Sciences in the

Knowledge Society, koji su se održavali u Baden-Badenu, Njemačka, Zadru, Zagrebu i Opatiji, te nekoliko znanstvenih okruglih stolova pod nazivom „Društvo znanja“. Od 2007. do 2014. godine bila je voditeljica znanstvenog projekta MZOŠ-a RH pod nazivom «Informacijsko-komunikacijske kompetencije edukatora», a godine 2013/14. voditeljica projekta „Jednake mogućnosti za sve - bolja integracija Roma u obrazovni sustav RH“, financiran od Sveučilišta u Zagrebu. Od 2007. godine sudjeluje na Međunarodnom znanstvenom projektu Psychology and Sociology of Ecomomic Behaviour, financiran od Češke Republike. Bila je član autorskog tima koji je objavio istoimeni sveučilišni udžbenik.

Sudjelovala je u stvaranju i realizaciji više doktorskih studija: „Rani odgoj i obvezno obrazovanje“, Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, „Suvremeno izdavaštvo i mediji“ Sveučilišta u Rijeci. Sudjeluje u realizaciji doktorskih studija „Korporativni komunikacijski menadžment“, „Alma Mater“, Mariborske univerze u Sloveniji i doktorskog studija Informacijskih i komunikacijskih znanosti, Filozofskog fakulteta u Zagrebu gdje je pod njezinim mentorstvom doktorat iz područja komunikologije obranilo osam doktoranada.

Prof. dr.sc. Ljubica Bakić-Tomić do sada je objavila 4 knjige (od toga dvije u inozemstvu), brojne zbornike u kojima je bila jedan od urednika i autora, 1 online sveučilišnu skriptu, te 80 znanstvenih i stručnih radova, sudjelovala na 19 međunarodnih znanstvenih skupova, te je pet godina gostujući profesor na Ekonomskom sveučilištu u Pragu. Dobitnica je brojnih priznanja za svoj znanstveni rad u zemlji i inozemstvu.

ZAHVALE

Doktorski rad „Komunikacijske kompetencije fizioterapeuta“ želim posvetiti mojoj obitelji – nonu Carlu i noni Mary, ujaku Walteru te mami Rosalbi koji su me oduvijek svesrdno podržavali ka stjecanju novih znanja i motivirali tijekom mojeg odrastanja i školovanja. Oni su bili moji prvi učitelji i bez njih ne bi bilo niti one potrebne iskre koja me motivirala za daljnje školovanje.

Također, zahvaljujem na ljubavi i strpljenju moje uže i šire obitelji koji su vjerovali u mene i bodrili me da ustrajem tijekom mojeg cijeloživotnog obrazovanja.

Nadalje, zahvaljujem se Odjeku za informacijske i komunikacijske znanosti pri Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu koji su mi omogućili upis na doktorski studij te u konačnici i sam izbor teme vezano uz komunikaciju u mojoj primarnoj struci – fizioterapiji.

Zahvaljujem se svim fizioterapeutima i korisnicima fizioterapije koji su sudjelovali u ovom istraživanju te na taj način doprinijeli razvoju komunikacijskih kompetencija u fizioterapiji.

Posebna, od srca, zahvala pripada mojim mentoricama prof. dr. sc. Sanji Seljan i prof. dr. sc. Ljubici Bakić-Tomić bez čije strpljive pomoći ovaj rad ne bi ugledao svijetlo dana.

Nakon diplomskog studija fizioterapije i istraživanja u sklopu diplomskog rada s temom „Upravljanje karijerom u fizioterapiji“ svoju posvetu prema struci zaključujem ovim doktorskim radom.

SAŽETAK

Komunikacija zdravstvenih djelatnika i pacijenta danas se može smatrati temeljnom i jednom od najvažnijih vještina u kliničkoj praksi kod uspješnog postavljanja dijagnoze i planiranja te provedbe liječenja. Komunikacijske kompeticije po kojima zdravstveni djelatnici razvijaju odnos i komunikaciju s korisnicima zdravstvenih usluga trebaju se temeljiti na istraživačkim i empirijskim konceptima. Učinkovita komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenata stvara veće mogućnosti za uspješnu suradnju tijekom postupaka liječenja i rehabilitacije. **Cilj doktorskog rada je jasno definirati profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta potrebne za uspješnu komunikaciju i utvrditi utjecaj asertivnog modela komuniciranja na učinkovitost suradnje s pacijentima i unutar zdravstvenog tima.** U radu postoje i **tri specifična istraživačka cilja**: (1) analizirati pravne i javno dostupne dokumente koji se odnose na klinički rad fizioterapeuta i formalno obrazovanje fizioterapeuta u Hrvatskoj s aspekta komunikacijskih kompetencija; (2) procijeniti komunikološki profil fizioterapeuta te istražiti različite aspekte komunikacijskih kompetencija – empatičnost i asertivnost u komunikaciji te tolerantnost na neslaganje u komunikaciji na radnom mjestu; (3) istražiti kod korisnika fizioterapije učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom, ponašanje fizioterapeuta tijekom komunikacije, strah od komunikacije te korelaciju ishoda rehabilitacije i zadovoljstva komunikacijom s fizioterapeutom.

U istraživanju su korištene četiri metode prikupljanja podataka: (1) analiza pravne dokumentacije o fizioterapeutskoj profesiji, (2) anketno istraživanje o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta, (3) anketno istraživanje o učinkovitosti komunikacije korisnika fizioterapije s fizioterapeutima, (4) analiza kolegija u formalnom obrazovanju fizioterapeuta. Anketno istraživanje provedeno je u razdoblju od 1. svibnja do 31. prosinca 2018. godine, u 74 zdravstvene ustanove na području cijele Hrvatske. Testni skup čine 502 fizioterapeuta zaposlena u zdravstvenim ustanovama u javnom, državnom ili privatnom vlasništvu, te 2902 pacijenta ispitana u istim zdravstvenim ustanovama.

Znanstveni doprinos ovog doktorskog rada može se razmatrati na teorijskoj i empirijskoj razini. Na teorijskoj razini znanstveni doprinos sastoji se u definiranju nužnih komunikacijskih kompetencija potrebnih za učinkovit profesionalni rad fizioterapeuta te u

definiranju utjecaja asertivnog modela na učinkovitost komunikacije u kliničkoj praksi fizioterapeuta. Na empirijskoj razini znanstveni doprinos se sastoji u analizi i primjeni rezultata provedenog istraživanja o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta te u izradi sugestija za dodatnom edukacijom na razini formalnog i neformalnog obrazovanja.

KLJUČNE RIJEČI: komunikacijske kompetencije, komunikacija u medicini, fizioterapeuti, medicinska rehabilitacija, medicina usmjerena na čovjeka, zadovoljstvo pacijenata komunikacijom, komunikacija i zdravstveni ishod, informacijske i komunikacijske znanosti

SUMMARY

INTRODUCTION

Clinical medicine and the work of healthcare workers, as well as the results of treatment and medical rehabilitation, are all dependant on the effectiveness of communication throughout this process, as well as on the quality of the relationships between the physician and other healthcare workers and patients and their families, and within the healthcare team itself. Factors that are of importance for effective communication within clinical practice are the atmosphere in which communication unfolds, the manner in which interlocutors relate to each other, the words that are used in communication and the quality of communication on a verbal and non-verbal level.

The communication competencies on the basis of which healthcare workers develop their relationships and communication with users of healthcare services should be rooted in research and empirical concepts. Effective communication between healthcare workers and patients increases the possibility of achieving successful cooperation during the treatment and rehabilitation process.

A review of published literature has shown that, as of yet, no research related the communication competencies of physiotherapists has been performed in Croatia while, at an international level, scientific papers have been published only in relation to certain thematic areas concerning communication competencies, whether in physiotherapy or clinical practice in general.

Woodward et al. (2012) have identified five main categories in the assessment of the quality of communication in physiotherapy: non-verbal communication, manner of the physiotherapist, the language that the physiotherapist uses, hospital organisation and the content of therapy procedures and communication tools.

Amoudi et al. (2017) have studied the effect of positive communication skills on reducing pain in orthopaedic patients during physiotherapy in Palestinian rehabilitation centres. The authors state that the communication competencies of physiotherapists play a key role during the physiotherapy programme when it comes to alleviating pain and depression and increasing

the motivation of patients. The results of their research showed that 50% of respondents agreed that positive communication skills were of great help in the alleviation of pain, while around 30% of respondents stated that such skills were of moderate help. This means that, to a greater or slightly lesser extent, 80% of patients consider communication during rehabilitation to be of importance for the positive outcome of rehabilitation.

Włoszczak-Szubzda and Jarosz (2013) stress that effective communication skills are necessary in order to correctly gather information in healthcare consultations, as well as for adapting to the needs and thoughts of the patients. ″During physiotherapy and discharge itself, effective communication is necessary for the patient to gain a better understanding of their further progress, lifestyle and behaviour″ (Włoszczak-Szubzda , Jarosz, 2013; p. 194).

Hargreaves (1982) and Ambady et al. (2002) stress that an effective understanding and use of non-verbal communication in a therapeutic environment is necessary in order to achieve a successful rehabilitation outcome. Patients that have confidence in their physiotherapists are more likely to adhere to therapeutic instructions, as opposed to patients who received identical verbal instructions, but sensed the disinterest and absence of their physiotherapists. Doubts in the sincerity and credibility of the sender of the message lead to unsatisfactory interactions.

From the research described above, it can be concluded that the communication competencies of physiotherapists are of great importance for both the successful and effective implementation of physiotherapy and the satisfaction of patients.

RESEARCH OBJECTIVES AND HYPOTHESES

The objective of this doctoral dissertation is to clearly define the communication competencies that physiotherapists need to possess in order to communicate successfully, as well as to establish the influence of the assertive communication model on the effectiveness of cooperation with patients and within the healthcare team itself. The dissertation also has three specific research objectives:

- analysing legal and publicly available documents related to the clinical work of physiotherapists and the formal education of physiotherapists in Croatia;
- assessing the communication profile of physiotherapists and studying the different aspects of communication competencies: empathy and assertiveness in communication, and tolerance to disagreements at the workplace;

- researching the effectiveness of communication of users of physiotherapy with their physiotherapists, the manner of physiotherapists during communication, fear of communication and the correlation between the outcome of rehabilitation and the patient's satisfaction with their communication with their physiotherapist.

Research hypotheses:

H1: The professional communication competencies of physiotherapists are represented neither in Croatian legal documentation, nor Croatian education documentation.

H2: The use of an assertive communication style by physiotherapists significantly increases the effectiveness of cooperation with patients.

H3: Physiotherapists with a greater tolerance to disagreements achieve more effective communication within the healthcare team.

H4: Developed communication skills in physiotherapists have a positive effect on the outcome of medical rehabilitation.

H5: Patients who evaluate worse their communication with a physiotherapist during medical rehab express greater fear of physical therapist, are older (over 58 years of age) and are the lowest in education.

This dissertation aims to contribute to the development of communication skills in physiotherapists, which leads to the development of one's own professional work, both in physiotherapy and clinical practice in general. The outcomes of this research may be of assistance in the evaluation of professional communication competencies related to physiotherapy as well as other healthcare professions, which benefits both patients and physiotherapists within the therapeutic process. The expected scientific contribution of this doctoral dissertation can be elaborated on a theoretical and empirical level:

- On a theoretical level: the scientific contribution relates to the definition of the communication competencies that are necessary for the effective professional work of physiotherapists, and to the definition of the influence of the assertive model on the effectiveness of communication in the clinical practice of physiotherapists.
- On an empirical level: the scientific contribution relates to the analysis and application of the results of the conducted research on the communication competencies of

physiotherapists, and in the drafting of suggestions for additional training at the level of the formal and informal education of physiotherapists.

RESEARCH METHODS

The subject of the doctoral dissertation is gaining insight into the condition of the objective parameters of the communication competencies of physiotherapists within the Croatian healthcare system. The research used four methods of data collection:

1. Analysis of legal documentation on the physiotherapy profession
2. Questionnaire on the communication competencies of physiotherapists
3. Questionnaire on physiotherapy patients' views on the effectiveness of communication with their physiotherapists
4. Analysis of courses that are part of the formal education of physiotherapists

Analysis of legal documentation was performed with the objective of researching the extent to which the public availability and validity of legal documents that regulate the profession of physiotherapy in Croatia is connected with the definition of the professional competencies of physiotherapists. This analysis encompassed the *Act on Physiotherapy*, *Standards in Physiotherapy Practice* and the *Code of Physiotherapy Ethics and Deontology.*

The analysis of the communication competencies of physiotherapists was performed by means of a questionnaire that assessed physiotherapists' knowledge of and attitude towards communication with users of physiotherapy, as well as towards communication within the healthcare team itself. The objective of this questionnaire was to determine the knowledge and skills that are necessary in order to make communication in the clinical work of physiotherapists as effective as possible (empathy in communication, assertiveness and tolerance to disagreements at the workplace).

The analysis of the effectiveness of the communication of patients with their physiotherapists was performed by means of a questionnaire that examined patients' views of and satisfaction with the communication competencies of their physiotherapists. The objective of this questionnaire, which was filled in by users of physiotherapy, was to examine the effectiveness of their communication with their physiotherapist, their opinions concerning the manner of their physiotherapist during communication, fear of communicating with their

physiotherapist and the correlation between the outcome of rehabilitation and patients' satisfaction with their communication with their physiotherapist.

The analysis of courses that are part of the formal education of physiotherapists encompassed the syllabi of the undergraduate and graduate university and professional study programmes in physiotherapy performed at higher education institutions in Croatia, in which course content involving the communication competencies of physiotherapists was the subject of research.

RESULTS

In the first part of the research, an analysis of the publicly available legal documentation that regulates the profession of physiotherapy in Croatia was performed: the Physiotherapy Act, Standards in Physiotherapy Practice and the Code of Physiotherapy Ethics and Deontology. The Act on Physiotherapy regulates the content and manner of performing physiotherapy activities, educational standards, prerequisites for performing the profession, obligations, quality control and professional supervision of the work of physiotherapists in the Republic of Croatia. Pursuant to the Physiotherapy Act, in 2018 the Croatian Chamber of Physiotherapists published the Code of Physiotherapy Ethics and Deontology, which defines the principles and rules of conduct for physiotherapists for the purpose of upholding the dignity and reputation of the profession and activity of physiotherapy. The principles of this Code define the importance and role of the physiotherapist in healthcare and in society in general, and they are aimed at providing guidance on how to pursue the profession of physical activity in a responsible and professional manner. Pursuant to the Physiotherapy Act, in 2009 the Croatian Chamber of Physiotherapists issued a document titled ″Standards in Physiotherapy Practice″, which were developed in accordance with the recommendations of the World Confederation for Physical Therapy (WCPT) and the European Region of the World Confederation for Physical Therapy (ER-WCPT). Standards in the practice of physiotherapy represent principles for the implementation of physical therapy and requirements that are demanded from physiotherapists in order to provide a high standard of physiotherapy services to the community. The standards represent the professional obligation of the physiotherapy profession in the promotion of the health of individuals and the community at large, all for the purpose of increasing the effectiveness of physiotherapy services, and they encompass:

administration and principles in the organisation of physiotherapy practice, communication with patients and within the healthcare team, responsibility towards the community, cultural competencies, documentation, education and training, ethical code, informed consent, legality, management of patient care, personal professional development, quality assurance, research and assisting staff in physiotherapy. According to the analysis performed, it is evident that professional communication competencies have not been defined in Croatian legal documentation.

In order to establish the professional communication competencies of physiotherapists, two questionnaires were implemented: (1) Questionnaire on the communication competencies of physiotherapists and (2) Questionnaire on physiotherapy patients' views on the effectiveness of communication with their physiotherapists. The questionnaires were implemented during a period of 8 months, between 01 May and 31 December 2018, on a sample of 2 test groups in 74 private and public healthcare institutions in Croatia that perform physiotherapy, and the research involved 502 physiotherapists and 2902 patients.

The analysis of the results obtained from the **questionnaire on the communication competencies of physiotherapists** shows that an assertive style of communication adopted by physiotherapists significantly increases the effectiveness of their cooperation with patients. However, it was established that physiotherapists that are older or somewhat older both in terms of age (the group between the ages of 35-49 and the group above the age of 50) and in terms of length of service (group with 15-29 years of service and group with more than 30 years of service) have lower indicators of assertiveness in communication than their younger colleagues (group with less than 15 years of service). Empathy also ranked highly as a desirable trait in working and communicating with patients. Furthermore, in this part of the research, an assessment of attitudes towards disagreements in communication at the workplace was also performed, in which it was observed that physiotherapists perceived disagreements, i.e. conflicts as ″undesirable″, in the sense that they were inclined towards avoiding open conflict at the workplace. They were more inclined towards switching conversation to another topic, or avoiding communication with conflictive persons.

The research of physiotherapy patients' views on the effectiveness of communication with their physiotherapists was based on a questionnaire that assessed patient's views of and satisfaction with the communication competencies of their physiotherapists. This questionnaire implemented among patient tested their own assessment of their health status,

assessment of fear of communicating with their physiotherapist, assessment of the effectiveness of their communication with their physiotherapist, assessment of physiotherapy patients' views on interpersonal communication with their physiotherapist, assessment of the behaviour of physiotherapists in communication, assessment of the manner of speech of physiotherapists. The results show that the majority of respondents (85.5%) reported having a moderate fear of their physiotherapist, a smaller part of the respondents reported a high degree of fear (14.5%), while none of the respondents reported not having a fear of physiotherapists.

Furthermore, patients' views on the effectiveness of their communication with their physiotherapist was assessed. The effectiveness of communication was tested according to the following parameters: (1) thoroughness of the physiotherapist's questions on the patient's health status and symptoms; (2) attentiveness of the physiotherapist in communication with the patient; (3) elaborations of the medical problems of the patient or the procedures planned for the patient; (4) the physiotherapist's responses to the questions asked by the patient; (5) length of conversation and time dedicated by the physiotherapist to talking with the patient; and (7) the physiotherapist's level of intimacy with the patient. The analysis of the data concerning effectiveness of communication with the physiotherapist showed that patients valued the traits of *patience* and *attentiveness* the most in conversation with their physiotherapist.

The analysis of the results pertaining to physiotherapy patients' views on their interpersonal communication with their physiotherapist also shows what patients find important during physiotherapy: they want to be heard, to be able to openly express their problems without feeling criticised, for the physiotherapist to express a sincere interest in their health concerns and to show initiative in explaining the further course of treatment – through advice, support and instructions.

As for the behaviour of physiotherapists towards patients in communication, users of physiotherapy highly value having enough time to consult with the physiotherapist during physiotherapy, being attentively listened to by the physiotherapist while they were talking about their health concerns; having their physiotherapists help them feel well enough to perform their everyday life activities; receiving explanations on the purpose of the planned tests and procedures from their physiotherapist at the beginning of therapy; receiving help from their physiotherapist in understanding the advice that they received during therapy;

being warned of the consequences of not performing the recommended therapeutic exercises as recommended and instructed.

The research results also show that the respondents, as an error in communication, most commonly stressed that physiotherapists talked too fast in conversation with them. The average values obtained also show that they used incomprehensible speech, that they were confused in communication and neglected them in communication.

The analysis of courses that are part of the formal education of physiotherapists established that, within the syllabi of courses that are part of the formal education of physiotherapists, there exist courses where communication is taught. The research encompassed syllabi at 2 polytechnics and 5 universities in Croatia, on the undergraduate and graduate level. On the territory of Croatia, the formal education of physiotherapists is performed through university and professional study programmes. The analysis set apart the following 5 compulsory courses on the undergraduate level with content and objectives related to the communication competencies of future physiotherapists: 1. Ethics of Healthcare, 2. Physiotherapy Assessment, 3. Clinical Propaedeutics, 4. Communication Skills, 5. Foreign Language; together with 3 elective courses: 1. Palliative Care, 2. Psychology of Sports, 3. Gerontology.

At the level of graduate study programmes of physiotherapy, 3 compulsory courses related to improving the communication competencies of future physiotherapists were found: 1. Management in Healthcare, 2. Working with the Disabled, 3. The Skill of Medical Teaching; together with 3 elective courses: 1. Teamwork, 2. Working with a Group, 3. Business Communication.

Educational programmes have recognised the need for teaching communication skills as soon as at the undergraduate level, and the course ″Communication Skills″ was introduced at all 7 institutions for training physiotherapists, with content and objectives encompassing the knowledge that future physiotherapists will need in their work with patients, their families and work colleagues. However, the results of this analysis did not prove conclusive as to whether the students are familiarised with this content only informatively, or whether they are trained to resolve concrete communication problems.

CONCLUSION

Further research and guidelines within the profession should take into consideration the educational framework of communication competencies and include it in the legal framework of the profession, for example including it in the ethical code of physiotherapy, standards in physiotherapy and similar. The legal and educational framework within the profession should certainly be in harmony, so that results in the field of communication competencies may both gain importance and be systematically implemented and monitored in practice.

On the basis of the questionnaires, both those given to patients and those given to physiotherapists, important new knowledge on the work processes of physiotherapists concerning communication and the necessary competencies was obtained. Above all, one needs to spend time in rehabilitation in order for rehabilitation to be as effective as possible, and this also applies to communication as an integral part of rehabilitation. Elderly patients demand extra attention not only in the rehabilitation process, but also when it comes to the manner of communication itself. Likewise, patients with a lower level of education need extra care for their fears to be assuaged, as do elderly patients. Within all systems (forms) of treatment, it is necessary to implement training on the manner, methods and procedures of communication, as well as to insist on good and effective communication within the healthcare team itself.

KEY WORDS: communication competencies, communication in medicine, physiotherapists, medical rehabilitation, human-centred medicine, satisfaction of patients with communication, communication and healthcare outcomes, information and communication technology

SADRŽAJ

1. UVOD 1

2. CILJ I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA 5

3. TEORIJSKE POSTAVKE KOMUNIKACIJSKIH KOMPETENCIJA 8

3.1. OSNOVNE TEORIJE KOMUNIKACIJSKIH PROCESA U KLINIČKOJ PRAKSI . 10

3.1.1. Komunikacijski proces u kliničkoj praksi 11

3.1.2. Osnove komunikacijskih modela 13

3.2. KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCIJE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA 18

3.2.1. Što su to kompetencije? 18

3.2.2. Kompetencije zdravstvenih djelatnika 22

3.2.3. Komunikacijske kompetencije 25

3.2.4. Komunikacijske kompetencije u kliničkoj praksi 29

3.3. SLUŠANJE, POVRATNE INFORMACIJE I BARIJERE U KOMUNIKACIJI 35

3.3.1. Vještina slušanja 35

3.3.2. Povratne informacije 42

3.3.3. Komunikacijske prepreke 48

3.3.4. Iznošenje neistina u komunikaciji 51

3.4. NEVERBALNA KOMUNIKACIJA U KLINIČKOM RADU 55

3.4.1. Što je to neverbalna komunikacija? 55

3.4.2. Začetci istraživanja neverbalne komunikacije 56

3.4.3. Suvremeni pristup istraživanju neverbalne komunikacije 58

3.5. VERBALNA KOMUNIKACIJA 65

3.5.1. Poruke u komunikaciji 66

3.5.2. Otvoreni razgovori i samootkrivanje u komunikaciji 68

3.6. STILOVI KOMUNICIRANJA 72

3.6.1. Asertivno ponašanje i komuniciranje 72

3.6.2. Agresivno ponašanje i komuniciranje 81

3.6.3. Pasivno submisivno ponašanje i komuniciranje 84

3.6.4. Pasivno-agresivno ponašanje i komuniciranje 86

3.7. EMPATIJA I KOMUNIKACIJA U KLINIČKOJ PRAKSI 90

3.7.1. Empatija u komunikaciji zdravstveni djelatnik-pacijent 90

3.7.2. Riess i Kraft-Toddov model procjene empatije kroz neverbalnu komunikaciju ... 96

3.8. PERSUAZIJA U INTERPERSONALNOJ KOMUNIKACIJI 99

3.8.1. Definicija persuazije ili uvjeravanja 99

3.8.2. Osnovne komponente uvjeravanja 100

3.8.3. Etičnost u persuaziji ili uvjeravanju 104

3.8.4. Uvjeravanje i placebo učinak 107

3.8.5. Obrada informacija s pozicije pacijenta 108

3.9. INTERKULTURALNA KOMUNIKACIJA 110

3.9.1. Suvremeni koncept interkulturalizma 111

3.9.2. Verbalni i neverbalni kodni sustavi u interkulturalnoj komunikaciji 113

3.9.3. Klinički rad na interkulturalnoj razini 118

3.9.4. Interkulturalna komunikacija i migrantska kriza 121

3.10. TIMSKI RAD I UČINKOVITA KOMUNIKACIJA 123

3.10.1. Što je to timski rad? 124

3.10.2. Zdravstveni timovi 126

3.10.3. Učinkovita komunikacija i timski rad 129

3.10.4. Komunikacija unutar zdravstvenih timova 131

3.11. SUKOBI U KOMUNIKACIJI 135

3.11.1. Obilježja sukoba 136

3.11.2. Sukobi u zdravstvenom okruženju općenito 138

3.11.3. Sukobi s pacijentima i u timu (specifičnost radnog okruženja) 142

3.11.4. Smjernice za rješavanje sukoba u zdravstvenim ustanovama prema kanadskom modelu RNAO 145

3.12. ETIKA U KOMUNIKACIJI U KLINIČKOJ PRAKSI 148

3.12.1. Etika kao znanost unutar zdravstvenog sustava 148

3.12.2. Etički izazovi u susretu s autonomijom pacijenata 150

3.12.3. Što kada komunikacija usmjerena na pacijenta nije dovoljna? 153

3.12.4. Laganje u kliničkoj praksi i etičke pogreške 156

3.12.5. Informirani pristanak kao ideal etičkog postupanja u medicini 160

3.13. KOMUNIKOLOŠKE SPECIFIČNOSTI U KLINIČKOJ PRAKSI 165

3.13.1. Medicinski intervju 166

3.13.2. Edukacija i savjetovanje pacijenata 173

3.13.3. Komunikacija s pacijentima treće životne dobi 180

3.13.4. Komunikacija u palijativnoj skrbi 183

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA 195

4.1. METODE PRIKUPLJANJA PODATAKA 199

4.1.1. Analiza pravne dokumentacije o fizioterapeutskoj profesiji 200

4.1.2. Analiza komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta 201

4.1.3. Analiza učinkovitosti komunikacije korisnika fizioterapije s fizioterapeutima ... 208

4.1.4. Analiza kolegija u formalnom obrazovanju fizioterapeuta 217

4.2. TESTNI SKUP U ANKETNOM ISTRAŽIVANJU 218

4.2.1. Fizioterapeuti 218

4.2.2. Korisnici fizioterapeutskih usluga 219

4.3. PROVEDBA ANKETNOG ISTRAŽIVANJA 220

5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA 222

5.1. ANALIZA PRAVNIH DOKUMENATA VEZANO ZA PROFESIONALNE KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCIJE FIZIOTERAPEUTA 223

5.1.1. Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti 223

5.1.2. Standardi i komunikacijske kompetencije u fizioterapeutskoj praksi 225

5.1.3. Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije 226

5.2. PRIKAZ DOBIVENIH REZULTATA ANKETNOG ISTRAŽIVANJA O KOMUNIKACIJSKIM KOMPETENCIJAMA FIZIOTERAPEUTA 228

5.2.1. Osnovni sociodemografski podatci ispitanika 229

5.2.2. Procjena komunikacije fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu 230

5.2.2.1. Komunikacija fizioterapeuta i rod 232

5.2.2.2. Komunikacija fizioterapeuta i dob 232

5.2.2.3. Komunikacija fizioterapeuta i radni staž 232

5.2.2.4. Komunikacija fizioterapeuta i oblik fizioterapeutske prakse 234

5.2.3. Procjena asertivnosti na radnom mjestu 234

5.2.3.1. Asertivni stil komuniciranja fizioterapeuta i učinkovitost uspostavljene suradnje s pacijentima 235

5.2.3.2. Asertivnost i rod 235

5.2.3.3. Asertivnost i dob 236

5.2.3.4. Asertivnost i radni staž 237

5.2.3.5. Asertivnost i oblik fizioterapeutske prakse 238

5.2.4. Procjena stavova o empatičnom komuniciranju na radnom mjestu 239

5.2.4.1. Empatija i rod 241

5.2.4.2. Empatija i dob 242

5.2.4.3. Empatija i radni staž 242

5.2.4.4. Empatija i oblik fizioterapeutske prakse 242

5.2.5. Procjena stavova o neslaganju u komunikaciji na radnom mjestu 243

5.2.5.1. Tolerancija na neslaganje i rod 244

5.2.5.2. Tolerancija na neslaganje i dob 245

5.2.5.3. Tolerancija na neslaganje i radni staž 246

5.2.5.4. Tolerancija na neslaganje i oblik fizioterapeutske prakse 248

5.2.5.5. Komunikacija fizioterapeuta i tolerancija na neslaganje 248

5.3. PRIKAZ DOBIVENIH REZULTATA ANKETNOG ISTRAŽIVANJA O UČINKOVITOSTI KOMUNIKACIJE KORISNIKA FIZIOTERAPIJE S FIZIOTERAPEUTIMA 248

5.3.1. Osnovni podatci ispitanika 248

5.3.1.1. Dijagnoza i rod pacijenata 254

5.3.1.2. Dijagnoza i dob pacijenata 255

5.3.1.3. Prikaz funkcionalno oštećene tjelesne strukture s obzirom na rod pacijenata 257

5.3.1.4. Prikaz funkcionalno oštećene tjelesne strukture po dobi pacijenata 257

5.3.2. Vlastita procjena zdravstvenog stanja 259

5.3.2.1. Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije 261

5.3.2.2. Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije s obzirom na rod pacijenata 262

5.3.2.3. Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije s obzirom na dob pacijenata 264

5.3.3. Procjena komunikacijskog straha od fizioterapeuta 266

5.3.3.1. Strah od fizioterapeuta i rod pacijenata 267

5.3.3.2. Strah od fizioterapeuta i dob pacijenata 267

5.3.3.3. Strah od fizioterapeuta i obrazovanje pacijenata 269

5.3.4. Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom 270

5.3.4.1. Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom i dob pacijenata 271

5.3.4.2. Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom i rod pacijenata 272

5.3.4.3. Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom i obrazovanje pacijenata 272

5.3.4.4. Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom i mjesto provođenja rehabilitacije 273

5.3.4.5. Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom i razina potpore zdravstvenog sustava 274

5.3.5. Procjena stavova korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom 275

5.3.5.1. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom i dob pacijenata 276

5.3.5.2. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom i rod pacijenata 277

5.3.5.3. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom i obrazovanje pacijenata 278

5.3.5.4. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom i mjesto provođenja rehabilitacije 278

5.3.5.5. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom i razina potpore zdravstvenog sustava 279

5.3.6. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji 280

5.3.6.1. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji i dob pacijenata 282

5.3.6.2. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji i rod pacijenata 283

5.3.6.3. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji i obrazovanje pacijenata 283

5.3.6.4. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije 284

5.3.6.5. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji i razina potpore zdravstvenog sustava 285

5.3.7. Procjena načina govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije 285

5.3.7.1. Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije i dob pacijenata 287

5.3.7.2. Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije i rod pacijenata 287

5.3.7.3. Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije i obrazovanje pacijenata 288

5.3.7.4. Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije i mjesto provođenja rehabilitacije 289

5.3.7.5. Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije i razina potpore zdravstvenog sustava 290

5.3.8. Odnos između promjene u procjeni simptoma i mjera komunikacije fizioterapeuta s pacijentima 290

5.4. ANALIZA NASTAVNIH PLANOVA I PROGRAMA STUDIJA FIZIOTERAPIJE 292

6. RASPRAVA 304

6.1. PROFESIONALNE KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCIJE U PRAVNIM DOKUMENTIMA KOJIMA SE REGULIRA FIZIOTERAPEUTSKA DJELATNOST 307

6.2. ANALIZA UPITNIKA O KOMUNIKACIJSKIM KOMPETENCIJAMA FIZIOTERAPEUTA 312

6.2.1. Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu 313

6.2.2. Asertivni stil komunikacije i fizioterapeuti 314

6.2.3. Fizioteraputi i empatija na radnom mjestu 317

6.2.4. Tolerancija na neslaganje kod fizioterapeuta 320

6.3. ANKETNO ISTRAŽIVANJE O UČINKOVITOSTI KOMUNIKACIJE KORISNIKA FIZIOTERAPIJE S FIZIOTERAPEUTIMA 325

6.3.1. Medicinski problem ispitanika u istraživanju 325

6.3.2. Strah od komunikacije s fizioterapeutom 328

6.3.3. Perspektiva bolesnika o učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom 333

6.3.4. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom 336

6.3.5. Stavovi korisnika fizioterapije o ponašanju fizioterapeuta u komunikaciji 341

6.3.6. Procjena razumljivosti govora fizioterapeuta od strane pacijenata 345

6.4. ANALIZA NASTAVNIH PREDMETA I KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCIJE FIZIOTERAPEUTA 349

7. ZAKLJUČAK ISTRAŽIVANJA 353

LITERATURA 362

PRILOZI 393

PRILOG 1. POPIS ZDRAVSTVENIH USTANOVA U ISTRAŽIVANJU 393

PRILOG 2. UPITNIK O KOMUNIKACIJSKIM KOMPETENCIJAMA FIZIOTERAPEUTA 399

PRILOG 3. UPITNIK O KOMUNIKACIJI S FIZIOTERAPEUTIMA ZA KORISNIKE FIZIOTERAPIJE 403

ŽIVOTOPIS 407

POPIS TABLICA

Tablica 1. Osnovne komponente kompetencija zdravstvenih djelatnika 23

Tablica 2. Stupnjevi interakcijske povezanosti u komunikaciji 29

Tablica 3. Johari prozor – temelj kognitivnog pristupa otkrivanju samoga sebe 70

Tablica 4. Osnovni sociodemografski podatci ispitanika 202

Tablica 5. Podupitnik o procjeni komunikacije fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu 203

Tablica 6. Podupitnik procjene asertivnosti na radnom mjestu 204

Tablica 7. The Toronto Empathy Questionnaire – TEQ upitnik za procjenu empatične komunikacije 206

Tablica 8. Tolerance for Disagreement Scale – TFD upitnik za procjenu neslaganja u komunikaciji na radnom mjestu 207

Tablica 9. Osnovni sociodemografski podatci ispitanika 210

Tablica 10. Upitnik za samoprocjenu zdravstvenog stanja na temelju Međunarodne klasifikacije funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja 212

Tablica 11. Upitnik za procjenu komunikacijskog straha od liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika 213

Tablica 12. Upitnik za procjenu komunikacije korisnika fizikalne terapije s fizioterapeutom 214

Tablica 13. Upitnik o procjeni stavova korisnika fizikalne terapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom 215

Tablica 14. Upitnik o procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji 216

Tablica 15. Upitnik o procjeni načina govora fizioterapeuta tijekom komunikacije s korisnicima fizikalne terapije 217

Tablica 16. Zdravstvene ustanove koje su obuhvaćene u istraživanju te broj fizioterapeuta i korisnika fizikalne terapije 221

Tablica 17. Sociodemografski podatci fizioterapeuta (frekvencije i postotci) 229

Tablica 18. Oblik fizioterapeutske prakse (frekvencije i postotci) 229

Tablica 19. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu 231

Tablica 20. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu 231

Tablica 21. Razlike u komunikaciji fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu s obzirom na radni staž 233

Tablica 22. Zastupljenost pojedinih stilova komunikacije 234

Tablica 23. Frekvencije i postotci asertivnih i neasertivnih stilova komuniciranja kod fizioterapeuta 235

Tablica 24. Stil komunikacije s obzirom na dob fizioterapeuta 236

Tablica 25. Stil komunikacije s obzirom na radni staž fizioterapeuta 237

Tablica 26. Stil komunikacije fizioterapeuta s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse 238

Tablica 27. Rezultati faktorske analize metodom glavnih komponenti uz oblimin rotaciju za Empatičnost komunikacije na radnom mjestu 239

Tablica 28. Deskriptivni podatci za pojedine čestice skale Empatija 240

Tablica 29. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Empatija 240

Tablica 30. Razlike u empatiji s obzirom na rod fizioterapeuta 241

Tablica 31. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Tolerancija na neslaganje 243

Tablica 32. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Tolerancija na neslaganje..... 244

Tablica 33. Razlike u toleranciji na neslaganje s obzirom na rod fizioterapeuta..... 244

Tablica 34. Razlike u toleranciji na neslaganje s obzirom na dob fizioterapeuta 245

Tablica 35. Razlike u toleranciji na neslaganje s obzirom na radni staž fizioterapeuta..... 247

Tablica 36. Sociodemografski podatci pacijenata..... 249

Tablica 37. Osnovni podatci o fizioterapiji 250

Tablica 38. Medicinske dijagnoze pacijenata zbog kojih su došli na fizioterapiju..... 252

Tablica 39. Medicinske dijagnoze pacijenata zbog kojih su došli na fizioterapiju po skupinama dijagnoza 253

Tablica 40. Podatci o funkcionalno oštećenoj tjelesnoj strukturi pacijenata 253

Tablica 41. Medicinski problem zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju (dijagnoza) s obzirom na njihov rod..... 254

Tablica 42. Medicinski problem zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju (dijagnoza) s obzirom na njihovu dob 256

Tablica 43. Podatci o funkcionalno oštećenoj tjelesnoj strukturi pacijenata (frekvencije i postotci) s obzirom na rod pacijenata..... 257

Tablica 44. Prikaz funkcionalno oštećene tjelesne strukture s obzirom na dob pacijenata.... 258

Tablica 45. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku terapije 259

Tablica 46. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku terapije 259

Tablica 47. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Vlastita procjena zdravstvenog stanja na kraju terapije..... 260

Tablica 48. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Vlastita procjena zdravstvenog stanja na kraju terapije 260

Tablica 49. Razlike u vlastitoj procjeni vlastitog zdravstvenog stanja (poteškoća) pacijenata na početku i kraju fizikalne terapije 261

Tablica 50. Rezultati dvosmjerne analize varijance za varijablu procjene vlastitog zdravstvenog stanja kod pacijenata različitog roda 263

Tablica 51. Rezultati dvosmjerne analize varijance za varijablu procjene vlastitog zdravstvenog stanja kod pacijenata različite dobi 264

Tablica 52. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Strah od fizioterapeuta 266

Tablica 53. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Strah od fizioterapeuta 266

Tablica 54. Podatci (frekvencije i postotci) za različite razine straha od fizioterapeuta 267

Tablica 55. Strah od fizioterapeuta s obzirom na dob pacijenata 268

Tablica 56. Strah od fizioterapeuta s obzirom na obrazovanje pacijenata 269

Tablica 57. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom 270

Tablica 58. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom 271

Tablica 59. Razlike u učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na dob pacijenata 271

Tablica 60. Razlike u učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na obrazovanje pacijenata 272

Tablica 61. Razlike u učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije 273

Tablica 62. Razlike u učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava 274

Tablica 63. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom 275

Tablica 64. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji sa fizioterapeutom 276

Tablica 65. Razlike u stavovima pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na dob pacijenat 277

Tablica 66. Razlike u stavovima korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na njihov rod 277

Tablica 67. Razlike u stavovima pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na obrazovanje pacijenata 278

Tablica 68. Razlike u stavovima pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije 279

Tablica 69. Razlike u stavovima pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava 280

Tablica 70. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji 281

Tablica 71. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji 281

Tablica 72. Razlike u procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na dob pacijenata 282

Tablica 73. Razlike u stavovima korisnika fizioterapije s obzirom na njihov rod 283

Tablica 74. Razlike u procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na obrazovanje pacijenata 283

Tablica 75. Razlike u procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije 284

Tablica 76. Razlike u procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava 285

Tablica 77. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije 286

Tablica 78. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije 286

Tablica 79. Razlike u procjeni govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na dob pacijenata 287

Tablica 80. Razlike u procjeni govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na obrazovanje pacijenata 288

Tablica 81. Razlike u procjeni govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije 289

Tablica 82. Razlike u procjeni govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava 290

Tablica 83. Spearmanovi koeficijenti korelacije između promjene u procjeni simptoma i pojedinih skala komunikacije fizioterapeuta s pacijentima 291

Tablica 84. Prikaz predmeta koji dolaze u doticaj s komunikologijom 293

Tablica 85. Popis zdravstvenih ustanova u istraživanju 393

POPIS SLIKA

Slika 1. Elementi matematičke teorije komunikacije prema Shannon-Weaverovom modelu. 14

Slika 2. Interaktivni model komunikacije 15

Slika 3. Transakcijski model komunikacije 16

Slika 4. Aristotelov model komunikacije 27

Slika 5. Komunikacijski proces u kliničkoj praksi te kod obrazovanja zdravstvenih djelatnika 32

Slika 6. Stilovi ponašanja i komuniciranja 73

Slika 7. Rod fizioterapeuta (%) 230

Slika 8. Dob fizioterapeuta (%) 230

Slika 9. Radni staž fizioterapeuta (%) 230

Slika 10. Prosječan rezultat na skali Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu s obzirom na radni staž 233

Slika 11. Stilovi komunikacije kod fizioterapeuta (%) 234

Slika 12. Prikaz stilova komuniciranja kod fizioterapeuta (%) 235

Slika 13. Stil komunikacije fizioterapeuta s obzirom na dob (%) 236

Slika 14. Stil komunikacije fizioterapeuta s obzirom na radni staž (%) 237

Slika 15. Stil komunikacije fizioterapeuta s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse (%).. 238

Slika 16. Prosječan rezultat na skali Empatija s obzirom na rod fizioterapeuta 241

Slika 17. Prosječan rezultat na skali Tolerancija na neslaganje s obzirom na rod fizioterapeuta 245

Slika 18. Prosječan rezultat na skali Tolerancija na neslaganje s obzirom na dob fizioterapeuta 246

Slika 19. Prosječan rezultat na skali Tolerancija na neslaganje s obzirom na radni staž fizioterapeuta 247

Slika 20. Rod pacijenata (%) 249

Slika 21. Dob pacijenata (%) 249

Slika 22. Razina obrazovanja pacijenata (%) 250

Slika 23. Mjesto provođenja rehabilitacije (%) 251

Slika 24. Razina potpore zdravstvenog sustava 251

Slika 25. Vrijeme provedeno na fizioterapiji 251

Slika 26. Medicinske dijagnoze pacijenata zbog kojih su došli na fizioterapiju po skupinama dijagnoza 253

Slika 27. Medicinski problem zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju (dijagnoza) s obzirom na njihov rod (%) 255

Slika 28. Medicinski problem zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju (dijagnoza) s obzirom na njihovu dob (%) 256

Slika 29. Prosječna procjena zdravstvenog stanja (poteškoća) pacijenata na početku i na kraju fizikalne terapije 262

Slika 30. Prosječna procjena vlastitog zdravstvenog stanja na početku i kraju fizikalne terapije kod pacijenata različitog roda 263

Slika 31. Prosječna procjena vlastitog zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije kod pacijenata različite dobi 265

Slika 32. Prikaz zastupljenosti pojedinih razina straha od fizioterapeuta 267

Slika 33. Strah od fizioterapeuta s obzirom na dob pacijenata (%) 268

Slika 34. Strah od fizioterapeuta s obzirom na obrazovanje pacijenata 270

1. UVOD

„Pazite na svoje misli, one postaju riječi.
Pazite na svoje riječi, one postaju djela.
Pazite na svoja djela, ona postaju navike.
Pazite na svoje navike, one postaju karakterne osobine.
Pazite na svoj karakter, on postaje vaša sudbina.“

Sathya Sai

Klinička medicina i rad zdravstvenih djelatnika te rezultat liječenja i medicinske rehabilitacije ovise o tomu koliko je komunikacija u cjelokupnom procesu učinkovita te kakav je odnos između liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika s pacijentima i njihovim obiteljima, kao i unutar zdravstvenog tima. Za učinkovito komuniciranje u kliničkoj praksi bitno je ozračje u kojem se odvija međusobna komunikacija, način na koji se sugovornici odnose jedni prema drugima, koje se riječi koriste u komunikaciji te kakva je komunikacija na verbalnoj i neverbalnoj razini.

Kada se govori o komunikaciji u medicini, ista se odnosi na kliničku praksu te na medicinsku nastavu, a odvija se u međusobnom odnosu liječnika i drugih zdravstvenih profesionalaca s pacijentima i članovima njihovih obitelji, kao i u odnosu među članovima zdravstvenog tima. Odvija se u verbalnom ili pismenom obliku, a jezik koji se koristi u komunikaciji s pacijentom ne smije biti isključivo stručno-medicinski jezik. Pacijentima kao korisnicima zdravstvenih usluga potrebna su objašnjenja o dijagnostičkim postupcima, kao i o ciljevima i planovima za moguće terapijske postupke, koja su razumljiva i laicima. Naprotiv, komunikacija, primjerice, u kirurškoj dvorani unutar zdravstvenog tima treba biti obilježena stručno-medicinskim jezikom. Učinkovitost komunikacije u kliničkoj praksi može se razmatrati kroz teorijski okvir komunikacijskog procesa prema Shannonu i Weaveru (1949) u prenošenju poruke od izvora do primatelja, kroz komunikacijski kanal uz utjecaj buke ili šuma na prijenos informacija. Buka ili šum u komunikacijskom procesu povećavaju vjerojatnost za djelomično ili neispravno interpretiranom informacijom, što umanjuje uspješnost komunikacije. Komunikacijski model temeljen na Shannon-Weaverovoj teoriji komunikacije daje matematičku definiciju prijenosa informacije u samoj komunikaciji. Prema toj definiciji komunikacija predstavlja razmjenu informacija, ideja i osjećaja verbalnim i neverbalnim sredstvima. Prema navedenom Shannon i Weaverovom modelu proces komunikacije započinje kodiranjem poruke koja se odašilje komunikacijskim kanalom, zatim

slijedi dekodiranje poruke, te se kružna dinamika cijelog komunikacijskog procesa zatvara povratnom vezom ili „feedbackom“. Da se komunikacija uopće dogodi, treba postojati svrha u obliku poruke koja se prenaša.

Učinkovita komunikacija s pacijentom temelj je uspješnog dijagnosticiranja zdravstvenog problema i terapijskog postupka. Jedino u izravnom kontaktu liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika s pacijentom moguće je postići zadovoljavajuću razinu suradnje te zadobiti pacijentovo povjerenje i pružiti kvalitetnu zdravstvenu skrb. Učinkovita komunikacija u medicini omogućava najbolje profesionalne standarde u liječenju na taj način da se u potpunosti poštuje dobrobit pacijenta kao osobe te njegovo pravo na liječenje i zdravlje. Također, učinkovita komunikacija najbolja je prevencija nesporazuma i nerazumijevanja između zdravstvenog djelatnika i pacijenta, kao i propusta, pogrešaka te mogućih šteta (Đorđević, Braš, 2011).

Komunikacija zdravstvenih djelatnika i pacijenta danas se može smatrati temeljnom i jednom od najvažnijih vještina u kliničkoj praksi kod uspješnog postavljanja dijagnoze i planiranja te provedbe liječenja. Đorđević i Braš (2011) smatraju da je komunikacija najčešća vještina kojom se liječnik koristi u svakodnevnom radu kroz konzultacije koje ima s korisnicima zdravstvenih usluga, a tijekom radnog staža jedan liječnik prosječno ima između 160 i 200 tisuća konzultacija. „Jedan od najčešćih pojmova koji se spominje u suvremenoj medicini je personalizirana medicina, medicina u kojoj je izrazito važno individualnim pristupom prilagoditi komunikaciju svakome pojedinom bolesniku i njegovoj obitelji. Osobno iskustvo ili talent nisu dovoljni za osiguranje optimalne komunikacije liječnik-bolesnik-obitelj. Postoje oni koji su više ili manje talentirani, vještiji ili manje vješti u komunikaciji, ali ono što ohrabruje i što je dokazano jest da se učenjem može unaprijediti i postati bolji komunikator u medicini.“ (Đorđević i Braš, 2011; str. 1).

Fizioterapija je zdravstvena profesija koja je danas prepoznata i pravno regulirana u cijelom svijetu. Fizioterapeuti jednakopravno i otvoreno sudjeluju u interdisciplinarnom odnosu sa svim zdravstvenim profesionalcima – pružateljima zdravstvenih usluga, kako u javnom, tako i u privatnom sektoru, a s ciljem bolje zdravstvene skrbi korisnika fizioterapeutskih usluga. Prema Međunarodnom standardu klasifikacije zanimanja ISCO – 2008. fizioterapeuti procjenjuju, planiraju i provode rehabilitacijske programe kojima se poboljšavaju ili oporavljaju ljudske motoričke funkcije, povećava sposobnost pokreta, ublažava bol te liječe ili sprječavaju tjelesne poteškoće povezane s ozljedama, bolestima i drugim oštećenjima.

Pregledom objavljene literature primjećuje se da u Hrvatskoj do sada nisu provedena istraživanja vezano za komunikacijske kompetencije fizioterapeuta, dok su na međunarodnoj razini znanstveni radovi objavljivani samo za pojedine tematske segmente o komunikacijskim kompetencijama, bilo u fizioterapiji ili kliničkoj praksi općenito.

Woodward i sur. (2012) su identificirali pet glavnih kategorija u procjeni učinkovite komunikacije u fizioterapiji: neverbalnu komunikaciju, ponašanje fizioterapeuta, jezik kojim se služi fizioterapeut, bolničku organizaciju te sadržaj terapijskih postupaka i komunikacijske alate.

Amoudi i sur. (2017) istražili su učinak pozitivnih komunikacijskih vještina u smanjenju boli kod ortopedskih pacijenata tijekom fizioterapije u palestinskim rehabilitacijskim centrima. Autori navode da komunikacijske kompetencije fizioterapeuta imaju ključnu ulogu tijekom programa fizioterapije s ciljem smanjenja boli i depresije te povećanja motivacije bolesnika. Rezultati istraživanja pokazali su da se 50% ispitanika slaže da pozitivne komunikacijske vještine daju veliku pomoć u ublažavanju boli, blizu 30% da imaju umjerenu pomoć, što znači da je za 80% pacijenata komunikacija tijekom rehabilitacije više ili manje važna za pozitivan ishod rehabilitacije pacijenta.

Mnogi suvremeni autori smatraju da su za komunikacijske kompetencije zaslužni asertivna komunikacija, empatija, slušanje i razumijevanje govora tijela. Gamble i Gamble (2008) ističu kako je slušanje složena vještina koja, kao i druge komunikacijske vještine, zahtijeva uvježbanost i praksu. Iako se očekuje da nas drugi slušaju, ponekad zanemarimo i našu etičku odgovornost da druge slušamo. Lažno ili neučinkovito slušanje smatra se jednim od glavnih komunikacijskih problema. Autori navode da u kliničkoj praksi do izražaja dolazi sposobnost empatičnog slušanja, čiji je cilj razumjeti osjećaje i stajališta druge osobe. Tako se pomaže u ponovnom uspostavljanju osjećaja emocionalne ravnoteže druge osobe koju se razumije onako kako ona želi biti shvaćena.

Koncept empatije i emocionalne inteligencije opisali su Ioannidou i Konstantikaki (2008), definirajući empatiju kao „sposobnost“ razumijevanja tuđeg „stanja uma“ ili emocija, a „učinkovito empatično komuniciranje povećava terapeutsku učinkovitost te međusobni odnos između zdravstvenog djelatnika i pacijenta. Odgovarajuća upotreba empatije kao komunikacijskog alata olakšava klinički intervju, povećava učinkovitost prikupljanja medicinskih informacija i poštovanje pacijenta.“ (Ioannidou i Konstantikaki, 2008; str. 119).

Włoszczak-Szubzda i Jarosz (2013) ističu nužnost učinkovitosti komunikacijskih vještina kao temelja za točno prikupljanje informacija pri zdravstvenim konzultacijama, kao i prema potrebama i razmišljanjima pacijenata. „Tijekom fizioterapije ali i prilikom samog otpusta pacijenta učinkovita komunikacija je nužna za pacijentovo razumijevanje njegovog daljnjeg napretka, načina života i ponašanja.“ (Włoszczak-Szubzda i Jarosz, 2013; str. 194).

O razlici stručne i popularne terminologije u pronalaženju informacija pacijenata istraživale su Seljan i sur. (2014). Pacijenti s problemima dijabetesa trebaju pristup *online* izvorima (na stranom i/ili materinjem jeziku) u potrazi za informacijama koje se odnose na samu narav bolesti, samokontrolu i liječenje, na pravilan način ishrane i provođenje fizičke aktivnosti, ali i za specifičnije informacije kao, primjerice, samostalno korištenje inzulinske pumpe. Primjena stručne terminologije kao sredstva za pretraživanje informacija predstavlja važnu ulogu u zdravstvenoj pismenosti. U istraživanju autorice navode da su stručni termini uspoređeni s tri vrste referentnih lista: s listom izrađenom od strane profesionalne medicinske osobe dijabetologa, listom visoko standardiziranog MeSH kontroliranog vokabulara i listom sastavljenom od strane nemedicinski obrazovanog osoblja. Rezultati istraživanja pokazuju da automatska ekstrakcija korpusne terminologije iz *online* tekstova, priručnika ili profesionalnih radova, može pomoći u izgradnji terminološke liste ili liste „fraza za pretraživanje“, koje pacijenti mogu koristiti u pretraživanju informacija. Specifične terminološke liste predstavljaju posrednički korak između slobodnog pretraživanja i kontroliranog vokabulara, između korisničkih zahtjeva i postojećih *online* izvora na materinjem i stranom jeziku (Seljan i sur. 2014).

Hargreaves (1982) i Ambady i sur. (2002) ukazuju na učinkovito razumijevanje i korištenje neverbalne komunikacije u terapijskom okruženju potrebne za postizanje uspješnog rehabilitacijskog ishoda. Kod pacijenta koji ima povjerenja u fizioterapeuta vjerojatnije je da će se pridržavati terapijskih uputa, naspram pacijenta koji osjeća nezainteresiranost i odsutnost fizioterapeuta, uz identične verbalne upute. Sumnja u pošiljateljevu iskrenost i vjerodostojnost dovodi do nezadovoljavajućih interakcija.

Iz navedenih istraživanja može se zaključiti o važnosti komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta za provođenje kvalitetne i učinkovite rehabilitacije, kao i zadovoljstva pacijenta.

2. CILJ I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Cilj doktorskog rada je jasno definirati profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta potrebne za uspješnu komunikaciju i utvrditi utjecaj asertivnog modela komunikacije na učinkovitost suradnje s pacijentima i unutar zdravstvenog tima. U radu postoje i tri specifična istraživačka cilja:

- analizirati pravne i javno dostupne dokumente koji se odnose na klinički rad fizioterapeuta i formalno obrazovanje fizioterapeuta u Hrvatskoj;
- procijeniti komunikološki profil fizioterapeuta te istražiti različite aspekte komunikacijskih kompetencija – empatičnost i asertivnost u komunikaciji, te tolerantnost na neslaganje u komunikaciji na radnom mjestu;
- istražiti kod korisnika fizioterapije učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom, ponašanje fizioterapeuta tijekom komunikacije, strah od komunikacije te korelaciju ishoda rehabilitacije i zadovoljstva komunikacijom s fizioterapeutom.

Fizioterapeuti u svojoj kliničkoj praksi moraju imati znanja i vještine za pružanje točnih i pravodobnih informacija korisnicima fizioterapije, moraju imati znanja i vještine kako komunicirati te razmjenjivati mišljenja i informacije o pojedinim stručnim pitanjima unutar zdravstvenog tima. Postavlja se pitanje u kojoj su mjeri profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta definirane i zastupljene u hrvatskoj pravnoj i obrazovnoj dokumentaciji. Kako bi se odgovorilo na postavljeno istraživačko pitanje, prvi cilj u istraživanju je analizirati dokumente koji se odnose na klinički rad i formalno obrazovanje fizioterapeuta u Hrvatskoj. Vrlo važna karika koja nedostaje u programima cjeloživotnog obrazovanja zdravstvenog kadra, posebno formalnog obrazovanja, jest obrazovanje na polju komunikacije te razvijanja komunikacijskih vještina koje su itekako potrebne u radu s pacijentima. Slabo su, nažalost, zastupljeni kolegiji koji bi približili zapravo težak i kompliciran put traženja optimalnog načina komunikacije u radu sa svakim pojedinim slučajem. Također, na razini neformalnog obrazovanja, prema planovima i programima trajnog usavršavanja fizioterapeuta Hrvatske komore fizioterapeuta (od kada je osnovana 2009. godine), nisu održavani tečajevi, radionice ili predavanja vezano za komunikacijske

kompetencije fizioterapeuta. Dakle, kroz programe cjeloživotnog obrazovanja fizioterapeuta slabo su zastupljene strategije, oblici i smjernice koje bi pacijentu olakšale rehabilitaciju i oporavak, a fizioterapeutu sam put do pacijenta (osim samog stručnog znanja) kroz različite tehnike i načine komunikacije.

U samoj komunikaciji nalazi se veliki potencijal koji je zapravo neiskorišten, a kvalitetan fizioterapeut u stručnom smislu je i dobar komunikator u odnosu prema pacijentima i njihovim obiteljima, u odnosu prema drugim članovima unutar zdravstvenog tima, kao i prema svima ostalima koje susreće u svom kliničkom radu. Učinkovitost komunikacije i određena tehnika i način komuniciranja u danom trenutku mogu riješiti i problem za koji samo znanje iz medicine ne bi pomoglo.

Cilj drugog dijela istraživanja je procijeniti komunikološki profil fizioterapeuta te istražiti različite aspekte komunikacijskih kompetencija (empatičnost i asertivnost u komunikaciji te tolerantnost na neslaganje u komunikaciji na radnom mjestu) koji utječu na učinkovitost uspostavljene suradnje s korisnicima fizioterapije ili unutar zdravstvenog tima. Ovim se radom, također, ispituje utjecaj dobre i učinkovite komunikacije tijekom provedbe fizikalne terapije koja dovodi do povećanja zadovoljstva korisnika fizioterapeutskih usluga, povećanog povjerenja u fizioterapeuta te poboljšanja ishoda rehabilitacije i zdravstvenog stanja pacijenata. Komunikološki profil fizioterapeuta ispitan je na temelju anketnog istraživanja koje obuhvaća testni skup od 502 fizioterapeuta koja su zaposlena u zdravstvenim ustanovama gdje se obavlja djelatnost fizikalne terapije, a koje su u državnom, županijskom ili gradskom vlasništvu, kao i u privatnim ustanovama koje obavljaju privatnu praksu fizikalne terapije. Nakon što je Etičko povjerenstvo svake zdravstvene ustanove dalo pismenu suglasnost za provođenje istraživanja, a ravnateljstvo odobrilo provedbu istoga, pristupalo se istraživanju u pojedinoj ustanovi. Postupak anketnog istraživanja proveden je u 74 zdravstvene ustanove na području cijele Hrvatske tijekom 8 mjeseci u razdoblju od 1. svibnja do 31. prosinca 2018. godine.

Cilj trećeg dijela istraživanja je istražiti kod korisnika fizioterapije učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom, ponašanje fizioterapeuta tijekom komunikacije, strah od komunikacije te korelaciju ishoda rehabilitacije i zadovoljstva komunikacijom s fizioterapeutom. Anketno istraživanje provedeno je na testnom skupu od 2902 pacijenta ispitanih u istim zdravstvenim ustanovama te u istom razdoblju gdje je provedeno istraživanje među fizioterapeutima. Na svakog fizioterapeuta koji je sudjelovao u istraživanju ispitano je minimalno 5 pacijenata.

Hipoteze istraživanja:

H1: Profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta nisu definirane niti zastupljene u hrvatskoj pravnoj i obrazovnoj dokumentaciji.
H2: Asertivni stil komuniciranja fizioterapeuta značajno povećava učinkovitost uspostavljene suradnje s pacijentima.
H3: Fizioterapeuti koji su tolerantniji na neslaganje imaju učinkovitiju komunikaciju unutar zdravstvenog tima.
H4: Razvijene komunikacijske vještine fizioterapeuta utječu na pozitivni ishod medicinske rehabilitacije.
H5: Pacijenti koji lošije procjenjuju vlastitu komunikaciju s fizioterapeutom tijekom medicinske rehabilitacije iskazuju veći strah od fizioterapeuta, starije su dobi (iznad 58 godina starosti) i najniže su razine obrazovanja.

Prema dostupnoj literaturi i podatcima, u Hrvatskoj do sada nije provedeno istraživanje o profesionalnim komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta. Ovaj rad pridonosi razvoju komunikacijskih kompetencija kod fizioterapeuta, a one vode k unapređivanju vlastitog profesionalnog djelovanja, kako u fizioterapiji tako i u kliničkoj praksi općenito. Ishodi ovoga istraživanja mogu pomoći u vrednovanju profesionalnih komunikacijskih kompetencija vezano za fizioterapiju, ali i za druge zdravstvene profesije, što donosi obostranu korist kako za pacijente tako i za fizioterapeute u terapijskom procesu. Uz obostranu korist, važno je za istaknuti i zadovoljstvo u odnosu između fizioterapeuta i pacijenta radi optimalnih dostignuća u poboljšanju zdravstvenog stanja pacijenta. Očekivani znanstveni doprinos ovog doktorskog rada može se razmatrati na teoretskoj i empirijskoj razini:

- **Na teorijskoj razini:** znanstveni doprinos sastoji se u definiranju nužnih komunikacijskih kompetencija potrebnih za učinkovit profesionalni rad fizioterapeuta te definiranju utjecaja asertivnog modela na učinkovitost komunikacije u kliničkoj praksi fizioterapeuta.
- **Na empirijskoj razini:** znanstveni doprinos se sastoji u analizi i primjeni rezultata provedenog istraživanja o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta te u izradi sugestija za dodatnom edukacijom na razini formalnog i neformalnog obrazovanja fizioterapeuta.

3. TEORIJSKE POSTAVKE KOMUNIKACIJSKIH KOMPETENCIJA

„Nemoguće je ne komunicirati u situaciji kada se dvoje ljudi vide, jer aktivnost ili neaktivnost, riječi ili šutnja, sve ima vrijednost poruke.“

Paul Watzlawick

Komunikacijske kompetencije od temeljne su važnosti za jasnu i učinkovitu komunikaciju između zdravstvenih djelatnika i pacijenata u zdravstvenim ustanovama. Komunikacija u kliničkoj praksi specifična je obzirom na to gdje se odvija (razina zdravstvene zaštite), na vrstu i fazu bolesti (postavljanje dijagnoze, pojedina faza u liječenju) te s obzirom na bolesnikovu dob. Dobra i učinkovita komunikacija uvijek je u zajedničkom interesu zdravstvenog djelatnika kao provoditelja medicinskih postupaka te pacijenata kao korisnika zdravstvenih usluga, odnosno pacijentove obitelji. Slaba komunikacijska sposobnost utječe na sigurnost bolesnika i na učinkovitost zdravstvene skrbi, a dobra komunikacija važan je čimbenik kod postizanja pozitivnog ishoda liječenja, te zadovoljstva pacijenata. Dobra i učinkovita komunikacija podrazumijeva aktivno slušanje, razumijevanje, informiranje, empatiju, poštivanje kulturnih razlika, poštivanje osobnosti pacijenata i osobitosti pojedine situacije vezane za liječenje. Uz navedeno, najvažniji kriteriji uspješne komunikacije u kliničkoj praksi vezani su za poštivanje privatnosti pacijenata, pružanje podrške, osiguravanje dovoljno vremena za razgovor i razumijevanje sugovornika.

Višegodišnje tehničko iskustvo kliničara u provedbi medicinskih postupaka nisu dovoljni za uspostavu dobrog komunikacijskog odnosa s pacijentom i njegovom obitelji, kao i s drugim članovima zdravstvenog tima. Jedino sustavnim i cjeloživotnim učenjem i uvježbavanjem kliničari mogu usvojiti komunikacijske kompetencije koje omogućavaju stvaranje pozitivnog odnosa, uspostavu povjerenja, stvaranje suradljivosti koja omogućava da se pacijent i zdravstveni profesionalac dobro osjećaju u svojoj trenutačnoj ulozi. Komunikacijski uspješni kliničari mogu prepoznati potrebe pacijenata, uzimajući u obzir njihove tjelesne, emocionalne, socijalne i duhovne potrebe, stvarajući smislene i dobre odnose u različitim situacijama, temeljeći svoj odnos na razumijevanju i poštivanju ljudskog dostojanstva. Još od doba Hipokrata postoji svjesnost snage zdravstvenog profesionalca kao lijeka te da „ljubaznost“

može biti korisna kod postizanja pozitivnih terapijskih ishoda. Cjeloživotnim ulaganjem u razvoj vlastitih komunikacijskih kompetencija ne samo da zdravstveni djelatnici pomažu pacijentu već i samima sebi na način da se kao profesionalci osjećaju dobro i kompetentno u odnosu prema korisnicima zdravstvenih usluga tijekom svog kliničkog rada.

Učinkovita komunikacija između zdravstvenog djelatnika i pacijenta može poboljšati opće zadovoljstvo i pridonijeti boljem ishodu liječenja, međutim, ako pacijent ne razumije informacije koje prima, može doći do povećanog rizika za nepravilno praćenje uputa ili neželjenih događaja. Kliničar i pacijent ne govore istim jezikom. Malo je pacijenata koji su dovoljno medicinski obrazovani da bi iz govora punih nerazumljivih stručnih pojmova, skraćenica ili latinskih naziva shvatili što im zdravstveni djelatnik želi reći. Tada između zdravstvenih profesionalaca i pacijenta nastaje loša komunikacija. Kako Štifanić (2013) navodi problem u komunikaciji u kliničkom radu nastaje zbog preopterećenost zdravstvenih djelatnika, nedostatak kadra, opreme, sredstava, lijekova. „Komunikacije liječnika s pacijentom i njegovom obitelji nerijetko uopće nema, a kada i postoji, ona je nerijetko - loša. Zbog loše komunikacije s liječnikom kod pacijenta se javlja neizvjesnost, strah i zabrinutost. To su nerijetko nevidljivi, prikriveni, ali razorni problemi koji mogu imati vrlo teške, nerijetko odlučujuće negativne posljedice za pacijenta i njegovu obitelj. Naime, kada pacijent zaključi da liječnik površno, nezainteresirano i statistički hladno komunicira te da ga njegovo zdravstveno i emocionalno stanje samo formalno, a u biti malo ili uopće ne zanima, neće mu se povjeriti i reći istinu. Duša pacijenata tada je ispunjena strahom, tjeskobom, napetošću, ljutnjom ili krivnjom, ili pak kombinacijom svih tih osjećaja. Kada se te emocionalne zapreke nagomilaju do određene količine, osoba se više ne može s njima nositi te se predaje. Dolazi do blokade uobičajenih izvora emocionalne, duhovne i intelektualne moći. Takvu osobu potpuno preplave osjećaji straha, ljutnje ili pak krivnje. Potrebno je naglasiti da su emocije i osjećaji podjednako stvarni i značajni kao i klice, a nerijetko i najvažniji. Bolovi i patnja zbog bolesti prouzročene emocijama nisu ništa manje stvarni od onih koje su prouzročile bakterije. Nije stoga pitanje je li neko oboljenje tjelesno ili emocionalno već u kojoj je mjeri jedno, a u kojoj mjeri drugo.“ (Štifanić, 2013; str. 296-297).

Teoretski dio ovog doktorskog rada sadrži trinaest poglavlja u kojima su opisane komunikacijske kompetencije za kliničku praksu kako bi se postigla dobra komunikacija u kojoj dominira iskren i razumljiv razgovor, kako između zdravstvenih djelatnika i pacijenata i njihovih obitelji tako i unutar zdravstvenog tima i same zdravstvene ustanove. Komunikacijske kompetencije kroz ovaj teorijski dio obuhvaćaju teme:

- Osnovne teorije komunikacijskih procesa u kliničkoj praksi
- Komunikacijske kompetencije zdravstvenih djelatnika
- Slušanje, povratne informacije i barijere u komunikaciji
- Neverbalnu komunikacija u kliničkom radu
- Verbalna komunikacija
- Stilovi komuniciranja
- Empatija i komunikacija u kliničkoj praksi
- Persuazija u interpersonalnoj komunikaciji
- Interkulturalna komunikacija
- Timski rad i učinkovita komunikacija
- Sukobi u komunikaciji
- Etika i komunikacija
- Specifične situacije u komunikaciji u kliničkoj praksi

3.1. OSNOVNE TEORIJE KOMUNIKACIJSKIH PROCESA U KLINIČKOJ PRAKSI

Učinkovita komunikacija predstavlja socijalnu vještinu koja je bitna u kliničkom radu, gdje se očekuje od zdravstvenih djelatnika da imaju iskren pristup i odnos prema pacijentima i njihovim obiteljima, s puno empatije te bez davanja lažne nade. Također komunikacija je temelj uspješne suradnje i spremnosti zdravstvenih djelatnika da zajedničkim trudom unutar zdravstvenog tima ili unutar zdravstvene ustanove podignu kvalitetu profesionalnog djelovanja, što dovodi do većeg zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga i njihovih obitelji. Učinkovitost komunikacije u kliničkoj praksi može se razmatrati kroz teorijski okvir komunikacijskog procesa prema Shannonu i Weaveru (1949) u prenošenju poruke od izvora do primatelja, kroz komunikacijski kanal uz utjecaj buke ili šuma na prijenos informacija. U ovom poglavlju razmatrat će se teme:

- Komunikacijski proces u kliničkoj praksi
- Osnove komunikacijskih modela

3.1.1. Komunikacijski proces u kliničkoj praksi

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je komunikaciju kao jednu od pet ključnih vještina u kliničkom radu zdravstvenih djelatnika. Učinkovita komunikacija predstavlja socijalnu vještinu koja je bitna u kliničkom radu, gdje se očekuje od zdravstvenih djelatnika da imaju iskren pristup i odnos prema pacijentima kao korisnicima zdravstvene zaštite, s puno empatije te bez davanja lažne nade. Sustav kliničke medicine temelji se upravo na odnosu i komunikaciji zdravstveni djelatnik - pacijent - pacijentova obitelj. Upravo takav odnos među pojedincima opisuje kroz svoju teoriju jedan od najpoznatijih svjetskih teoretičara komunikacije, austrijski filozof i psihoterapeut Paul Watzlawick (1967), koji je formulirao općepoznatu tezu: „Nemoguće je ne komunicirati u situaciji kada se dvoje ljudi vide; jer aktivnost ili neaktivnost, riječi ili šutnja, sve ima vrijednost poruke“. Paul Watzlawick je u svojoj teoriji postavio šest pravila komunikacije:

1. **Nije moguće ne komunicirati.** Komunikacija nisu samo izgovorene riječi, već i ponašanje. Svako ponašanje je vrsta komunikacije.
2. **Svaka komunikacija sastoji se iz sadržajnog i odnosnog aspekta.** Sadržajni aspekt govori o značajkama objekta informacije, dok odnosni aspekt govori o uspješnoj komunikaciji koja se ostvaruje ako je među sugovornicima uspostavljeno međusobno povjerenje i suradnja.
3. **Narav odnosa uvjetovana je interpretacijom ponašanja komunikatora.** Od sugovornika očekujemo određeno ponašanje, ponašamo se u skladu s našim ili tuđim očekivanjima te svojim ponašanjem uvjetujemo očekivano ponašanje drugih. Razlika u interpretaciji određenog interpersonalnog zbivanja može biti razlog komunikacijskog konflikta.
4. **Komunikacija može biti verbalna i neverbalna.** Interpersonalna komunikacija događa se na dvije razine – verbalnoj i neverbalnoj. Komunikacijski proces je nemoguće dijeliti i odvajati, jer uz verbalnu paralelno teče i neverbalna komunikacija.
5. **Komunikacija može biti simetrična ili komplementarna.** Interpersonalni komunikacijski procesi su simetrični ili komplementarni, ovisno o tomu temelji li se odnos između sugovornika na ravnoteži ili na razlikama. U komplementarnim odnosima različita se ponašanja međusobno nadopunjuju i određuju proces interakcije. Baza odnosa sastoji se u razlikama između sugovornika. Često se ta razlika izražava u

podređenosti. Simetričan odnos karakterizira činjenica da sugovornici nastoje minimizirati nejednakosti.

6. **Komunikacija je cjelokupno ponašanje i utječe na ponašanje naše okoline.** Komunicirati znači uzeti učešće u nečemu. Inicijativa dolazi od čovjeka koji traži diskriminativne i organizirane ključeve da sebe orijentira u svojoj okolini i zadovolji svoje nezadovoljene potrebe.

Paul Watzlawick (1967) definirao je i šest temeljnih karakteristika u promatranju komunikacijskog odnosa:

1. Pojedinca treba promatrati u odnosu s drugima.
2. Međuljudske odnose treba proučavati kroz komunikacijski proces, jer komunikacijom djelujemo jedni na druge te doživljavamo sebe u odnosu prema drugima i prema samima sebi.
3. Povratna informacija (*feedback*) bitna je za ponašanje i uvjetuje ponašanje svakog pojedinca u komunikaciji.
4. Međusobni utjecaj osoba koje su u nekom odnosu uvjetovan je situacijom i djeluje na samu komunikaciju.
5. Postoje različiti stupnjevi svjesnosti koji vladaju ponašanjem pojedinca, što je važno za pravilan i objektivan pristup ljudskom ponašanju.
6. Komunikacija je čitavo ponašanje i utječe na ponašanje. (Sorta-Bilajac i Sorta, 2013).

U kliničkoj praksi te općenito u komunikaciji između zdravstvenih djelatnika i korisnika zdravstvene zaštite koriste se **tri osnovne vrste komunikacije**: (1) usmena *face to face* komunikacija, (2) pismena komunikacija te (3) *e*-komunikacija (digitalna komunikacija primjenom informacijskih i komunikacijskih tehnologija, primjerice putem sustava telemedicine). Medicinske informacije koje se daju pacijentima sastoje se od psihološke, etičke i pravne dimenzije. Takve informacije nadilaze dijagnostičke pojmove i odnose se na dijagnostičke postupke, etiologiju bolesti ili ozljeda, terapijske postupke, prognozu liječenja, socio-psihološke posljedice bolesti na život, samosvijest i svjetonazor pacijenta. Bez medicinskih informacija o bolesti, kao i bez informativnog pristanka pacijenta, svaka dijagnostička pretraga te svaki terapijski postupak predstavljaju etički prekršaj i povredu prava pacijenta u zdravstvenoj skrbi.

3.1.2. Osnove komunikacijskih modela

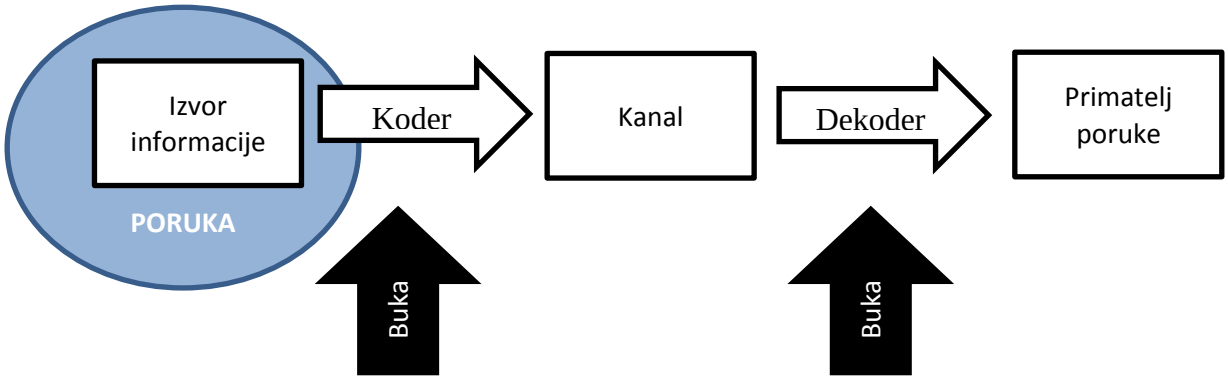
Komuniciranje je proces prijenosa informacija među ljudima te predstavlja priopćavanje određenog sadržaja, osjećaja o dotičnom sadržaju, osjećaja o sugovorniku i osjećaja o samome sebi. Proces komunikacije započinje kodiranjem poruke koja se odašilje komunikacijskim kanalom, zatim slijedi dekodiranje poruke te se kružna dinamika cijelog komunikacijskog procesa zatvara povratnom vezom ili *feedbackom*. Da bi se komunikacija uopće dogodila, treba postojati svrha u obliku poruke koja se prenosi (Jurković, 2012).

Prema Shannonu i Weaveru (1949), učinkovitost komunikacije u kliničkoj praksi može se razmatrati kroz teorijski okvir komunikacijskog procesa u prenošenju poruke od izvora do primatelja, kroz komunikacijski kanal uz utjecaj buke ili šuma na prijenos informacija. Buka ili šum u komunikacijskom procesu povećavaju vjerojatnost djelomično ili neispravno interpretirane informacije, što umanjuje uspješnost komunikacije. Komunikacijski model temeljen na Shannon-Weaverovoj teoriji komunikacije daje matematičku definiciju prijenosa informacije u samoj komunikaciji. Prema toj definiciji, komunikacija predstavlja razmjenu informacija, ideja i osjećaja verbalnim i neverbalnim sredstvima. Proces komunikacije prema Shannon-Weaverovoj teoriji komunikacije ima faze kroz koje informacija prolazi (Slika 1). Međutim, razlika njihova definiranja procesa komunikacije kao jednosmjerno linearnog i današnjeg procesa komunikacije ogleda se u nedostatku povratne veze (Wells, 2011).

Shannon-Weaverov model komunikacije, koji se definira kao matematička teorija komunikacije, sastoji se od 7 glavnih elemenata, koji su opisani na primjeru telefonskog razgovora:

1. Osoba koja govori predstavlja *izvor informacija*, bira željenu poruku koju odašilje govorom, pismenim putem, slikom.
2. Odašiljač ili *koder* mijenja poruku u signal.
3. Slijedi *poruka ili informacija* koja se šalje i prima u komunikacijskom procesu.
4. *Kanal* predstavlja put kojim poruka prelazi od odašiljača (kodera) do prijemnika (dekodera) koji može biti zrak, telefonska žica, papir i sl.
5. Prijemnik ili *dekoder* ima obrnutu ulogu od odašiljača te mijenja signal natrag u poruku.
6. *Primatelj poruke* jest ciljano odredište prenesene poruke.

7. *Buka* je bilo koji neželjeni dodatak prenesenom signalu, koji uzrokuje izobličenje ili pogrešku u sustavu prijenosa informacije.

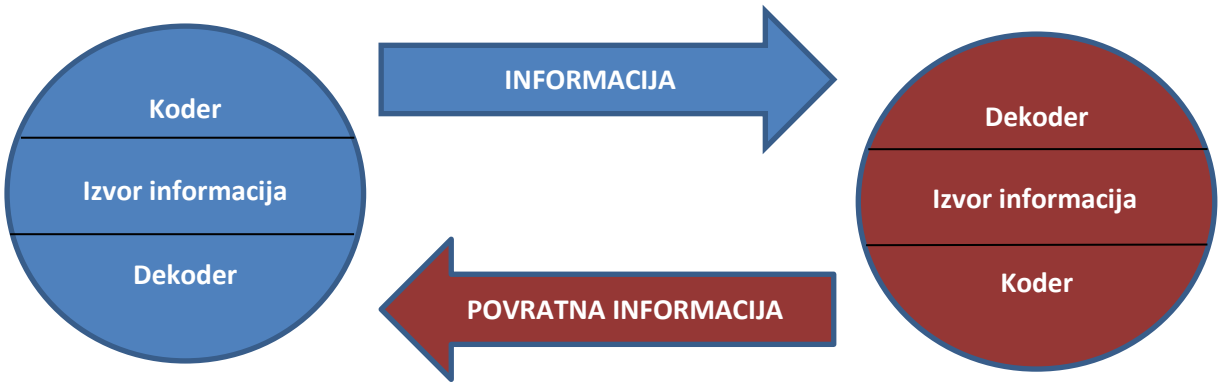


Slika 1. Elementi matematičke teorije komunikacije prema Shannon-Weaverovom modelu.

Izvor: Sabah Al-Fedaghi (2012).

Osim opisanog jednosmjernog linearnog modela procesa komunikacije, kroz povijest su razrađeni i drugi modeli komunikacijskog procesa, poput interaktivnog i transakcijskog modela.

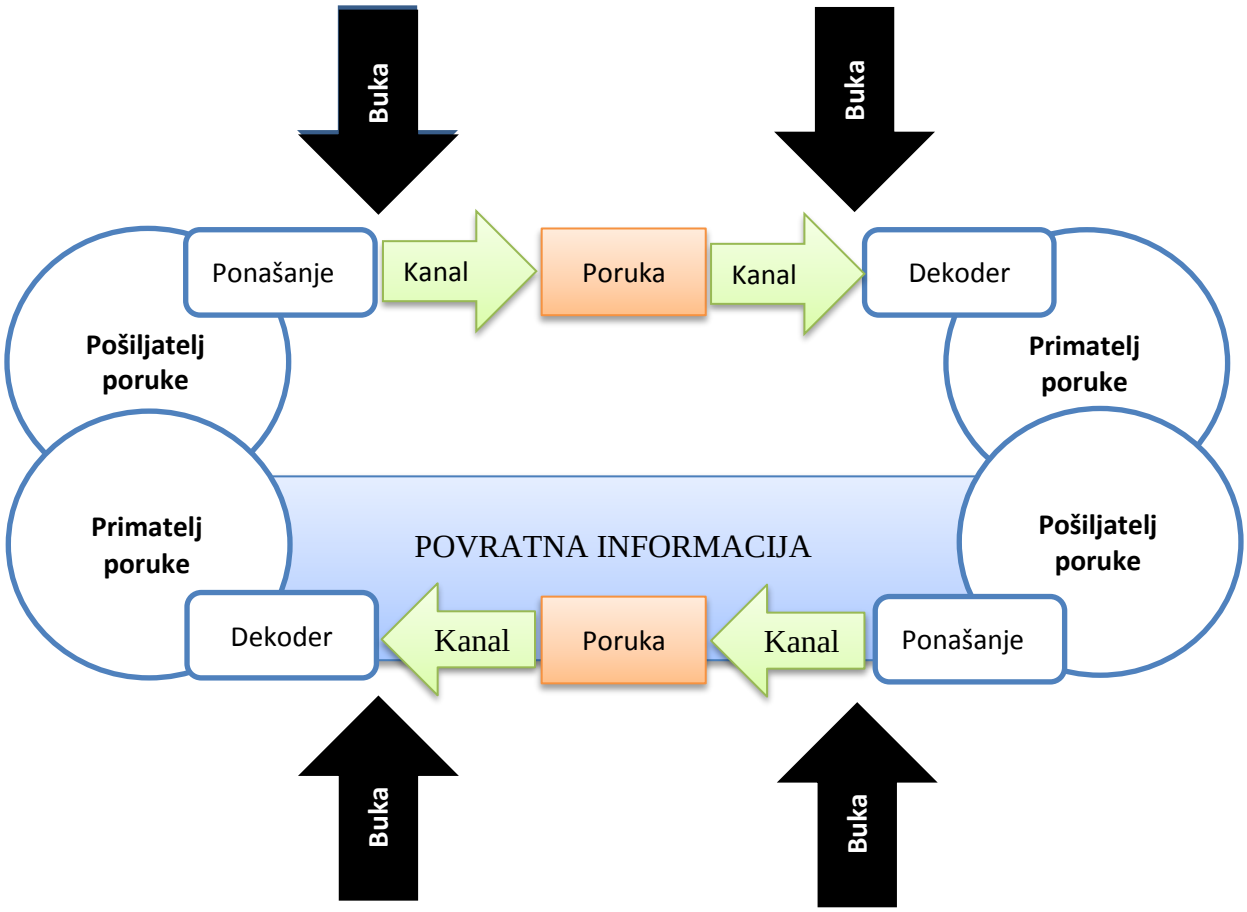
Interaktivni model prikazuje komunikaciju kao proces u kojem slušatelji kao primatelji poruka daju povratne informacije pošiljatelju poruke (Slika 2). Interaktivni model pretpostavlja da sudionici komunikacije stvaraju i interpretiraju poruku u skladu s vlastitim znanjima i iskustvima, a što se ista više preklapa, to dolazi do uspješnije i učinkovitije komunikacije. Nedostatak interpretacijskog modela jest u tome što prikazuje komunikaciju kao djelomični proces u kojem je jedna osoba pošiljatelj poruke, a druga je primatelj, te se tako ne uspijeva dobiti dinamika prirode međuljudske komunikacije.



Slika 2. Interaktivni model komunikacije

Izvor: Businesstopia. Interactive Model of Communication.

Transakcijski model procesa komunikacije naglašava dinamiku međuljudske komunikacije. Takav model uzima u obzir da se iskustva sugovornika, poruke te mogući šum ili buka mijenjaju tijekom vremena (Slika 3). Transakcijski model najbolje opisuje proces komunikacije koji pretpostavlja da primatelj i pošiljatelj međusobno izmjenjuju poruke te uzima u obzir i utjecaj buke ili šuma.



Slika 3. Transakcijski model komunikacije

Izvor: Businesstopia. Transactional Model of Communication.

Bakić-Tomić (2013) ističe da se bogatstvo komuniciranja ne smije promatrati kao jedan događaj. „Komuniciranje je socijalni i psihološki događaj u koji je uključena simbolička interakcija. Ovi se događaji zbivaju među ljudima i u njima samima, u interpersonalnom, grupnom, organizacijskom i masovnom kontekstu. Komunikacijski događaji sadrže varirajuće kombinacije kodiranja, značenja, razmišljanja, informiranja i uvjeravanja. Komuniciranje je kompleksni proces i uključuje simboličku interakciju.“ (Bakić-Tomić, 2013; str. 12). Takvo se shvaćanje komunikacije temelji na općoj sistemskoj teoriji i simboličkoj interakciji. Komunikacijski proces sastoji se od organizirane skupine varijabli koje se trebaju promatrati holistički, a one su regulirane *feedbackom* i mogu biti analizirane hijerarhijski. Opća

sistemska teorija temelji se na tri načela koja pomažu u razumijevanju komunikacijskog događaja:

1. Sistemi međusobne povezanosti ili međuodnosa sastavljeni su od organiziranog skupa varijabli koje su u međuodnosu kako bi stvorile zatvorenu cjelinu. Ako se to načelo primijeni na komunikaciju, to će značiti da događaji ili pojmovi koji se opažaju u komunikaciji ne mogu biti promatrani izolirano. Oni su organizirani u skupinu međuovisnosti. Ovdje do izražaja dolazi holistički pristup koji se primjenjuje kod svake komunikacijske pojave.
2. Sistemsko načelo dinamičnog međuodnosa sa svojom okolinom, u širem smislu znači da se niti jedan sistem ne može promatrati izolirano, već on ovisi o drugim sistemima od kojih dobiva odgovore. Kada se *feedback* kao mehanizam povratnog odgovora primijeni na komunikaciju, shvaćamo da svaka primljena poruka pomaže komunikacijskom sistemu da bude učinkovit u odnosu na okolinu.
3. Sistemsko načelo temeljeno na organiziranoj hijerarhiji. Ovo načelo se izvrsno može primijeniti na komuniciranje kada se s različitih razina pristupa kontekstu. Ovdje se interpersonalni, grupni, organizacijski i masovni konteksti komunikacije promatraju na hijerarhijski način (Bakić-Tomić, 2013).

Uz opću teoriju sistema gdje se naglašava procesni aspekt komuniciranja, Bakić-Tomić (2013) ističe simbolički interakcionizam na kojemu se temelji socijalni aspekt komunikacije. „Simbolički interakcionizam je vrlo široka teorijska perspektiva. Ona se priklanja bliskim teorijama koje društveni život čovjeka tumače vrlo raznoliko (socijalnim teorijama). Simbolička interakcija je razmjena poruka na simboličan način. Simboli dobivaju značenja kroz interakciju među članovima društvene grupe, a način na koji ljudi definiraju situacije i objekte većinom je determiniran simboličkom interakcijom koja se odnosi na postojeću situaciju ili objekte. Jezik je naš primarni simbolički sistem i zbog toga je vrlo važan mehanizam u razvoju čovjekova intelekta i osobnosti, pa zato ima veliki utjecaj i na oblikovanje ponašanja. Mi također učimo iz simboličkog interakcionizma da su intelekt (shvaćen kao proces), osobnost (shvaćena kao osoba), i društvo (shvaćeno kao društveni procesi i institucije) međuodnosni procesi koji nastaju iz simboličke interakcije. Tako komunikacija igra centralnu ulogu u društvenom životu čovjeka.“ (Bakić-Tomić, 2013; str.13)

3.2. KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCIJE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA

Kompetencije predstavljaju temelj osobnog razvoja kroz cjeloživotno učenje i profesionalnog rada pojedinca, a označavaju postignutu primjenu konkretnih znanja, vještina i kompetencija u užem smislu. Znanje označava skup stečenih i povezanih informacija. Vještine se odnose na spoznajne (logičko i kreativno razmišljanje), psihomotoričke (fizička spretnost te upotreba metoda, instrumenata, alata i materijala) i/ili socijalne vještine. Pojam kompetencija u užem smislu označava samostalnost i odgovornost te ga se definira kao postignutu primjenu nekih konkretnih znanja i vještina. U ovom poglavlju obuhvaćene su sljedeće teme:

- **Što su kompetencije?**
- **Kompetencije zdravstvenih djelatnika**
- **Komunikacijske kompetencije**
- **Komunikacijske kompetencije u kliničkoj praksi**

3.2.1. Što su to kompetencije?

Pregledom rječnika hrvatskog jezika može se zaključiti da pojam *kompetencija* označava nadležnost, pravo odlučivanja, stručnost, sposobnosti i znanja koja neka osoba ima u određenom području (Anić, 2003).

U hrvatskoj pedagoškoj literaturi pojam *kompetencija* definiran je kao sposobnost pojedinca da izvodi, upravlja ili djeluje na razini određenog znanja, umijeća i sposobnosti, što osoba može dokazati na formalni i neformalni način (Mijatović, 2000).

Prema pojmovniku Hrvatskog kvalifikacijskog okvira *kompetencije* označavaju postignutu primjenu konkretnih znanja, vještina i kompetencija u užem smislu. Znanje označava skup stečenih i povezanih informacija. Stečene informacije mogu biti pojmovi, njihove definicije te druga teorijska znanja. Vještine se odnose na spoznajne (logičko i kreativno razmišljanje), psihomotoričke (fizička spretnost te upotreba metoda, instrumenata, alata i materijala) i/ili socijalne vještine. Pojam *kompetencija u užem smislu* označava samostalnost i odgovornost te

ga se definira kao postignutu primjenu nekih konkretnih znanja i vještina. „To znači da ako neka osoba ima određeni skup činjeničnih i teorijskih znanja (odgovarajućega profila, razine i obujma), te spoznajne, psihomotoričke i socijalne vještine (opet u nekoj određenoj strukturi, složenosti i količini), tada kompetencije u užem smislu (samostalnost i odgovornost) označavaju pravo na pripadnu samostalnost, koja dalje uvodi odgovarajuću pripadnost razini za odgovornost, i obratno.“ (Hrvatski kvalifikacijski okvir, 2008; str. 5)

Europski parlament usvojio je 2006. godine europski okvir ključnih kompetencija razvijen pod nazivom *Ključne kompetencije za cjeloživotno učenje*. Glavni poticaj za razvoj ovog pristupa bili su izazovi globalizacije, sve brže promjene u društvu i gospodarstvu te pojava novih tehnologija, koji zahtijevaju od pojedinaca da se tijekom cijelog života obrazuju i usavršavaju. Kako bi se to ostvarilo, bilo je potrebno definirati ključne kompetencije kao preduvjet cjeloživotnom učenju i obrazovanju. Usvojeni okvir ključnih kompetencija odnosi se na identificiranje i definiranje kompetencija nužnih za osobni razvoj i ispunjenje, na aktivno građanstvo, zapošljavanje te omogućavanje mladim ljudima da steknu kompetencije koje će im dati osnovu za daljnje učenje i posao, kao i odraslim osobama da razvijaju i usavršavaju ključne kompetencije tijekom cijelog života. Ključne kompetencije koje ovaj okvir sadrži su:

1. Komunikacija na materinskom jeziku – sposobnost izražavanja i tumačenja pojmova, osjećaja, činjenica i mišljenja u usmenom i pisanom obliku (slušanje, govorenje, čitanje i pisanje) te lingvističko uzajamno djelovanje na odgovarajući i kreativan način u nizu različitih društvenih i kulturnih konteksta.
2. Komunikacija na stranim jezicima – uz glavne vještina koje su iste kao u komunikaciji na materinskome jeziku, ovdje su uključene vještine međukulturnoga razumijevanja. Razina kompetentnosti ovisi o različitim razinama sposobnosti slušanja, govorenja, čitanja i pisanja.
3. Matematička kompetencija i osnovne kompetencije u prirodoslovlju i tehnologiji – matematička kompetencija je sposobnost razvijanja i primjene matematičkoga mišljenja pri rješavanju problema u svakodnevnim situacijama, s naglaskom na postupak, aktivnost i znanje. Osnovne kompetencije u prirodoslovlju i tehnologiji odnose se na ovladavanje, uporabu i primjenu znanja i metodologija kojima se objašnjava svijet prirode. To uključuje razumijevanje promjena nastalih ljudskom aktivnošću i odgovornosti svakog pojedinca kao građanina.

4. Digitalna kompetencija – uključuje sigurnu i kritičku uporabu tehnologije informatičkog društva i temeljne vještine informatičke i komunikacijske tehnologije.
5. Kompetencija „učiti kako učiti“ – predstavlja sposobnost razvijanja i organiziranja vlastitog učenja, bilo pojedinačno ili u skupinama, u skladu s vlastitim potrebama i svijesti o metodama i mogućnostima učenja.
6. Socijalna i građanska kompetencija – socijalna kompetencija odnosi se na osobne, međuljudske i interkulturne kompetencije i sve oblike ponašanja koji omogućuju pojedincu da sudjeluje na djelotvoran i konstruktivan način u društvenom životu i radnom okruženju. Povezana je s osobnim i društvenim blagostanjem. Ključna su pravila ponašanja i običaji u različitim okruženjima u kojima pojedinac djeluje. Građanska kompetencija predstavlja poznavanje društvenih i političkih pojmova i struktura (demokracija, pravda, jednakost, građanstvo i građanska prava) te omogućuju pojedincu da se uključi u aktivno i demokratsko sudjelovanje.
7. Inicijativnost i poduzetnost – uključuje kreativnost, inovaciju, preuzimanje rizika te sposobnost planiranja i vođenja projekata kako bi se postigli određeni ciljevi. Pojedinac je svjestan konteksta u kojem radi i može procijeniti mogućnosti koje iz toga proizlaze. Ovdje treba uključiti i svijest o etičkim vrijednostima i promicati dobro upravljanje.
8. Kulturna svijest i izražavanje – uključuju cijenjenje važnosti kreativnog izražavanja ideja, iskustava i osjećaja u nizu medija, uključujući glazbu, reproduktivnu umjetnost, književnost i likovne umjetnosti. (Službeni list Europske unije, 2018)

Čatić (2012) navodi tri temeljna suvremena teorijska pristupa kompetencijama – bihevioristički (funkcionalni), konstruktivistički i holistički.

- **Bihevioristički pristup** kompetencijama, koji se naziva i funkcionalnim ili akcijskim, orijentiran je na ispunjavanje vanjskih zahtjeva te se temelji na ishodima učenja. Prema biheviorističkom teorijskom modelu, kompetencije predstavljaju individualne karakteristike pojedinca koje se događaju u akcijama ili radnjama koje osoba poduzima kako bi riješila određeni zadatak ili aktivnost. Takav pristup kompetenciji uključuje znanja, vještine, stavove i vrijednosti, koje su povezane i koje zajedničkim djelovanjem omogućavaju ispunjavanje određenog zadatka. Komponente svake kompetencije su kognitivne, emocionalne, motivacijske, socijalne i bihevioralne prirode.

- **Konstruktivističkim pristupom** kompetencijama naglašava se socijalna priroda kompetencija. Prema ovom pristupu kompetencijama, pojedinac konstruira svoje kompetencije kroz socijalnu interakciju s okolinom. Čatić (2012) navodi tri varijable konstruktivističkog poimanja kompetencija: ljude, ciljeve i kontekst. Smatra se da upravo one povećavaju održivost definicije kompetencije. Varijabla *ljudi* odnosi se na individualna shvaćanja kompetencije u razradi konkretnog modela kompetencijskog pristupa. Varijabla *ciljevi* odnosi se na svrhu u koju će biti upotrijebljene određene kompetencije, odnosno pokriva li kompetencija predviđenu svrhu. Varijabla *konteksta* obuhvaća organizacijsku razinu: područje djelatnosti, produkte djelatnosti te njihovu namjenu.
- **Holistički pristup** kompetencijama podrazumijeva povezanost osobina pojedinca, vanjskih zahtjeva i konteksta kao ključnih pretpostavki za učinkovitu izvedbu određenih akcija ili zadataka, a karakteriziraju ga holističnost, otvorenost i razvojnost. Ovaj teorijski model kompetencija definiran je kao složena kombinacija znanja, stavova, vještina i vrijednosti, koja se očituje u kontekstu izvršavanja određenog zadatka. Takav model podrazumijeva različite stupnjeve kompetencija za početnike, iskusne i stručnjake u nekom području te uključuje socijalni, kulturni i kognitivni pristup učenju, za razliku od biheviorističkog poimanja kompetencije kao automatiziranog znanja i vještina.

Suzić (2014) definirajući pojam kompetencija kao „sposobnost učenja na djelu, sposobnost brzog i lakog pronalaženja i vještina upotrebe informacije te njeno adekvatno skladištenje kako bi bila ponovno dostupna“ navodi moralne i estetske dimenzije kognitivnih, emocionalnih, socijalnih i radno-akcijskih kompetencija:

- **Kognitivne kompetencije** koje su ključ uspjeha u obrazovanju pojedinaca, napredovanja i ostvarivanja profesionalnih zvanja podijeljene su u sedam različitih kompetencija: (1) sposobnost izbora informacija; (2) postavljanje pitanja o sadržaju učenja kao i o vlastitoj kogniciji; (3) razumijevanje sadržaja i problema; (4) pamćenje, odabir informacija koje je nužno pamtiti; (5) upravljanje informacijama, menadžment u korištenju informacija – brzo pronalaženje, korištenje i skladištenje informacija; (6) stvaranje novih ideja, rješenja i produkata; (7) evaluacija, vrednovanje efikasnosti učenja i rada, kao i ostvarene koristi.

- **Emocionalne kompetencije** su objašnjene u sedam oblika: (1) emocionalna svijest, prepoznavanje svojih i tuđih emocija; (2) samopouzdanje, jasan osjećaj vlastitih moći i limita; (3) samokontrola, kontrola ometajućih emocija i impulsa; (4) empatija i altruizam; (5) istinoljubivost, izgradnja standarda časti i integriteta; (6) adaptabilnost, fleksibilnost u prihvaćanju promjena; (7) inovacije, otvorenost za nove ideje, pristupe i informacije.
- **Socijalne kompetencije** su isto tako razvrstane u sedam interpersonalnih sposobnosti: (1) razumijevanje drugih individua i grupa, tumačenje grupnih emocionalnih strujanja i snage odnosa; (2) suglasnost, usuglašenost s ciljevima grupe ili organizacije, kolaboracija; (3) grupni menadžment: biti vođa i biti vođen, stvaranje veza, sposobnost uvjeravanja, organizacijske sposobnosti, timske sposobnosti, podjela rada; (4) komunikacija: slušati otvoreno i slati uvjerljive poruke, komunikacija „oči u oči“, nenasilna komunikacija; (5) potpora drugima, senzibilitet za razvojne potrebe drugih i podržavanje njihovih sposobnosti; (6) uvažavanje različitosti, tolerancija, demokracija; (7) osjećaj pozitivne pripadnosti naciji i civilizaciji.
- **Radno-akcijske kompetencije** podijeljene su u sedam izvedbenih oblika: (1) poznavanje struke ili profesionalnost; (2) općeinformatička i komunikacijska pismenost, poznavanje engleskog ili drugih svjetskih jezika; (3) savjesnost, preuzimanje odgovornosti za osobna ostvarenja; (4) perzistencija, ustrajnost na ciljevima unatoč preprekama ili neuspjesima; (5) motiv postignuća, težnja za poboljšanjem ili ostvarenjem najviših kvaliteta; (6) inicijativa, spremnost da se iskoriste ukazane mogućnosti; (7) optimizam, unutrašnja motiviranost, volja za rad.

3.2.2. Kompetencije zdravstvenih djelatnika

Šepec (2011) navodi da su kompetencije rezultat razine obrazovanja. One omogućavaju pravovaljano izvođenje zdravstvene skrbi zdravstvenih djelatnika, imaju za cilj pružanje sigurne, učinkovite i na etičkim načelima zasnovane zdravstvene skrbi te uključuju:

- **znanje**: razumijevanje i prosudbu;
- **vještine**: kognitivne, tehničke, psihomotorne i komunikacijske;
- **osobne karakteristike**: stavove i razvijenost međuljudskih odnosa.

Kompetencije jasno određuju razinu prava, dužnosti i odgovornosti zdravstvenih djelatnika u njihovom području kliničkog rada. Kompetencije zdravstvenih djelatnika u kliničkoj praksi sadrže sljedeće komponente: odgovornosti, etičku praksu, načela pružanja zdravstvene skrbi, promociju zdravlja, procjenu zdravstvenog stanja korisnika zdravstvene usluge, planiranje zdravstvene skrbi, provedbu medicinskih postupaka i edukaciju. Tablica 1. prikazuje osnovne komponente kompetencija zdravstvenih djelatnika.

Tablica 1. Osnovne komponente kompetencija zdravstvenih djelatnika

ODGOVORNOSTI	Prihvaća odgovornost i obvezu za vlastite postupke i rezultate pružanja zdravstvene skrbi unutar zakonskih okvira kliničke prakse. Prihvaća dodijeljene dužnosti u svezi pacijenta/bolesnika, koje spadaju u definirane kompetencije i djelokrug rada. Prema potrebi traži pomoć i savjet voditelja zdravstvenog tima ili nadležnog liječnika.
ETIČKA PRAKSA	Svoju djelatnost obavlja u skladu s nacionalnim etičkim kodeksom. Poštuje prava pacijenta/bolesnika na privatnost i dostojanstvo bez obzira na spol, dob, rasu, nacionalnu i vjersku pripadnost, politička i ostala životna opredjeljenja. Koristi zakonsku regulativu pri izvještavanju o uočenom ponašanju, aktivnostima ili situacijama koje bi mogle ugroziti sigurnost, privatnost ili dostojanstvo pacijenta/bolesnika, ali i onih aktivnosti koje narušavaju ugled i dostojanstvo suradnika i poslodavca.

NAČELA PRUŽANJA ZDRAVSTVENE SKRBI	Primjenjuje znanja i vještine u provođenju aktivnosti koje su u djelokrugu rada određene zdravstvene profesije. Pruža zdravstvenu skrb u skladu s postavljenim standardima, kliničkim procedurama i smjernicama. Rješava probleme u strukturiranom i sigurnom okružju. Daje informacije pacijentu/bolesniku isključivo iz područja zdravstvene skrbi (u okviru svojih kompetencija). Informira pacijente, savjetuje ih, daje im upute i pruža potporu tijekom liječenja i kroz druge oblike zdravstvene zaštite (u okviru svojih kompetencija). Usvaja načela timskog rada i djeluje unutar zdravstvenog tima. Ponaša se u skladu s načelima zajednice u kojoj živi i djeluje.
PROMOCIJA ZDRAVLJA	Sudjeluje u aktivnostima promocije zdravlja i prevencije bolesti. Razumije značenje prakse liječenja i zdravstvene skrbi, poštujući vrijednosne sustave pojedinca, obitelji i/ili zajednice. Prepoznaje i evidentira potrebe za uvođenjem jednostavnih zdravstvenih mjera prilikom pružanja zdravstvene skrbi te izvodi postupke u sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji.
PROCJENA ZDRAVSTVENOG STANJA KORISNIKA ZDRAVSTVENE USLUGE	Prihvaća i preuzima radne zadatke prikupljanja zdravstvenih podataka unutar plana liječenja. Prepoznaje i dokumentira sve zdravstvene promjene kod pacijenta/bolesnika. Poznaje sustav upravljanja kvalitetom rada u zdravstvenoj skrbi.
PLANIRANJE ZDRAVSTVENE SKRBI	Prikuplja podatke za izradu plana liječenja. Savjetuje se s nadležnim liječnikom i s ostalim članovima zdravstvenog tima. Sudjeluje u postavljanju prioriteta zdravstvene skrbi s pacijentom. Surađuje s pacijentom kod planiranja zdravstvene skrbi (u okviru svojih kompetencija).

PROVEDBA POSTUPAKA	Provodi planirane terapijske postupke prema prihvaćenim standardnim i operativnim procedurama (u okviru svojih kompetencija). Dokumentira provedene postupke liječenja.
EDUKACIJA	Trajno se usavršava prema ponuđenim programima cjeloživotnog obrazovanja. Usklađuje svoje znanje i vještine s novostima u području kliničke prakse u kojoj djeluje.

Izvor: Šepec (2011).

3.2.3. Komunikacijske kompetencije

Komunikacijske kompetencije sastoje se od poznavanja verbalnih i neverbalnih komunikacijskih strategija. U drugoj polovici prošloga stoljeća definiranje komunikacijskih kompetencija bilo je vruća tema, kako na području lingvistike tako i na području komunikologije.

Prve definicije komunikacijskih kompetencija vezane su uz Chomskoga, koji je u svojoj knjizi *Aspects of the Theory of Syntax* 1965. godine istaknuo razliku između kompetencije (znanje o jeziku koje posjeduje monolingvalni govornik-slušatelj) i performanse (stvarne uporabe jezika u konkretnim prilikama). Tijekom 70-ih i 80-ih godina prošloga stoljeća, daljem je razvoju pojma komunikacijske kompetencije u velikoj mjeri pridonio i niz lingvista s primarnim interesom za teoriju usvajanja jezika i teoriju jezičnoga testiranja (Bagarić i Mihaljević-Djigunović, 2007). Stoga, kada se govorilo o komunikacijskim kompetencijama, uglavnom se mislilo na znanje o lingvističkim i sociolingvističkim konvencijama ili pravilima (engl. *rules*), a pod sposobnošću (engl. *capacity*), koju se znalo pobliže odrediti i kao proceduralnu ili komunikacijsku sposobnost (engl. *procedural or communicative capacity*), podrazumijevala se sposobnost (engl. *ability*) uporabe znanja jezika kao sredstva za stvaranje značenja u jeziku ili, preciznije, procedure (engl. *procedures*) u tumačenju i stvaranju diskursne cjelovitosti.

Među najistaknutije teoretičare koji su tako definirali komunikacijske kompetencije bili su Savignon (1972), Hymes (1972), Canale i Swain (1980), Stern (1986) i Spolsky (1990).

Savignon (1972) i Hymes (1972) komunikacijske kompetencije definirali su kao sposobnost djelovanja u pravom komunikacijskom okruženju, odnosno kao dinamičnu razmjenu u kojoj se lingvistička kompetencija treba prilagoditi cjelokupnom informacijskom ulazu, lingvističkom i paralingvističkom, koji pruža jedan ili više sugovornika.

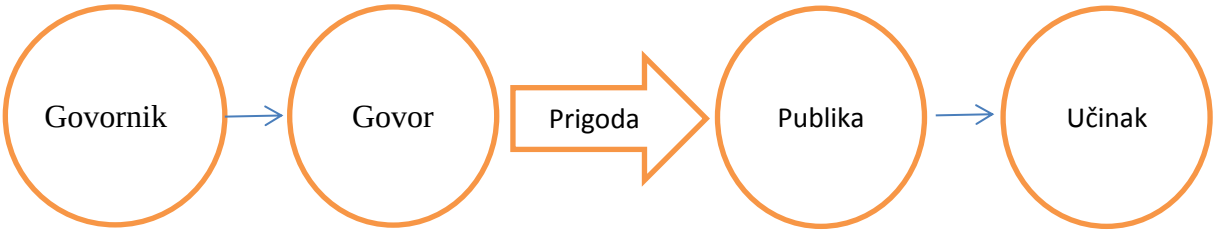
Canale i Swain (1980) komunikacijske su kompetencije shvaćali kao sintezu temeljnoga sustava znanja i vještina potrebnih za komunikaciju. Znanje se odnosilo na ono što pojedinac zna o jeziku i o drugim aspektima jezične uporabe, kao što su: znanje o temeljnim gramatičkim principima, znanje o tome kako se jezik upotrebljava u društvenim kontekstima kako bi se izvršile komunikacijske funkcije te znanje o tome kako se izričaji i komunikacijske funkcije mogu povezati s obzirom na principe diskursa; dok su kroz vještine komunikacije gledali kako pojedinac može uporabiti navedena znanja u stvarnoj komunikaciji.

Stern (1986) i Spolsky (1990) su prirodi komunikacijske kompetencije pripisali i sposobnost kreativne jezične uporabe.

Povijesno gledajući, važnost komunikacijskih kompetencija bila je prepoznata prije više tisuća godina. Najstariji zapis koji je otkriven nastao je oko 3000. god. prije Krista, radilo se o naputku kako govoriti učinkovito, a bio je namijenjen Kagemniju, najstarijem sinu faraona Hunija.

U ranom četvrtom stoljeću prije Krista, Aristotel je napisao najznačajnije djelo vezano za komunikaciju – *Retorika*. Na temeljima Aristotelove *Retorike* nastao je prvi teorijski model komunikacije. Radi se o linearnom modelu komunikacije za javnu komunikaciju, koji je poznat kao **Aristotelov model komunikacije** te koji je i najšire prihvaćen među svim komunikacijskim modelima. Aristotelov model uglavnom je usmjeren na govornika i javni govor te se dijeli na 5 primarnih elemenata: govornik, govor, prigoda, publika i učinak.

Aristotelov komunikacijski model (Slika 4) usmjeren je na govornika, jer govornik ima najvažniju ulogu u njemu i jedini je aktivan. Uloga govornika je da unaprijed organizira govor te da ga održi pred publikom koja je pasivna, pod utjecajem govora. Govor mora biti pripremljen tako da publika bude uvjerena ili pod utjecajem govora.



Slika 4. Aristotelov model komunikacije

Izvor: Businesstopia. Aristotle's Model of Communication.

Vezano za povijesne aspekte definiranja komunikacijskih kompetencija, može se zaključiti da komunikacijske teorije imaju dugu tradiciju i kontinuitet. Ono što je novo je samo pojam *komunikacijske kompetencije* koje različiti autori i teoretičari definiraju na različite načine. Pojam komunikacijskih kompetencija u svjetlu suvremene komunikološke znanosti trebao bi značiti *sposobnost prosljeđivanja i obznanjivanja informacija govorenjem ili pisanjem te primanja informacija slušanjem ili čitanjem*.

Za McCroskeyja (1981) komunikacijske kompetencije su: „adekvatna sposobnost prezentiranja ideja drugima govorenjem ili pisanjem." Međutim, on ne vjeruje da je moguće stvoriti jednostavnu i jedinstvenu definiciju komunikacijskih kompetencija koja bi zadovoljila sve teoretičare u ovom području te smatra da nismo u mogućnosti stvoriti jednu definiciju komunikacije s kojom bi svi bili zadovoljni.

Komunikacijske kompetencije, kako u Hrvatskoj tako i u svijetu, neki autori promatraju različito: **holistički**, **kao integralnu metodu**, **kao novu paradigmu odgoja ili su proučavane kao komunikološki profil**, te **kao komunikacijski stil edukatora** (Bakić-Tomić, 2003). Prema navedenom, većina autora slaže se da komunikacijske kompetencije čine znanje, ponašanje, vještine, motivacija i stavovi.

Bakić-Tomić (2015) komunikacijske kompeticije definira „kao mogućnosti adaptacije poruke interakciji i kontekstu, pri čemu povratna informacija služi kao informacija o (ne)uspješnosti te adaptacije." Komunikacijske kompetencije čine četiri elementa:

1. uvježbavanje komunikacijskih kompetencija koje ovise o dostupnosti repertoara relevantnih iskustava,

2. kritički izbor relevantnih iskustava od strane pojedinca,
3. realizacija pojedinih zadaća ili ciljeva uz pomoć novih iskustava, obogaćujući tako svoj repertoar iskustava,
4. mogućnost objektivnog vrednovanja promjena. (Bakić-Tomić, 2015).

Zvonarek (2012) navodi da je za stjecanje vještina komunikacije potrebna životna ili umjetna socijalna situacija koja zahtijeva komunikaciju i omogućuje uvježbavanje socijalnih vještina, ali bez opasnosti od doživljaja neugode i postiđenosti, odbacivanja ili gubitka osjećaja vlastite vrijednosti, a kao najvažnije vještine komunikacije ističe:

1. Vještine uspostavljanja komunikacije:

- pružanje ruke, smiješak, naklon, uspostavljanje kontakta očima, predstavljanje;
- uočavanje i komentiranje pozitivne značajke sugovornika;
- uočavanje i komentiranje zajedničke ili suprotne značajke sugovornika;
- empatija i uočavanje mogućih interesa sugovornika;
- davanje komplimenata sugovorniku;
- primanje komplimenata od sugovornika.

2. Vještine jasne komunikacije:

- naizmjeničnost u komunikaciji (poštovanje pravila: kad jedan govori, ostali šute);
- aktivno slušanje: obraćanje pozornosti na ono što se govori, pažljivo primanje svih verbalnih i neverbalnih poruka; zaključivanje o osjećajima govornika;
- parafraziranje: nalaže da sudionik razgovora mora svojim riječima sažeti ili objasniti što mu je sugovornik rekao, a ako sugovornik nije razumio poruku govornika, ista se mora ponovno rezimirati, sve dok se govornik ne složi da je drugi sugovornik potpuno razumio njegovu izjavu;
- empatičko slušanje: predstavlja kombiniranje aktivnog slušanja i parafraziranja, a postiže se uživljavanjem u sugovornikove emocije i namjere koje proizlaze iz onoga što je rekao;
- održavanje otvorene komunikacije: odnosi se na postavljanje pitanja „otvorenog tipa“, a ne zatvorenih pitanja na koja se može odgovoriti samo s Da ili Ne te na izbjegavanje preuranjenog zaključka, savjeta ili kritike, što omogućuje učinkovitiju raspravu i bolja rješenja.

3. Prekidanje komunikacije:

- prekidanje komunikacije na neuvredljiv način;
- prekidanje komunikacije uz otvaranje mogućnosti za budući nastavak komunikacije. (Zvonarek, 2012).

3.2.4. Komunikacijske kompetencije u kliničkoj praksi

Sorta-Bilajac i Sorta (2013) navode kako je za rad u medicini jedna od temeljnih vještina komunikacija koju zdravstveni profesionalci uspostavljaju s pacijentima. U obrazovanju zdravstvenih djelatnika za klinički rad posebnu pažnju treba posvetiti i razvijanju komunikacijskih sposobnosti, s posebnim naglaskom na empatijsko komuniciranje i razvijanje dijaloga. Smatra se da se tek na razini empatijskog komuniciranja ostvaruje odnosno djelovanje. „Kada osobe koje su u odnosu empatijski međusobno komuniciraju, tada se može ostvariti najviši stupanj interakcijske povezanosti u komunikaciji. Na tom stupnju komuniciranja ostvaruje se zapravo ideal ljudske komunikacije, a to je dijalog.“ (Sorta-Bilajac i Sorta, 2013; str. 587). U Tablici 2. prikazani su stupnjevi interakcijske povezanosti u komunikaciji.

Tablica 2. Stupnjevi interakcijske povezanosti u komunikaciji

STUPNJEVI INTERAKCIJSKE POVEZANOSTI	KOMUNIKACIJSKA AKTIVNOST
Fizička prisutnost	• neverbalna komunikacija • različiti stupnjevi unutarnje povezanosti
Akcijsko-reakcijsko komuniciranje	• pitanje-odgovor • bez unutarnje povezanosti • proces informiranja – bez utjecaja
Empatijsko komuniciranje	• uživljavanje u drugoga • prilagođavanje komunikacije onima s kojima komuniciramo • informiranje i utjecanje
Dijalog	• obostrano empatijsko komuniciranje • međusobno utjecanje – ideal ljudske komunikacije

Izvor: Sorta – Bilajac i Sorta (2013).

Analizirajući komunikacijsku teoriju Paula Watzlawicka, Sorta-Bilajac i Sorta (2013) ističu kako uspješnost komuniciranja u kliničkoj praksi ovisi od stupnja interakcije među komunikatorima i pravilnog „čitanja“ sadržajnog i odnosnog aspekta poruke. „Velika važnost interakcije i komunikacije u sustavu medicine i zdravstva očituje se upravo u činjenici da se komunikatori (primaoci i davaoci poruka) nalaze u specifičnom međuodnosu. U tom odnosu pacijent mijenja ulogu iz davaoca u primaoca poruka, bivajući čas jedno, čas drugo, često istodobno, međutim, uvijek ostaje u zavisnom i, može se reći, komunikacijski inferiornom položaju u odnosu na zdravstvenog djelatnika. Stoga je, primjerice, u procesu sestrinske njege, u komunikaciji medicinska sestra-pacijent, važno poznavati ne samo načine na koje se kodiraju, emitiraju i dekodiraju ljudske poruke, već i mehanizme koji na to utječu, jer postoje individualne i socijalno-kulturne determinante komuniciranja.“ (Sorta-Bilajac i Sorta, 2013; str. 588).

S obzirom na razinu interakcije u komunikaciji Sorta-Bilajac i Sorta (2013) navode četiri komunikacijske „pozicije“ unutar kojih se odvija komunikacija u kliničkoj praksi:

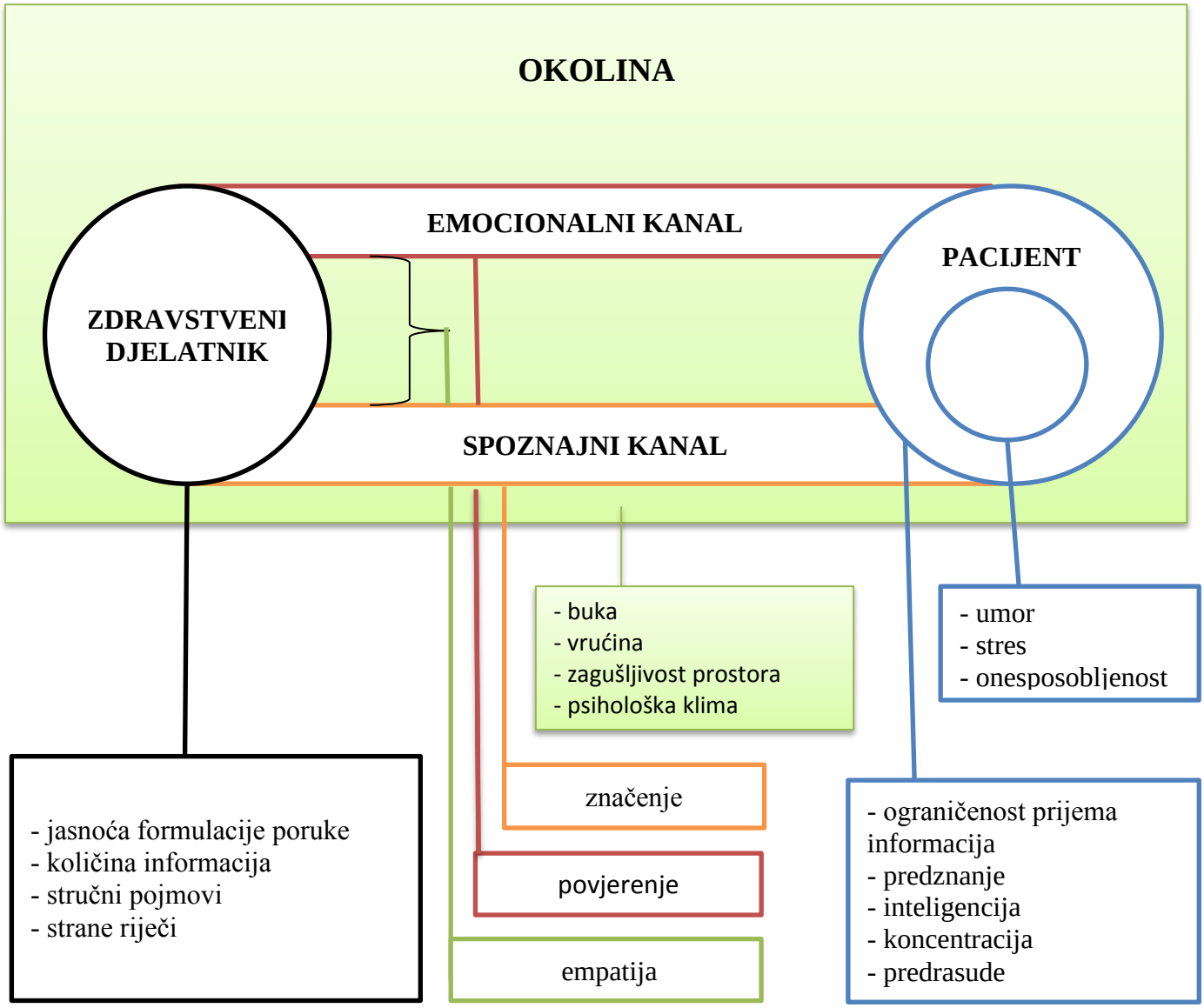
1. **Kooperativno komuniciranje *(ja sam OK; ti si OK)*** – zdravstveni djelatnik prema pacijentu se odnosi s uvažavanjem, razumijevanjem i strpljivošću, te sve rješava suradnjom i usuglašavanjem.
2. **Inferiorno komuniciranje *(ja nisam OK; ti jesi OK)*** – u odnosu prema pacijentu zdravstveni djelatnik ponaša se nesigurno, ne vjeruje u sebe i svoje sposobnosti.
3. **Superiorno komuniciranje *(ja sam OK; ti nisi OK)*** – u odnosu prema pacijentu zdravstveni djelatnik ponaša se „s visine“, omalovažava ga i podcjenjuje; u zdravstvenom timu takva osoba sklona je nametanju autokratizma i strahopoštovanja.
4. **Osporavajuća komunikacija *(ja nisam OK; ti nisi OK)*** – sasvim disfunkcionalna komunikacija u kliničkom radu, to je tzv. nihilističko komuniciranje, koje spada u najnepoželjnije „pozicije“ komuniciranja i u kojem ne postoje niti vrijednosti niti ciljevi.

Prema navedenom, kooperativno komuniciranje predstavlja najpoželjniji način komuniciranja u kliničkom radu s pacijentima. Za kvalitetno komuniciranje s pacijentom jednako je važan proces davanja i primanja poruka, odnosno sposobnost aktivnog slušanja, što podrazumijeva i slušati drugoga i razumjeti o čemu govori, suosjećati s njim te mu pokušati pomoći u

rješavanju problema. Kako bi se takva komunikacija ostvarila, zdravstveni djelatnici trebaju uspostaviti pozitivan i brižan odnos s pacijentima te imati osjećaj za prepoznavanje i ostvarivanje pacijentovih potreba.

Učinkovita komunikacija između zdravstvenog djelatnika i pacijenta te članova njegove obitelji predstavlja iznimno važan aspekt u liječenju, posebno kod savjetovanja i edukacije pacijenata. Ne smije se zaboraviti ni važnost primjerene komunikacije unutar zdravstvenog tima. Komunikacija je vještina i kao takva može se usvajati i razvijati, te do izražaja treba doći u programima obrazovanja zdravstvenih djelatnika.

Jasna komunikacija, bilo u kliničkoj praksi pri savjetovanju i edukaciji pacijenata ili u obrazovanju zdravstvenih djelatnika, ovisi o jasnoći formulacije poruke, količini informacija, primjeni stručnih pojmova i stranih riječi. S druge strane, razumljivost odaslane poruke od strane zdravstvenog djelatnika prema pacijentu i članovima njegove obitelji ili u procesu obrazovanja prema učenicima i studentima, ovisi o ograničenim mogućnostima prijema informacija, predznanju, inteligenciji, koncentraciji ili predrasudama. Također, kod pacijenata se mogu pojaviti ograničenja u komunikaciji kao što su umor, stres i onesposobljenost. Slika 5. prikazuje model komunikacijskog procesa u kliničkoj praksi, koji se može primijeniti i u komunikaciji između zdravstvenih djelatnika i učenika i studenata tijekom obrazovanja.



Slika 5. Komunikacijski proces u kliničkoj praksi te kod obrazovanja zdravstvenih djelatnika

Izvor: Staničić (2000).

Komunikacijske kompeticije te propozicije po kojima zdravstveni djelatnici razvijaju odnos i komunikaciju s korisnicima zdravstvenih usluga trebaju se temeljiti na istraživačkim i empirijskim konceptima. Učinkovita komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenata stvara veće mogućnosti za uspješnu suradnju tijekom postupaka liječenja i rehabilitacije. Komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenata bit će uspješna i

kvalitetna u onolikoj mjeri koliko su zdravstveni profesionalci svjesni njezine važnosti. Razvoj komunikacijskih kompetencija temelji se na cjeloživotnom istraživanju i učenju. Svaki zdravstveni djelatnik dužan je svoje profesionalne kompetencije razvijati kroz oblike formalnog i neformalnog obrazovanja. U svom kliničkom radu zdravstveni djelatnici moraju biti otvoreni i spremni za promjene te motivirani za cjeloživotno učenje i neprestani profesionalni razvoj.

U SAD-u i razvijenim državama zapadne Europe komunikacijske vještine u medicini uče se tijekom formalnog obrazovanja zdravstvenih profesionalaca, kao i kasnije tijekom trajnog usavršavanja. U svrhu razvoja istraživanja, edukacije i primjene komunikacijskih vještina u kliničkoj praksi, osnovane su međunarodne i nacionalne organizacije koje se bave komunikacijom u zdravstvu. Najpoznatije su: Američka akademija za komunikaciju u zdravstvu (*American Academy for Communication in Health Care - AACH*) te Europsko udruženje za komunikaciju u zdravstvu (*International Association for Communication in Healthcare - EACH*).

Američka akademija za komunikaciju u zdravstvu (AACH) bavi se preko 40 godina istraživačkim, obrazovnim i profesionalnim standardima u komunikaciji između pacijenta i zdravstvenih djelatnika. Cilj rada ove Akademije je pomagati zdravstvenim djelatnicima i pacijentima, kao i studentima i nastavnicima, kako bi postigli što učinkovitiji odnos i komunikaciju u kliničkoj praksi. AACH ima svoje korijene u Radnoj skupini za medicinski intervju, koja je osnovana 1978. godine; AACH je službeno utemeljena i organizirana 1993. godine od strane vodstva navedene radne skupine s osnovnom zadaćom poboljšanja učinkovitosti zdravstvene skrbi s fokusom na obrazovanje medicinskog kadra te istraživanja vezano za komunikaciju u kliničkoj praksi.

Međunarodno Europsko udruženje za komunikaciju u zdravstvu (EACH) postoji kako bi pružilo potporu i pomoć u svim pitanjima vezanim za komunikaciju u zdravstvu. Glavni cilj ove organizacije je promicanje učinkovite komunikacije u kliničkoj praksi koja je usmjerena na pacijenta, pacijentovu obitelj te zdravstvene djelatnike diljem svijeta. Aktivnosti EACH-a svrstane su u tri područja te ih nadziru tri glavna odbora organizacije:

- istraživanje komunikacije u medicini (putem rEACH odbora),
- edukacija o komunikaciji u medicini (putem tEACH odbora),
- primjena komunikacije u kliničkoj praksi (putem pEACH odbora).

EACH je službeno osnovan u rujnu 2001. godine od strane Joziena Bensinga i Sandre van Dulmen iz NIVEL-a (nizozemskog Instituta za istraživanje zdravstvenih usluga), u suradnji s istraživačima, medicinskim edukatorima i praktičarima iz osam europskih zemalja. EACH je pokrenut kao neprofitna organizacija za obrazovanje i savjetovanje svih zainteresiranih koji su aktivni bilo u istraživanjima bilo u obrazovanju učenika i studenata, a vezano za komunikaciju u medicini, s ciljem uspostavljanja što učinkovitije zdravstvene skrbi. Cilj rada EACH-a je promicanje učinkovite zdravstvene komunikacije koja je usmjerena na odnos između zdravstvenih djelatnika i pacijenata, zdravstvenih djelatnika i članova obitelji pacijenata, kao i na odnos unutar zdravstvenog tima. Osnovne strategije rada EACH-a za postizanje navedenog cilja su sljedeće:

1. Promicanje razvoja istraživanja i obrazovanja za komunikaciju u zdravstvu kako bi se poboljšala kvaliteta komunikacije u zdravstvu na globalnoj razini i time poboljšali rezultati ishoda liječenja.
2. Omogućavanje razmjene znanja i širenja nastave i istraživanja među istraživačima i nastavnicima koji se bave komunikacijom u zdravstvu, kako bi se poboljšala kvaliteta komunikacije u zdravstvu i time poboljšalo iskustvo pacijenata i njihovih obitelji.
3. Širenje znanja o učinkovitoj komunikaciji između zdravstvenih djelatnika i pacijenata te njihovih obitelji, na temelju kojih bi se razvile smjernice u kliničkoj praksi te poboljšalo obrazovanje za pružanjem zdravstvenih usluga koje uključuju zajedničku odgovornost i donošenje odluka.
4. Razvijanje aktivne svjetske mreže istraživača, nastavnika i kliničara posvećenih poboljšanju iskustva pacijenata u području komunikacije u zdravstvu.

Kako bi se navedene strategije provele u praksi, EACH organizira međunarodne konferencije o istraživanju i edukaciji komunikacije u zdravstvu; organizira radionice, tečajeve i sastanke o specifičnim istraživačkim i nastavnim komponentama komunikacije u medicini za nastavnike i istraživače; surađuje s postojećim mrežama i udrugama slične namjene; osigurava stipendije za istraživače i nastavnike kojima im omogućuje pristup različitim edukacijskim programima; objavljuje istraživačke radove u znanstvenom časopisu *Patient Education and Counseling*; provodi terenske posjete zemljama koje nemaju uspostavljene obrazovne programe komunikacije i nastave komunikacije u zdravstvu te promiče najbolju praksu komunikacije u zdravstvu s drugim lokalnim i nacionalnim organizacijama.

3.3. SLUŠANJE, POVRATNE INFORMACIJE I BARIJERE U KOMUNIKACIJI

Dobra komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenata te članova njihovih obitelji neophodna je za uspješan ishod zdravstvene skrbi. Komunikacija je temeljna kompetencija zdravstvenih djelatnika u svim kliničkim područjima djelovanja, kao i u svim područjima intervencija – kao što su prevencija bolesti i ozljeda, dijagnostika, terapijski postupci, rehabilitacija, edukacija pacijenata i promicanje zdravlja. Dobra komunikacija ovisi o tomu koliko se osobe u razgovoru razumiju. Komunikacija u kliničkom radu nikada nije jednosmjerna. To je interakcija u kojoj su osobe u razgovoru i davatelji informacija i slušatelji (Kourkouta i Papathanasiou, 2014). Davanje i primanje poruka u komunikaciji temelji se na subjektivnim sposobnostima i percepciji pojedinca. Posebnu pozornost u komunikaciji s pacijentima treba se posvetiti korištenju stručnih izraza i medicinske terminologije, jer često se događa da pacijent pripisuje različita tumačenja za ono što čuje ili ne može razumjeti što je točno značilo ono što mu je rečeno od strane zdravstvenog djelatnika, čime se povećava stres te se otežava komunikacija. U ovom će se poglavlju razmatrati teme:

- **Vještina slušanja**
- **Povratne informacije**
- **Komunikacijske prepreke**
- **Laganje u komunikaciji**

3.3.1. Vještina slušanja

Slušanje se može definirati kao namjeran proces kroz koji nastojimo razumjeti i zadržati zvučni (čulni) podražaj. Za razliku od sluha, slušanje ovisi o složenom skupu vještina koje treba stjecati. Dok sluh jednostavno presreće informacije i istim se ne može manipulirati, slušanje zahtijeva da aktivno, svjesno nastojimo shvatiti i sjetiti se onoga što smo čuli (Jukić i Nadrljanski, 2015). Dakle, slušanje je vještina komunikacije te kao i druge vještine zahtijeva trening i praksu. Slušanje utječe na sve vrste komunikacije. Kroz svakodnevni život i dok se krećemo od osobe do osobe, od formalnih razgovora do slučajnih razgovora, stalno smo

pozvani da slušamo. Očekuje se da ćemo slušati druge kad god smo u kontaktu s prijateljima i poznanicima licem u lice, razgovaramo telefonom ili dok sudjelujemo na sastancima.

Brajša (1993) definirajući vještinu slušanja prema teoriji Schulz von Thuna (1984) navodi da sugovornike treba slušati s „četiri uha“: „Prvo je usmjereno na njihovu osobu. Uvijek nas zanima tko nam šalje poruku, kakav je to čovjek posrijedi. Drugo je usmjereno na sadržaj njihovih poruka, želimo čuti i razumjeti o čemu se govori. Treće je usmjereno na njihov odnos prema nama, vodeći računa o tome kako se s nama razgovara i kako se prema nama ponašaju. Četvrto je uho usmjereno na utjecaj poruka. Kako treba reagirati na te poruke, što učiniti, kako se ponašati nakon primanja poruka? Obično smo svjesni samo drugog „uha“. Međutim, prihvaćanje ili neprihvaćanje onog što smo čuli (sadržaj poruke) bitno ovisi o onome što smo čuli prvim, trećim i četvrtim uhom. Kao pošiljatelji poruke malokad vodimo računa o tome da smo uvijek slušani sa sva četiri uha od strane naših sugovornika, te da osim o sadržaju koji prenosimo, moramo voditi računa i o sebi, svojem odnosu prema sugovornicima, ali i prema sadržaju, te o svojem utjecaju na sugovornike“ (Brajša, 1993; str. 64).

S obzirom na četiri komunikacijske vještine – čitanje, pisanje, govor i slušanje – Gamble i Gamble (2013) navode da u prosjeku svakodnevno provodimo između 42 i 53% vremena slušajući u komunikaciji, od 16 do 32% vremena koristimo za govor, 1,5 do 17% vremena potrošimo na čitanje te samo 9 do 14% na pisanje – što pokazuje da osoba najviše vremena potroši na slušanje u odnosu prema drugim vještinama komunikacije. Unatoč tim brojkama, potrebno je postaviti pitanje učinkovitosti vještine slušanja. Većina ljudi procjenjuje da slušaju s točnošću od 70 do 80 posto. To znači da vjeruju da mogu slušati druge i točno zadržati 70 do 80 posto informacija od onoga što je rečeno. Međutim, prema istraživanjima Ralpha Nicholsa (1956) većina nas zapravo učinkovito sluša samo 25%, tj. umjesto da zadržimo 75% onoga što čujemo, ta se količina informacija izgubi (Gamble i Gamble, 2013).

Prema komunikacijskom teoretičaru Williamu Haneyu (1973; prema Gamble i Gamble, 2013), često se susrećemo s problemima kada koristimo serijsku komunikaciju ili transmisijski lanac za prijenos poruka. U serijskoj komunikaciji, osoba 1 šalje poruku osobi 2; osoba 2 tada priopćava svoju percepciju osobne poruke (ne i osobnu poruku) osobi 3, koja nastavlja proces. Kad god jedna osoba govori ili prenese poruku drugoj osobi, poruka se javlja u četiri različita oblika:

1. poruka kakva postoji u umu govornika (njegove ili njezine misli),
2. poruka kakva je izgovorena (zapravo kodirana od strane govornika),
3. poruka kakva se interpretirala (dekodirana od slušatelja),
4. poruka kakva je u konačnici zapamćena (osobna selektivnost) (Gamble i Gamble, 2013).

Poruka dok putuje transmisijskim lancem od osobe do osobe postaje iskrivljena do čak 80 posto. Najčešći razlozi iskrivljene poruke su to što iste u izvornom obliku sadrže složene, zbunjujuće informacije koje obično želimo pojednostaviti. Kao rezultat toga, nesvjesno izbrišemo podatke iz poruka koje primamo prije daljnjeg prenošenja tih poruka drugima (Gamble i Gamble, 2013).

Kao što sami želimo u svakodnevnoj komunikaciji biti saslušani, tako i naši sugovornici očekuju da ih saslušamo. Za uspješnu komunikaciju bitno je znati dobro prenositi jasne i razumljive informacije govorom, ali isto i aktivno i učinkovito saslušati sugovornika. Učinkovito slušati znači htjeti biti aktivni primatelj poruke, usmjeravati pozornost na poruke, provjeravati značenje poruke, tražiti objašnjenja te postavljati pitanja.

„Osnovna značajka aktivnog slušanja sastoji se u aktivnosti slušača kojom sebi i govorniku pomaže u razjašnjavanju primljenih poruka. Naime, poruke u nekom razgovoru često su neprecizna ili apstraktne, a da to govornik ni ne osjeća. K tome, ni njemu samome ne mora biti posve jasno „što zapravo želi reći“. Osnovna tehnika aktivnog slušanja sastoji se u postavljanju pitanja i potpitanja, bilo da to slušač čini na izravan ili na neizravan način parafraziranjem“ (Leinert-Novosel, 2015; str 123).

Postavljanjem pitanja od strane slušatelja govornik je sam prisiljen biti precizniji u svojim izjavama, a često mu to pomaže da „pronađe“ i vlastitu misao koju žeći reći. Međutim, nije uputno da se uvijek i pod svaku cijenu od strane slušatelja postavljaju pitanja govorniku. Izravna pitanja o osjetljivim temama mogu kod govornika izazvati negativnu reakciju, nelagodu i nepovjerenje, što može rezultirati i prekidom komunikacije. Iz tog razloga u komunikaciji slušatelji mogu postavljati neizravna pitanja koja se postavljaju parafraziranjem smisla ili sadržaja govornikovih izjava. Slušač, dakle, upitno ponavlja ono za što misli da je govornik htio reći, naglašavajući intelektualni ili emocionalni sadržaj poruke. „Ukoliko sadržaj svojih dotadašnjih izjava vidi drugačije, govornik ispravlja, a ukoliko se slaže, on potvrđuje slušačevu interpretaciju. U oba slučaja on time sebi i slušaču pojašnjava vlastite

misli. Ujedno dobiva poticaj za nastavak ili proširenje svoga izlaganja, kad osjeti da nije bio dovoljno jasan, specifičan ili eksplicitan“ (Leinert-Novosel, 2015; str. 124).

Jukić i Nadrljanski (2015) ističu da slušatelji za primjenu aktivnog slušanja trebaju udovoljiti određenim zahtjevima:

- Slušatelj treba željeti čuti sugovornika i odvojiti potrebno vrijeme da bi ga saslušao.
- Koliko god je moguće, slušatelj se treba staviti u poziciju sugovornika kako bi lakše razumio poruke.
- Slušatelj treba htjeti i biti u mogućnosti pomoći sugovorniku ako on tu pomoć traži.
- Slušatelj treba prihvatiti osjećaje koje sugovornik izražava u komunikaciji.
- Slušatelj treba zadobiti povjerenje sugovornika kako bi uspješno riješio mogući problem.
- Slušatelj treba prihvatiti da su osjećaji trenutni te da se mijenjaju u drugim okolnostima (mržnja može prerasti u ljubav).
- Sugovornika treba prihvaćati i promatrati kao drugačiju osobu, jer je svaka osoba individua za sebe, drugačija po emocijama, motivima, sposobnostima, navikama, po iskustvu.

Posebna vrsta aktivnog slušanja koja je korisna u kliničkom radu i u komunikaciji između zdravstvenih djelatnika i pacijenata te njihovih obitelji je **empatijsko slušanje**. Cilj empatijskog slušanja je razumjeti osjećaje i stajališta druge osobe. To, primjerice, može biti slušanje o problemima koje je bolest prouzročila u svakodnevnim aktivnostima ili razgovor s članovima pacijentove obitelji o problemima koje bolest uzrokuje ili može prouzročiti. Empatijskom komunikacijom i slušanjem pomaže se osobama koje traže pomoć da ponovno uspostave emocionalnu ravnotežu, jer ih se razumije na njima adekvatan način, odnosno jasno i pristupačno im se pojasni situacija s kojom se suočavaju.

Prema Danielu Golemanu (1997), empatični slušatelji u razgovoru stavljaju naglasak na druge, a ne na sebe. Slušaju sa stajališta govornika, koristeći tri različite vještine kako bi se to postiglo: **empatičnu reakciju** (doživljaj emocionalnog odgovora koji odgovara emocijama druge osobe), **perspektivu** (stavlja se u „cipele druge osobe“) te **osobnu reakciju** (osjećaj brige za situaciju s kojom se druga osoba suočava). Ako se koristi samo osobna reakcija, takvo slušanje neće biti empatično slušanje. Ako se žele pokazati osjećaji za osobu s kojom se

razgovara, bez korištenja perspektive i empatične odgovornosti ne može se suosjećati s drugom osobom.

Kada empatično i aktivno slušamo, kognitivno se pridružujemo iskustvima drugih. Empatični slušatelji se jako oslanjaju na dvije komunikacijske vještine: sposobnost čitanja neverbalnih znakova drugih, uključujući njihov kontakt očima, fizički kontakt (dodirivanje) i izraze lica, te sposobnost korištenja vještine aktivnog slušanja uz tehniku parafraziranja – neka oni koji govore znaju da je slušatelju stalo do razumijevanja i odgovora na izražene osjećaje. Kada se kod slušanja parafrazira, znači da se ta osoba stavlja na mjesto govornika kako bi razumjela osjećaje govornika i vratila govorniku ono što smatra da je govornik rekao u poruci, što znači da slušatelj internalizira i odražava verbalni sadržaj poruke, kao i osjećaj govornika (Gamble i Gamble, 2013).

Prema Leinert-Novosel (2015) postoje brojni neverbalni znakovi odsutnosti aktivnog slušanja koji otkrivaju da sugovornici nisu dovoljno uključeni u komunikaciju. To mogu biti umor, emocionalni afekti, skretanje pogleda od sugovornika i gledanje u okolinu, upadanje u riječ sugovorniku, gledanje na sat ili mobitel i sl., a javljaju se kada slušamo, ali zapravo ne čujemo što je sugovornik rekao. Uzroci koji dovode do slabog i neučinkovitog slušanja mogu biti:

- Razlika između tempa govorenja, nasuprot tempu slušanja. Prema podacima za engleski jezik, prosječna osoba govori tempom od 100 do 140 riječi u minuti, dok je tempo slušanja do 600 riječi u minuti. Tako slušateljima ostaje puno vremena za vlastite misli.
- Ako slušatelj vjeruje da od govornika ne može čuti ništa novo, ništa važno ili ako vjeruje da će mu poruka biti neinteresantna i nerazumljiva.
- Ako se slušatelj nalazi u informacijskoj preopterećenosti, naporu koji treba uložiti u slušanje, a za koji možda nema dovoljno energije ili su prisutni ometajući faktori kao što su buka u okolini, druge aktivnosti koje slušatelj obavlja ili ima osobne probleme (Leinert-Novosel, 2015).

Neslušati se može na različite načine. Leinert-Novosel (2015) te Jukić i Nadrljanski (2015) navode kako postoji čak šest načina neslušanja.

- **Pseudoslušanje** – Sadržaj poruke koju šalje sugovornik slušatelja ne zanima, ali iz poštovanja prema sugovorniku pravi se da ga sluša i da ga tema zanima. Slušatelj je usredotočen na govor, ali ipak ne sluša sugovornika. On gleda sugovornika u oči i sve

što ovaj govori odobrava kimajući, slušatelj se smiješi kad to treba, postavlja i potpitanja, iako su mu misli daleko od razgovora.

- **Jednoslojno slušanje** – naziva se i neosjetljivim slušanjem gdje se u komunikaciji prima samo jedan dio poruka, primjerice verbalni, dok se neverbalni znakovi zanemaruju. Takvi slušatelji se izlažu pogrešnim interpretacijama, jer poruku percipiraju doslovno. Ako govornik kaže kako je nešto napravio, no pri tome istovremeno neverbalno mimikom pokazuje da misli upravo obrnuto, neosjetljivi slušač to ne primjećuje te je tako za njega poruka iskrivljena.
- **Selektivno slušanje** – Slušatelj obraća pažnju samo na informacije koje ga posebno zanimaju ili na ono što je njemu posebno važno, uz istovremeno preskakanje svega ostaloga. Međutim, upravo ono što netko smatra nebitnim, kasnije se može pokazati bitnim.
- **Selektivno odbacivanje** – Ovdje se slušatelj usredotočuje na teme koje ne želi čuti (a ne na onu koju će odabrati za slušanje). Kad se u razgovoru pojavi nezanimljiva tema, slušač ju jednostavno prečuje. Ovakvi slušatelji ubrzo počnu iritirati svoje sugovornike, pogotovo ako im je tema koju slušatelji preskaču važna.
- **Otimanje riječi** – Dok druga osoba govori, slušatelji su nestrpljivi, žele što prije doći do riječi. Površno slušaju, samo toliko da bi mogli što prije dobiti prigodu da govore. Takav slušatelj najčešće ne zna što sugovornik želi reći, tako da ga sugovornici doživljavaju kao nametljivu osobu.
- **Obrambeno ili defanzivno slušanje** – javlja se kod ljudi koji se u razgovoru osjećaju ugroženo i loše. Takvi slušatelji skloni su često tuđe izjave interpretirati kao napad na koji treba reagirati obranom te time sprječavaju svaki normalni tijek razgovora.

Međunarodno udruženje slušatelja (eng. *International Lietening Association* – ILA) definiralo je pojam slušanja kao proces primanja, konstruiranja značenja i odgovaranja govornim i/ili neverbalnim porukama. Unatoč konsenzusu o važnosti slušanja kao bitnoj vještini unutar komunikacijskih kompetencija, iznenađujuće malo pažnje posvećeno je njegovoj definiciji u kliničkim uvjetima, kao i pretpostavljenoj ulozi ove vještine u zdravstvenoj skrbi pacijenata (Jagosh i sur., 2011).

Slušanje je temeljna i složena komunikacijska vještina u kliničkoj praksi zdravstvenih djelatnika. Aktivno slušanje pacijenata sve je više prihvaćeno kao komunikacijska vještina i

sastavni je dio dobre medicinske prakse i to zbog dvije promjene koje su se dogodile u sustavu zdravstva u posljednjih nekoliko desetljeća s obzirom na ulogu i funkciju medicinskog osoblja. Prvi pomak dogodio se u prevalenciji bolesti od prijašnjih akutnih i zaraznih bolesti do današnjih kroničnih, složenih i često degenerativnih ili neizlječivih bolesti i stanja. Drugi pomak dogodio se zbog sve veće složenosti pružanja zdravstvenih usluga, što je povezano s napretkom u biomedicinskom znanostima i s razvojem medicinske tehnologije. S obzirom na te pomake, bitno je razumjeti zašto je slušanje liječnika važno i kako to može pridonijeti kliničkim ishodima i zadovoljstvu pacijenata. Iz tog razloga potrebno je unaprijediti edukaciju zdravstvenih djelatnika vezano za komunikacijske vještine (Jagosh i sur., 2011).

Slušanje podrazumijeva i davanje povratne informacije sugovorniku uz učinkovitu raspravu na temelju uzajamnog poštovanja između zdravstvenog djelatnika i pacijenta, kako bi se pružila optimalna zdravstvena usluga. Međutim, zbog različitih bolničkih protokola i postupaka dokumentiranja u suvremenom kliničkom radu u velikim bolničkim centrima, zdravstvenim djelatnicima često nedostaje vremena za učinkovito slušanje o zdravstvenim problemima korisnika medicinskih usluga (Mowat i sur., 2013). Jagosh i sur. (2011) proveli su istraživanje o percepciji pacijenata o važnosti slušanja u kliničkom radu liječnika te ističu kako se vještina slušanja u kliničkoj praksi koristi:

1. Kao vještina kod prikupljanja kliničkih podataka, dijagnostičkih postupaka te definiranja terapijskih ciljeva i izbora terapijskih intervencija. Vještina slušanja pacijenata važna je za dobro promatranje znakova i simptoma bolesti. Problem često postoji kod slučajeva kada se liječnici više oslanjaju na informacije iz „druge ruke“ (stvaraju mišljenje, primjerice, na temelju ranije formuliranih medicinskih nalaza pacijenata) nego na informacije kroz koje anamnezu dobivaju od pacijenta, odnosno iz „prve ruke“.
2. Kao ljekovito i terapeutsko sredstvo. Važnost vještine slušanja pacijenata povezana je s terapeutskim učinkom. Kada liječnik i drugi zdravstveni djelatnici pažljivo slušaju pacijente, to kod pacijenata smanjuje strah i stres koji mogu i pogoršati zdravstveno stanje. Isto tako, nedostatak vremena za razgovor i loše slušanje zdravstvenih djelatnika može imati štetan učinak na zdravlje pacijenata, smanjiti njihovo samopouzdanje i vjeru u terapijske postupke.

3. Slušanje kao sredstvo jačanja komunikacijskog odnosa između zdravstvenih djelatnika i pacijenata. Aktivno slušanje stvara uvjete za dobru komunikaciju između zdravstvenog djelatnika i pacijenta, što potiče učinkovitije liječenje i brži oporavak.

3.3.2. Povratne informacije

Povratna informacija (eng. *feedback*) čini temelj komunikacijskog procesa, a sastoji se od poruke koju primatelj poruke vraća, što omogućuje pošiljatelju poruke da prepozna kako je točno primljena, kao i reakciju sugovornika. Kada se komunikacijski *feedback* ne dogodi, proces komunikacije naziva se jednosmjernom komunikacijom. Dvosmjerna komunikacija događa se kada postoji povratna informacija i takva je komunikacija uvijek poželjnija. Vrste povratne informacije variraju od izravnih usmenih izjava poput, primjerice, zamolbe: *Recite to opet, ne razumijem!*, pa do poruka neverbalne komunikacije kroz izraze lica ili promjene u držanju tijela, a koje mogu vrlo jasno upozoravati pošiljatelja poruke na to kako se osjećaju osobe koje primaju poruke u smislu percepcije i emocija.

Danas u svakodnevnim razgovorima najčešće prevladavaju povratne informacije koje se izražavaju neverbalno. Na poruke reagiramo mimikom, gestama, pokretima tijela, pogledom. Takve povratne poruke u komunikaciji su višeznačne i neprecizne te se mogu pogrešno protumačiti, a mogu biti i izvor mnogih nesporazuma ili nepotrebnih sukoba.

Samo jasno i jednoznačno verbalizirane poruke prepoznatljivim riječima mogu sigurno stići do sugovornika. Kod davanja povratnih informacija u razgovoru iste treba prilagoditi sugovorniku s obzirom na njegove sposobnosti. Za adekvatno razumijevanje poruka od velike je važnosti mjesto i vrijeme, odnosno kada i gdje se informacije daju ili traže. Mnogi ne vode o tome računa te u krivo vrijeme i na krivome mjestu odašilju i traže povratne informacije, što može rezultirati prekidom razgovora.

Brajša (1993) navodi kako se u komunikaciji koristimo boljim i lošijim oblikom komunikacijskog *feedbacka*. „Lošiji oblik slanja povratnih informacija je: neverbalan (višeznačan, s opasnošću od pogrešnog tumačenja), negativan (ističe samo pogreške), neprilagođen sugovorniku (bez vođenja računa o tome da li nas sugovornik može razumjeti), generaliziran (odnosi se na cjelokupno ponašanje i čitavu sugovornikovu osobnost), ocjenjivački (dijeljenje etiketa, dijagnoza i procjena), nejasan (ne može se otkriti što se njime

želi reći), previše subjektivan (oslanja se samo na vlastita neprovjerena mišljenja i osjećaje), nerealan (ne odgovara stvarnosti), nepotpun (selektivan, karikirajući, nepravedan), indirektan (izražen zaobilaznim putem, ne govoreći izravno o temi komunikacije), posredan (preko treće osobe), neiskren (ne odgovara našemu stvarnom mišljenju), naknadan („sačuvan“ i upotrijebljen naknadno kada nam to odgovara – zloupotrijebljen), nepravodoban (u trenutku kada ga sugovornik ne može čuti, razumjeti, upotrijebiti), mijenjajući drugoga (sa svrhom da promijenimo stav ili mišljenje sugovornika), destruktivan (otežava rješavanje problema ili konflikta vrijeđajući sugovornika i udaljavajući ga od nas i od problema, uništava komunikaciju), zlonamjeran (sa skrivenom svrhom da naškodi sugovorniku), neupotrebljiv (praktično neprimjenjiv, suvišan), nametnut (davan na silu, protiv sugovornikove volje), nekontaktibilan (ofenzivno-defenzivan, sa svrhom da brani ili napada, a ne da održava kontakt), jednostran (informacije dajemo, ali ih ne želimo i sami primati).“ (Brajša, 1993; str. 58-59).

„Bolji oblik komunikacijskog *feedbacka* jest verbalan (izražen riječima koje mogu osigurati jednoznačnost), pozitivan (prepoznaje i pozitivno naglašava), prilagođen sugovorniku (vodi računa o tome da bude razumljiv za određenog sugovornika), konkretan (odnosi se na konkretno ponašanje, konkretnu sekvencu komunikacije), opisan (opisuje, a ne ocjenjuje ponašanje), jasan (može se točno shvatiti što se želi kazati), objektivan (iznosi ono što je provjereno u dijalogu sa sugovornikom), realan (odgovara stvarnosti), potpun (uzima u obzir sve elemente događanja), direktan (izravno vezan za temu, sadržaj komunikacije), neposredan (upućen onome na koga se odnosi), iskren (odgovara onome što doista mislimo i osjećamo), pravodoban (davan u vrijeme kada ga je sugovornik spreman čuti, razumjeti, prihvatiti i voljan o tome razgovarati), informativan (usmjeren na davanje informacija, a ne na mijenjanje mišljenja sugovornika), konstruktivan (usmjeren na rješavanje problema), dobronamjeran (dajemo informacije koje koriste sugovorniku), upotrebljiv (primjenjiv, značajan), dopušten (davan uz sugovornikovu suglasnost, a ne protiv njegove volje), kontaktibilan (radi vođenja dijaloga, a ne ofenzivan ili defenzivan), obostran (informacije dajemo, primamo i tražimo)“ (Brajša, 1993; str. 59-60).

Komunikacijski *feedback* povećava svijest o načinu na koji nas drugi doživljavaju. To očigledno nije jednostavan proces. Uključuje nekoliko bitnih elemenata: povjerenje, prihvaćanje, otvorenost i brigu o potrebama drugih. Davanje i primanje povratnih informacija vještina je koja se može naučiti i poboljšati. Beganu i Niţan (2006) navode kako se način davanja i primanja povratnih informacija može razmatrati i kroz *Johari prozor*. Prema tom

pristupu davanje i primanje povratnih informacija odgovara četirima vrstama profila sugovornika: idealnom sugovorniku, ispitivaču, arogantnom sugovorniku i tajnovitom sugovorniku.

Idealan sugovornik pripada „otvorenom prostoru“ *Johari prozora*. Takav sugovornik u razgovoru odražava visok stupanj povjerenja. Davanje i primanje povratnih informacija olakšavaju razgovor, čime se smanjuje rizik od pogrešnog tumačenja i nesporazuma. Svi sudionici u komunikaciji razumiju iznesene ideje ili mišljenja. Otvoreni prostor nije prikladan u svim komunikacijskim situacijama. Kod povremenih poznanstva takva otvorenost može se smatrati neprikladnom i opasnom.

Sugovornik ispitivač pripada „skrivenom prostoru“ *Johari prozora*. Ovaj profil sugovornika specifičan je za one koji sudjeluju u komunikaciji uglavnom postavljanjem pitanja, ali u istom tom procesu ne nude nikakve povratne informacije. Dimenzije ovog prostora povezane su s obujmom informacija koje osoba daje drugima kroz *feedback*. Sugovornik u komunikaciji sudjeluje minimalno, tražeći samo informacije od drugih. Takve se osobe pojavljuju s pitanjima poput: *Što mislite o tome?* ili *Što biste učinili na mom mjestu?* Takva osoba ima tendenciju provjeravati mišljenja drugih ljudi prije nego što izrazi svoja mišljenja i stavove. Međutim, izražavanje vlastitog stajališta rijetko se događa, što otežava percepciju drugih u komunikaciji. Specifični stil „sugovornika ispitivača“ može na kraju izazvati iritaciju; nepovjerenje i rezerviranost drugih u komunikaciji.

Arogantan sugovornik pripada „slijepom prostoru“ *Johari prozora* te upućuje na osobu koja sudjeluje u komunikaciji uglavnom davanjem povratnih informacija, dok u isto vrijeme ima vrlo nisku potražnju za istima. Takvi sugovornici otvoreno izražavaju svoja mišljenja, vlastite osjećaje i mišljenja o temama rasprave. Takve osobe mogu pretjerano kritizirati druge i očekivati da će se takav način smatrati otvorenim i prikladnim. Zbog toga mogu biti i neosjetljivi na primljene povratne informacije ili ih čak ignoriraju u komunikaciji. Takvi sugovornici ili su slabi slušatelji ili imaju takav način reagiranja, što uzrokuje da drugi počnu davati manje povratnih informacija, postaju frustrirani, žale se i mogu čak napustiti komunikaciju. Arogantne osobe nisu svjesne načina na koji se odnose prema drugima ili na utjecaj koji njihovo ponašanje ima na druge sugovornike. Ako takve obrasce ponašanja ne isprave, takve osobe smatraju se neiskrenima i nedostupnima te se najčešće izbjegavaju.

Tajanstveni sugovornik pripada „nepoznatom području“ *Johari prozora* te se prikazuje kao osoba koja sudjeluje u komunikaciji samo kao promatrač. Takve osobe ne daju mnogo informacija o sebi, a nemaju ih niti o drugima u grupi. Može ih se okarakterizirati kao tihe osobe, koje ne daju niti zahtijevaju povratnu informaciju te drugi u komunikaciji nailaze na poteškoće u pronalaženju načina na koji se mogu povezati s njima. Aktivno sudjelovanje u komunikaciji doživljavaju kao vrlo zamorno.

Komunikacijski *feedback* ukazuje na to ide li prethodno odaslana poruka u pravom smjeru ili su potrebna dodatna objašnjenja i preusmjeravanje poruke. Hardavella i sur. (2017) navode kako su u kliničkoj praksi zdravstvenih djelatnika povratne poruke komunikacijski alat namijenjen pružanju medicinskih informacija korisnicima zdravstvenih usluga i njihovim obiteljima. Također je komunikacijski *feedback* dragocjen i u komunikaciji zdravstvenih djelatnika unutar zdravstvenog tima, gdje se primaju, daju ili traže povratne informacije od kolega ili nadređenih liječnika vezano za klinički rad i određena stručna pitanja. Davanje, primanje i traženje povratnih informacija u kliničkom radu nije lak zadatak i predstavlja značajne izazove za obje strane u komunikaciji, bilo da se radi o odnosu između zdravstvenog djelatnika s jedne strane te pacijenata i njihovih obitelji s druge strane, bilo da se radi o komunikaciji unutar zdravstvenog tima.

Hardavella i sur. (2017) navode četiri vrste povratnih informacija:

- **Neformalne povratne informacije** su najčešće u svakodnevnoj komunikaciji i prisutne su u bilo kojem aspektu kliničkog rada s pacijentima ili u komunikaciji među članovima zdravstvenog timu. Takav *feedback* događa se kroz govornu komunikaciju.
- **Formalne povratne informacije** najčešće se koriste u komunikaciji unutar zdravstvenog tima ili u komunikaciji s nadređenima. Takve povratne informacije obično se javljaju u pisanom obliku.
- **Formativne povratne informacije** javljaju se u procesu edukacije i usavršavanja te pružaju mogućnosti za traženje, dobivanje ili davanje povratnih informacija prije dobivanja završne ocjene (primjerice svakodnevni razgovor između edukatora i učenika ili studenta tijekom edukacije). Ako se, primjerice, ovaj model povratnih informacija prenese u kliničku praksu te se tijekom edukacije pacijenata ne daju povratne informacije, to može negativno rezultirati na način da sam pacijent pretpostavlja da je sve u redu i nastavi izvoditi svakodnevne aktivnosti ili terapijske vježbe na isti način, što vodi u pogrešnu procjenu vlastitih vještina i sposobnosti te gradi lažnu percepciju.

- **Zbirne povratne informacije**, koriste se u procjeni u odnosu na određeni standard te dolaze zajedno sa završnom ocjenom ili formalnom procjenom (primjerice procjena naučenog u nekom edukacijskom programu ili procjena zdravstvenog stanja pacijenata na temelju određene klasifikacije). Mogu se koristiti kod rangiranja ili procjene pojedinaca.

U kliničkom radu povratne informacije zdravstvenim djelatnicima daju prvenstveno pacijenti i članovi njihovih obitelji, odnosno svi zdravstveni djelatnici koji rade kao članovi zdravstvenog tima mogu dati povratne informacije. Povratne informacije u tim slučajevima trebaju biti uzajamne.

Povratne informacije u komunikaciji zdravstveni djelatnik-pacijent ključne su u smislu postavljanja dijagnoze te definiranja daljnjih terapijskih ciljeva i postupaka. Također, povratne informacije važne su i za praćenje i poboljšanje kvalitete pružanja zdravstvene skrbi korisnicima zdravstvenih usluga, jer dobiveni *feedback* od strane pacijenata pruža vrijedne informacije i o tomu što isti misle o pružanju zdravstvene usluge. Traženje povratnih informacija od pacijenta zdravstvenim djelatnicima pružit će izravan uvid u to što dobro funkcionira te što treba dalje poboljšati kod pružanja zdravstvene skrbi.

Unutar zdravstvenog tima komunikacija mora biti otvorena i podržavajuća. Komunikacijski *feedback* koji se dobiva iz više izvora od kolega unutar tima ima za cilj poboljšati vlastito razumijevanje trenutačnih stanja i problema radi jasne „provjere stvarnosti“, kako bi se dobio jasan smjer u smislu poboljšanja ponašanja, stavova i vještina. Ako je zdravstveni djelatnik nesiguran u određenim stavkama svog kliničkog rada, obvezno treba zatražiti od svojih kolega određene povratne informacije.

Hardavella i sur. (2017) naglašavaju osnovna načela pružanja učinkovite povratne informacije u kliničkom radu zdravstvenih djelatnika:

- Prije davanja povratnih informacija potrebno je razmisliti što se želi postići, što se želi istaknuti, što je dobro i gdje bi se mogla očekivati neka poboljšanja.
- Povratne informacije treba prilagoditi svakom sugovorniku i odgovarajućoj situaciji. To je od vitalne važnosti, važno je pažljivo razmišljati kako se želi prenijeti povratnu poruku. Sugovornik možda u određenom trenutku nije spreman za takvu poruku, koja u tom slučaju može imati negativne učinke. Stoga je potrebno razmisliti o tomu kako će osoba reagirati na povratne informacije ili kako dobiti odgovor na postavljeno pitanje.

- Općenito davanje povratnih informacija treba se odvijati u odnosu „jedan na jedan“, jer povratne informacije kada se daju javno mogu biti shvaćene i kao kritika te kod sugovornika mogu izazvati štetan učinak. Sugovornik se može osjećati uvrijeđeno i potkopano te može biti pogođeno njegovo samopouzdanje, što može rezultirati i gubitkom samopoštovanja. U nekim slučajevima moguće je dati povratne informacije i javno unutar zdravstvenog tima, ali onda ih treba prenijeti grupi kao cjelini, bez izdvajanja pojedinaca.
- Osoba koja daje povratne informacije treba biti svjesna neverbalnih znakova, kao što su izraz lica, govor tijela, kontakt očima ili ton glasa. Neverbalni znakovi mogli bi prenijeti poruku koja je u suprotnosti s onim što se pokušava verbalno reći.

Primanje povratnih informacija temelji se na strategiji aktivnog slušanja i razmišljanja. Kako bi povratna informacija bila učinkovita, mora biti dobro primljena. Za ishod komunikacije i odnos među sugovornicima važno je kako primatelj interpretira povratne informacije i kako reagira na njih. Različita tumačenja ili prihvaćanja povratnih informacija mogu se temeljiti na nizu čimbenika koji uključuju: osobnost, strah, povjerenje, kontekst i pojedinačne procese rasuđivanja. Iz tog razloga bitno je razviti otvoreni dijalog između osobe koja daje povratne informacije i primatelja. Za učinkovitu komunikaciju obje strane trebaju biti sposobne usredotočiti se na aktivno slušanje i promišljanje. Učinkoviti komunikacijski *feedback* ključan je uvjet da primatelj poruke bude dobar slušatelj, odnosno da otvoreno sluša što govori osoba koja daje povratne informacije, umjesto da odmah priprema odgovor, obranu ili napad. Davatelj povratnih informacija osjećat će se ugodnije kada daje povratne informacije pristupačnom primatelju. Primatelj poruka treba se usredotočiti na razumijevanje povratne informacije, a ne na neposredno urođene reakcije. Razmišljanje, a osobito samorefleksija, neophodni su za prihvaćanje povratnih informacija (Hardavella i sur., 2017).

3.3.3. Komunikacijske prepreke

Teoretičar i književnik George Bernard Shaw (2010) napisao je: „Najveći problem u komunikaciji je iluzija da je ista ostvarena“. Ako komunikacijske prepreke postoje u bilo kojem dijelu komunikacijskog procesa na bilo koji način, ne dolazi do potpune jasnoće značenja i razumijevanja odaslane poruke. Kako bismo uspješno komunicirali s drugima, na poslu ili unutar obitelji, moramo razumjeti komunikacijsko okruženje i prepreke koje sprječavaju slanje i uspješno primanje poruka. Komunikacijska prepreka (može se nazvati i bukom ili šumom u komunikaciji) je sve ono što nas sprječava da primimo i razumijemo poruke naših sugovornika (Lunenburg, 2010). Razlikuju se četiri vrste prepreka koje mogu otežati ili onemogućiti uspostavljanje učinkovite komunikacije:

- psihosocijalne prepreke,
- kulturološke prepreke,
- jezične prepreke i
- fizičke prepreke.

PSIHOSOCIJALNE PREPREKE

Česti uzrok prekida komunikacije su ljudi koji imaju različita ponašanja, stavove i vrijednosti te na taj način diskriminiraju sugovornike. Primjer za to mogu biti različite percepcije pojedinca o moći i statusu među zaposlenicima na radnome mjestu ili u društvu općenito. Neki ljudi smatraju kako na temelju svog statusa ili moći na radnom mjestu, u obitelji ili u zajednici općenito, ljude u svojoj okolini mogu tretirati shodno svom osobnom nahođenju, odnosno smatraju da prema njima mogu postupati na zapovjedni način. Učinkovita komunikacija potrebna je bez obzira na status ili poziciju koju ima neka osoba. Diskriminacija nastaje kada ljudi donose prosudbe o pojedincima ili skupinama bez jasnog razmišljanja. Stereotipna ponašanja i predrasude najčešći su oblici diskriminacije, koji se događaju s obzirom na osobne karakteristike sugovornika, kao što su spol, obrazovanje, dob, radna sposobnost, životni stil ili iskustvo. Diskriminacijski stavovi mogu proizlaziti i iz pristranosti koju osoba može imati u odnosu spram određenog ponašanja, izgleda, posjedovanja ekonomske moći sugovornika ili čak pripadanja određenom zemljopisnom području. Kod diskriminacije, ljudi donose odluke bez da se trude dobiti sve potrebne informacije o ljudima

o kojima prosuđuju. Također i naša situacija, izgled i ponašanje mogu pridonijeti stereotipnim stavovima drugih ljudi, što bi moglo pridonijeti prekidu komunikacije (Rani, 2016).

Lunenburg (2010) navodi tri područja koja su usko povezana sa psihološkim i socijalnim preprekama u komunikaciji: iskustva, filtriranje poruka te psihološka udaljenost. Područje **iskustva** uključuje osobne percepcije, vrijednosti, pristranosti, potrebe i očekivanja pojedinca. Osoba koja prima poruke može istu razumjeti samo u kontekstu njenog iskustva. Kada se polje iskustva pošiljatelja poruke djelomično i malo preklapa s poljem primatelja poruke, komunikacija postaje teška i neučinkovita. **Filtriranje poruka** uzrokovano je osobnim potrebama i interesima primatelja poruke te je samim time usmjereno na slušanje. **Psihološka udaljenost** među ljudima slična je stvarnoj fizičkoj udaljenosti. Primjerice, osoba koja se ne slaže sa stavovima i vrijednostima sugovornika može ga udaljiti, čime se blokira mogućnost daljnje učinkovite komunikacije.

KULTUROLOŠKE PREPREKE

Naša kulturna baština i predrasude o ljudima iz drugih kultura često su prepreke u komunikaciji. Komunikacija s ljudima različitih kultura i svjetonazora znači osvješćivanje razlika o vrijednostima, uvjerenjima i stavovima do kojih drugi ljudi drže. Empatija je važna za prevladavanje takvih prepreka u komunikaciji koja se temelji na interkulturalizmu. Biti empatičan znači prihvaćati osjećaje i stavove drugih kao da smo ih doživjeli osobno (Rani, 2016; Lunenburg, 2010).

Lunenburg (2010) naglašava kako je za stvaranje empatije u komunikaciji potrebno:

• poštivanje tuđih osjećaja i stavova,
• korištenje vještina aktivnog slušanja,
• poticanje uključivanja drugih u komunikaciju putem postavljanja pitanja, poštujući njihovu privatnost,
• korištenje otvorene neverbalne komunikacije,
• shvaćanje i uzimanje u obzir straha i brige drugih ljudi,
• suzdržavanje od davanja nepoželjnih savjeta,
• ulaganje napora da se ne krivi druge, već pokuša rješavati nastale probleme.

JEZIČNE PREPREKE

Jezične barijere nastaju kada ljudi ne govore istim jezikom ili nemaju istu razinu znanja stranog jezika. Međutim, barijere se mogu pojaviti i kada ljudi govore istim jezikom. Riječi koje odaberemo, način na koji ih koristimo i značenje koje im pridajemo mogu uzrokovati semantičke komunikacijske prepreke. Ista riječ može imati različita značenja za druge sugovornike. Također i stručna terminologija, kao što je ona iz kliničke medicine, igra ulogu u semantičkim preprekama u komunikaciji (Rani, 2016; Lunenburg, 2010). U zdravstvenim ustanovama medicinsko osoblje koristi terminologiju koju korisnici zdravstvenih usluga teško mogu razumjeti. U takvim situacijama ako pacijenti ne razumiju riječi, ne mogu razumjeti niti poruku.

Lunenburg (2010) navodi kako se pomoću vizualnih prikaza kao što su fotografije, crteži i dijagrami mogu prevladati jezične prepreke u komunikaciji, kao i pomoću odgovarajuće neverbalne komunikacije. Pri tome trebamo biti svjesni da različite situacije i različite kulture imaju različite interpretacije neverbalne komunikacije. Ono što je prihvatljivo u jednoj kulturi, može biti uvredljivo u drugoj. Ono što je nama jasno, drugima ne mora biti jasno. Isto tako, kvaliteta izgovaranja poruke i ton glasa važni su za jasnu komunikaciju. Također, i vještine aktivnog slušanje drugih izvrstan su način za prevladavanje jezičnih prepreka.

FIZIČKE PREPREKE

Fizičke prepreke u komunikaciji mogu se razmatrati kao osobne fiziološke prepreke ili kao prepreke u okolišu. Fiziološke prepreke vezane su za ljude te se odnose, primjerice, na poremećaj vida, poremećaj sluha ili su vezane za neke bolesti i posljedice istih kao što su, primjerice, prisutnost afazije ili disfazije kod neuroloških oboljenja. Suprotno, postoje i mnoge prepreke u okolišu koje utječu na učinkovit komunikacijski proces. To mogu biti smetnje poput, primjerice, buke strojeva ili slabog osvjetljenja, okolina koja je pretopla ili hladna može utjecati na koncentraciju svih aktera komunikacije; može zasmetati telefonski poziv, glasna glazba, prisutnost trećih (nepoželjnih) osoba koje prolaze prostorom, udaljenost između sugovornika, nedovoljna količina vremena za razgovor kao i aktivnosti vidljive kroz otvoreni prozor ili vrata, upaljen televizor i sl. Za postizanje učinkovite komunikacije treba

razmišljati o tome koje su potencijalne i stvarne prepreke u okolišu na radnom mjestu, u obitelji ili u svakodnevnim prilikama te kako ih izbjeći (Rani, 2016; Lunenburg, 2010).

3.3.4. Iznošenje neistina u komunikaciji

Lažne izjave i poruke sastavni su dio našega svakodnevnog života i međuljudske komunikacije. Koliko je laž učestala u svakodnevnoj komunikaciji? U istraživanju koje su proveli DePaulo i sur. (1996) navodi se da ljudi u prosjeku lažu dva puta dnevno ili tjedno u 34% interakcija s drugim ljudima. Ljudi svakodnevno lažu, primjerice, zbog straha od kazne ili mogućih posljedica nekog čina, kako bi sebe drugima predstavili što uspješnijima, kako bi dobili što veću moć nad drugima, kako bi izbjegli moguće sukobe te poboljšali odnose, dobili privilegije ili pak pomogli drugima. (Damjanović i Ljubin-Golub, 2009).

Pojam *laži* može se definirati kao „uspješan ili neuspješan promišljeni pokušaj, dat bez upozorenja, u cilju stvaranja uvjerenja kod druge osobe, uvjerenja koje osoba koja dovodi u zabludu drži neistinitim“ (Damjanović i Ljubin-Golub, 2009).

S obzirom na vrste laži, različiti autori laži dijele na različite načine. Vrij (2000; prema Damjanović i Ljubin-Golub, 2009) dijeli laži: na **laži zbog sebe** (engl. *self-oriented lies*) koje se izriču radi što boljeg prikazivanja samoga sebe, da bi se zaštitilo od neugodnosti, da bi se povećala moć i stekle određene prednosti ili izbjeglo kaznu i moguće posljedice; na **laži zbog drugih** (engl. *other-oriented lies*) koje se izriču kako bi se drugi osjećali bolje; te na **društvene laži** koje se govore kako bi se održali društveni odnosi i da se ne povrijedi druge.

Nadalje, DePaulo i sur. (1996; prema Damjanović i Ljubin-Golub, 2009) dijele laži: na **potpune laži** kod kojih je izrečena informacija potpuno različita ili kontradiktorna s istinom; na **pretjerivanja** kada su činjenice pretjerane ili izrečena informacija premašuje istinu; i na **fine** (prepredene) **laži** kod kojih osoba govori istinu, ali tako da se sugovorniku informacije zataje izbjegavanjem odgovora na postavljena pitanja ili izostavljanjem bitnih detalja (Damjanović i Ljubin-Golub, 2009). Također, laži se mogu dijeliti i s obzirom na složenost laži (ovisi o situaciji u kojoj je laž izgovorena, okolnostima povezanima s tom laži te o tomu kome se laže) te na posljedice koje mogu nastupiti nakon izgovorene laži. Osobe koje lažu ponašaju se različito ovisno o tomu radi li se o složenoj ili jednostavnoj laži, odnosno radi li se o visokom ili niskom riziku od otkrivanja laži (Damjanović i Ljubin-Golub, 2009).

U ponašanju osoba koje lažu javljaju se određene promjene bihevioralne, emocionalne i kognitivne prirode. Takve promjene događaju se zato što osoba prvo razmišlja o laganju, a zatim pokušava izraziti laž, uslijed čega se javljaju određeno ponašanje i emocije. Kod pokušaja otkrivanja laže li osoba potrebno je koristiti se procjenom neverbalnih, verbalnih i vokalnih znakova laganja, za što je potrebno znanje o emocionalnim i kognitivnim i bihevioralnim znakovima laganja, s obzirom na to da laganje zahtijeva dodatni mentalni napor i može kod osoba generirati različite emocije kao što su strah, uzbuđenje ili krivnja (Baić i sur., 2017). Istraživanja neverbalnih znakova kod laganja najčešće su utemeljena na tvrdnji da se osobe tijekom laganja nalaze pod utjecajem tri psihološka procesa koji se označavaju kao **emocionalni**, **kognitivni** i **proces kontrole ponašanja**. Baić i sur. (2017) naglašavaju da postoji povezanost između laganja i neverbalnih znakova i ponašanja, te smatraju da se „ključ za raspoznavanje govora tijela neke osobe dok govori, krije u sposobnosti da se razumije njeno trenutno emocionalno stanje“ (Baić i sur., 2017).

Jukić i Nadrljanski (2015) navode da se osoba koja laže ne može raspoznati samo na temelju jednog neverbalnog znaka. Kako bismo uspješno otkrili laže li nam netko, treba znati čitati emocije preko izraza lica, gesta, držanja tijela i načina izražavanja.

„Osoba koja laže manje se osmjehuje od onih koje govore istinu. Ako se osmjehuje, takva osoba ima nesimetričan osmijeh. Osoba koja laže obično skreće pogled od sugovornika. Takva osoba ponekad trIja oko, dodiruje lice, pa i stavlja ruke na usta. Često odaje laž i dodirivanje brade, a kažiprstom usta. Grizenje usana može biti znak da nam netko ne govori istinu. Osoba koja laže često dodiruje nos. Kretnje ruku su neuobičajene, a prsti mogu biti živahniji nego obično. Pri komuniciranju, ako se sugovornik igra olovkom, okreće praznu čašu na stolu i slično, to može biti znak da ne govori istinu. Takve osobe sporije govore, prave veće stanke pri govoru, ubrzano dišu, ponekad i nakašljavaju, a glas im postaje viši od uobičajenog. Laži su često popraćene crvenilom u licu, znojenjem, drhtanjem glasa, gutanjem pljuvačke, igranjem olovkom, naočalama, ključevima ili nekim drugim predmetima“ (Jukić i Nadrljanski, 2015; str. 121).

Prema navedenom, može se primijetiti povezanost neverbalnih, verbalnih i vokalnih znakova s laganjem, te da su osobe koje lažu sklonije pokazivanju određenih emocija od onih koji govore istinu (Baić i sur., 2017). Za osobe koje lažu tipično je da dožive emociju krivnje, straha, anksioznosti ili kombinacije dviju ili više takvih emocija. Uočavanjem takvih emocionalnih izraza kod sugovornika može se lakše prepoznati laž. Koje emocije će biti

prisutne u slučaju laganja te kojom će se snagom izraziti ovisi o osobi koja laže, vrsti laži, kao i o cjelokupnoj situaciji u kojoj se nalazi osoba koja laže.

Osim emocija, na ponašanje osobe utječu i kognitivni procesi tijekom laganja koji za posljedicu imaju određeno kognitivno opterećenje kod izgovaranja laži, za razliku od istinitog govora. Osoba koja laže ne smije iznositi kontradiktorne informacije, a laž koju iznosi mora biti u skladu s onim što osoba s kojom razgovara zna ili što bi mogla saznati. Zbog veće koncentracije na sadržaj poruke i kompleksnosti laganja takva osoba više griješi u govoru, više oklijeva te govori sporije. Što je laž kompleksnija, to se oklijevanje u govoru povećava, više se griješi u govoru te se smanjuje brzina govora (Damjanović i Ljubin-Golub, 2009). Također, kada osoba laže, iznosi više negativnih tvrdnji (tvrdnji koje pokazuju averziju prema nekome ili nečemu), daje kraće odgovore, indirektno odgovara i više koristi riječi koje se odnose na nju osobno (ja, mene, moje i sl.), koristi poštapalice koje variraju i povećavaju se ovisno o složenosti laganja (Damjanović i Ljubin-Golub, 2009).

Kroz bihevioralne procese lažljivac pokušava kontrolirati svoje ponašanje kako bi izgledao normalno i što iskrenije, međutim zbog mentalnog napora, koncentracije na sadržaj poruke i kompleksnosti laganja osoba smanjuje pokrete ruku i šaka, smanjuje pokrete stopala i nogu, te djeluje ukočeno (Damjanović i Ljubin-Golub, 2009).

Otvorenost, iskrenost i povjerenje ključni su elementi u komunikacijskom odnosu zdravstveni djelatnik-pacijent. Liječnici i drugo zdravstveno osoblje rijetko ili nikada se ne bi trebali upuštati u takvo ponašanje koje potkopava međusobno povjerenje. Zdravstveni djelatnici trebali bi u svom svakodnevnom kliničkom radu davati sve od sebe kako bi svojim pacijentima objasnili ciljeve i postupke liječenja te im tako nastojali pomoći da razumiju prirodu i svrhu mogućih dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Takvim ponašanjem smanjuje se rizik od neugodnosti i iznenađenja za pacijente, što bi moglo dovesti i do osjećaja izdaje povjerenja.

Benn (2001) navodi kako s aspekta medicinske etike u kliničkom radu postoji moralna razlika između kazivanja laži i obmanjivanja pacijenata bez laganja. Laganje ima veću tendenciju da naruši povjerenje u komunikaciji nego obmana koja stvara lažni dojam stvarnosti. Jedan od primjera obmane pacijenata u kliničkom radu je prikrivanje medicinskih informacija ili rezultata dijagnostičkih postupaka. U normalnom odnosu liječnik-pacijent očekuje se da

liječnik pacijentu otkrije medicinske informacije ili rezultate dijagnostičkih postupaka; ako se ne otkriju, pacijent smatra da nisu poznati.

Zdravstveni djelatnici su svjesni da se precizna anamneza i dijagnoza zdravstvenog stanja temelji na pouzdanim informacijama od strane pacijenta i članova njegove obitelji te da zdravstvena skrb ovisi o učinkovitoj dvosmjernoj komunikaciji između pacijenta i zdravstvenog djelatnika. Međutim, i pacijenti i zdravstveni djelatnici često se nađu u složenoj komunikacijskoj situaciji gdje svaka od strana može uskraćivati, iskrivljavati, zataškavati, izmišljati ili lagati vezano za informacije koje su ključne za njihov odnos i učinkovito liječenje. Iznošenje neistinitih informacija i manipuliranje informacijama može oštetiti odnose i kompromitirati zdravstvenu skrb (Teasdale i Kent, 1995).

U kliničkom radu obmane i laži kod liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika pojavljuju se najčešće kod priopćavanja loših vijesti u palijativnoj skrbi te kod priznanja medicinskih pogrešaka. U tim situacijama liječnici često minimiziraju probleme, ne govore cijelu istinu ili pribjegavaju pretjerano pojednostavljenim objašnjenjima (Palmieri i Stern, 2009).

Priopćiti pacijentima ili članovima njihovih obitelji loše vijesti stresne su situacije za svakog zdravstvenog djelatnika; loše pripremljeni liječnici mogu ili previdjeti reći pojedine informacije, što pacijenta dovodi do zablude, ili informacije predstaviti previše znanstveno i stručno, što pacijenta može zbuniti (Palmieri i Stern, 2009).

Otkrivanje i priznanje medicinske pogreške još je jedna složena komunikacijska situacija u odnosu liječnik-pacijent. Liječnici u takvim situacijama nakon medicinskih pogrešaka obično pružaju minimalne informacije pacijentu te se rijetko ispričavaju. Liječnici u praksi podržavaju priznavanje medicinske pogreške, iako različita istraživanja navode da se to stvarno dogodi u samo 6% slučajeva. Većina liječnika ističe da je primarni uzrok nepriznanja pogreške zabrinutost i strah od tužbi i nepovoljnih pravnih ishoda (Palmieri i Stern, 2009).

Pacijenti, s druge strane, mogu laganjem i obmanama svjesno simulirati simptomima i bolešću kako bi smanjili, preuveličali ili izbjegli određene kliničke probleme. Pacijenti, primjerice, lažu, izmišljaju ili preuveličavaju simptome bolesti kao razlog za *otvaranje bolovanja* ili kod medicinskih vještačenja za dobivanje invaliditeta, kako bi pristupili kontroliranim lijekovima ili kako bi izbjegli izdržavanje kazne zatvora kao posljedice njihovih postupaka i ponašanja (Palmieri i Stern, 2009).

3.4. NEVERBALNA KOMUNIKACIJA U KLINIČKOM RADU

Spremnost na komunikaciju s drugom osobom ovisi o općem dojmu koji ta osoba ostavi pri susretu. Osobe koje ostavljaju pozitivan dojam opisuju se kao: ljubazne, srdačne, zainteresirane, simpatične. Kada se netko ljubazno nasmiješi, vjerojatno će i sugovornik uzvratiti na isti način. Ljubaznost i srdačnost smanjuju mogućnost sukoba, sugovorniku daju osjećaj vrijednosti i poštovanja, potiču ga na komunikaciju i otvorenost. Većina ljudi lako prepoznaje ljubazno i neljubazno ponašanje kod drugih, međutim malo im je teže isto razlikovati u vlastitom ponašanju. U ovom poglavlju razmatrat će se teme:

- Što je to neverbalna komunikacija?
- Začetci istraživanja neverbalne komunikacije
- Suvremeni pristup istraživanju neverbalne komunikacije

3.4.1. Što je to neverbalna komunikacija?

Učinkovito razumijevanje i korištenje neverbalne komunikacije u kliničkom radu trebalo bi se koristiti za postizanje uspješnog rehabilitacijskog ishoda. Vjerojatnije je da će se pacijent koji ima povjerenja u liječnika i druge zdravstvene djelatnike pridržavati terapijskih uputa, za razliku od pacijenta koji osjeća nezainteresiranost i odsutnost kliničara, iako verbalne upute mogu biti identične. Može se pretpostaviti da je motivirani pacijent onaj koji dobrovoljno obavještava liječnika da je, primjerice, kod kuće postupio prema terapijskim uputama, dok će nemotivirani pacijent potvrdno odgovoriti na pitanje o tome je li postupio prema uputama, ali neverbalni znakovi, poput izbjegavanja kontakta očima, pokazat će da to možda i nije tako. Sumnja u pošiljateljevu iskrenost i vjerodostojnost dovodi do nezadovoljavajućih interakcija.

Što je neverbalna komunikacija? Pojam *neverbalna komunikacija* označava vrstu poruka i povratnih informacija u komunikaciji koje nisu izražene verbalno riječima, već glasovnim ponašanjem (brzina, ritam, jačina i boja glasa, artikulacija, melodija, jasnoća govora, smijanje, glasovi bez verbalnog značenja), kontaktom očima (pogled, zjenice, očni mišići), gestikulacijama (govor ruku, velike i male geste, radnje), mimikom (čela, obraza, brade, obrva, usta), tjelesnim stavom (držanje, usmjerenost i pokreti tijela pri stajanju, hodanju, sjedenju, ležanju), dodirivanjem, odijevanjem, prostornim ponašanjem (intimna, osobna,

društvena i javna zona udaljenosti), vremenskim ponašanjem, vanjskim okolnostima u komunikaciji (Brajša, 1993).

Gamble i Gamble (2013) navode kako verbalne i neverbalne poruke mogu biti – i često jesu – proturječne. Kada kažemo jednu stvar, ali učinimo drugo, šaljemo „nespremnu“ ili „mješovitu“ poruku. Kad osoba postane svjesna neverbalnih znakova koje šalje, počinje prepoznavati proturječne poruke koje sprečavaju dobru komunikaciju. Kad god otkrijete nekonzistentnost između neverbalnih i verbalnih poruka (na razini riječi), vjerojatno ćete imati koristi ako obraćate veću pozornost na neverbalne poruke. Istraživači u komunikaciji vjeruju da su neverbalni znakovi teže varljivi od verbalnih znakova – dakle svatko u komunikaciji treba ispitati dimenziju svojih neverbalnih poruka.

Većina istraživača općenito se slaže da se govor ponajprije koristi za prijenos informacija, dok se neverbalna komunikacija upotrebljava u prenošenju raspoloženja ili u nekim slučajevima zamjenjuje govorne poruke: kada se pokazuje napetost ili opuštenost u razgovoru govorom tijela; kada se određenom mimikom prate izgovorene poruke; kada se pogled usmjerava ili otklanja od sugovornika; kada se povisuje ili stišava glas tijekom razgovora; kada se u razgovoru koriste geste (npr. prijetnja kažiprstom); kada se prikladno ili neprikladno dodiruje sugovornik; kada se na određen način odijeva; kada se poštuje ili ne poštuje intimni prostor u komunikaciji; kada se bira okolina u kojoj se razgovara; kada se bira vrijeme kada će se i koliko razgovarati (Brajša, 1993).

3.4.2. Začetci istraživanja neverbalne komunikacije

Kada je riječ o početcima istraživanja i stručnim studijama o govoru tijela, može se istaknuti da je Charles Darwin prvi autor koji je 1872. godine objavio knjigu o neverbalnoj komunikaciji pod naslovom *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (*Izražavanje osjećaja kod čovjeka i životinja*), koja se smatra najvažnijim djelom u razdoblju do dvadesetog stoljeća. Darwinova knjiga potaknula je mnoga suvremena istraživanja neverbalne komunikacije, a brojni istraživači potvrdili su Darwinove zamisli i zapažanja o govoru tijela te otkrili i zabilježili gotovo milijun neverbalnih signala. Albert Mehrabian pedesetih je godina dvadesetog stoljeća otkrio da je ukupan dojam jedne poruke 7 posto verbalan (samo

riječi), 38 posto glasovan (uključujući boju glasa, moduliranje glasa i druge zvukove), a 55 posto neverbalan. Antropolog Ray Birdwhistell (1970; prema Pease i Pease, 2008) napisao je studiju o neverbalnoj komunikaciji koju on naziva *kinezikom* te je procijenio da je u izravnom razgovoru verbalni udio manji od 35 posto, a da se više od 65 posto komunikacije odvija neverbalno (Pease i Pease, 2008). To se slaže i s Watzlawickovom tezom da je nemoguće ne-komunicirati, jer u svakom trenutku i bez korištenja riječi komuniciramo s drugima putem izraza lica, stava tijela, kretnji i drugih znakova kojima šaljemo neverbalne poruke. Burić-Moskaljov (2014) navodi kako neverbalni znakovi djeluju pet puta jače od verbalnih. Neverbalna komunikacija nije svjesna aktivnost, već se zbiva spontano te u situacijama kada su verbalna i neverbalna poruka različite, upravo se više vjeruje i oslanja na neverbalnu komunikaciju. Sugovorniku možemo lagati riječima jer svjesno odabiremo što ćemo izgovoriti, ali postoji velika vjerojatnost da ćemo se nesvjesno odati nekim izrazom lica ili nekom kretnjom. Primjerice, pacijent liječniku može reći da se kod kuće pridržava terapijskih uputa, ali pritom pokazuje neverbalnim znakovima da to nije istina izbjegavajući kontakt očima. Hoćemo li mu vjerovati što nam kaže?

Marot (2005) je analizirala suvremene teorije i primjenu strategije uljudnosti u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji u različitim područjima ljudskog života. Usporedbe primjene strategija uljudnosti razlikuju se s obzirom na spol, dob, stupanj obrazovanja i kulturološke razlike. U analizi se navodi da žene u komunikaciji imaju više obzira prema sugovornicima te istovremeno lakše otkrivaju neverbalne znakove, dok muškarci u komunikaciji nastoje nastupiti s više autoriteta i naglasiti svoj stav, ne vodeći računa o reakciji sugovornika. S obzirom na stupanj obrazovanja, osobe višeg društvenog položaja bolje komuniciraju riječima i uljudnost izražavaju verbalnom komunikacijom (govornim jezikom), dok se manje obrazovane osobe više oslanjaju na govor tijela. Ovisno o dobi, djeca se u komunikaciji prema drugima češće izražavaju gestama, za razliku od odraslih osoba koje su ovladale primjenom različitih načela i strategija verbalne uljudnosti. Podjednako na razini verbalne i neverbalne komunikacije, kulturološke razlike (gledajući s obzirom na individualističke i kolektivističke kulture u kontekstu globalizacije) u izražavanju uljudnosti također su velike, što pokazuju primjeri načina reagiranja na komplimente, primjene formi oslovljavanja, međusobnu udaljenost sudionika komunikacije i sl.

3.4.3. Suvremeni pristup istraživanju neverbalne komunikacije

Današnji teorijski modeli i istraživanja povezana s neverbalnom komunikacijom usredotočuju se na tri primarne kategorije: na okolišne strukture u kojima se komunikacija odigrava (proksemika), na fizičke karakteristike samih pojedinaca koji komuniciraju te na osobine paraverbalne komunikacije.

U istraživanjima neverbalnog ponašanja naglasak se najvećim dijelom stavlja na govor tijela i ponašanje sugovornika koji komuniciraju. Međutim, današnji autori sve veću pažnju posvećuju utjecaju komunikacijske okoline na samu interakciju među ljudima. Komunikacijska okolina, koja je definirana pojmom ***proksemika***, bavi se upotrebom i percepcijom socijalnog i osobnog prostora. Određivanje osobnoga prostora ponekad se proučava u kontekstu udaljenosti tijekom razgovora i načina na koji se razgovor događa ovisno o statusu, ulogama, kulturnim orijentacijama i sl. Okolina može utjecati na naše raspoloženje, izbor riječi i postupke. Komunikacijska okolina odnosi se i na one elemente koji utječu na odnos među ljudima, ali nisu izravno dio njega. Opći okolišni čimbenici uključuju namještaj, arhitektonski stil, unutarnje uređenje, uvjete rasvjete, boje, temperaturu, prateće zvukove ili glazbu, kao i sve drugo unutar prostora gdje se odigrava interakcija. Varijacije u rasporedu, materijalima, oblicima ili površini objekata u komunikacijskoj okolini mogu snažno utjecati na ishod nekog interpersonalnog odnosa. Također, i percepcija vremena uključuje još jedan važan dio komunikacijske okoline, a definirana je kao pojam ***kronemika.*** Ona promatra vrijeme u komunikaciji: (1) kao određivanje vremena nekog događaja; (2) kao trajanje događaja ili opažanje vremena koliko neki događaj traje; (3) kao interval između događaja; te (4) kao ritam kojim se nešto događa (Hargreaves, 1982; Ambady, 2002; Gamble i Gamble, 2013; Leinert-Novosel, 2015).

Današnji istraživači neverbalne komunikacije najveću pažnju posvećuju fizičkim karakteristikama sugovornika. Biti sposoban razumjeti i koristiti neverbalni jezik bitno je za razvoj i održavanje zdravih, međuljudskih odnosa. Govor tijela obično uključuje geste, držanje tijela, dodirivanje, izraze lica, kontakt očima. (Hargreaves, 1982; Pease i Pease, 2008; Gamble i Gamble, 2013).

Geste. Pokreti ruku, nogu, šaka i stopala u komunikaciji predstavljaju važne neverbalne podatke. Postoje različite geste koje se općenito mogu podijeliti u dvije kategorije: (1) **Geste neovisne o govoru** koje imaju kroz simbole svoj izravni verbalni prijevod te ovise o kulturi ili

društvu iz kojeg dolaze. To su geste koje se rabe da bi se simbolički prikazao, primjerice, znak *Dobro je* ili znak „*V*“ za pobjedu, što su poruke koje pripadaju američkoj kulturi; (2) **Geste povezane s govorom** služe ilustriranju onoga što je verbalno rečeno. Te kretnje mogu istaknuti ili naglasiti riječ ili rečenicu, prikazati neki prostorni odnos, ritam ili tempo nekog događaja i sl. Nesvjesne geste u kliničkom radu otkrivaju puno o pacijentu, osobito ako se izraz lica i verbalni kontekst u potpunosti ne poklapaju. Neusklađenost između gesta, izraza lica i govora može nam davati oprečne poruke. Primjerice, izraz lica može prikazivati samopouzdanje, dok s druge strane geste mogu iskazivati nervozu (Hargreaves, 1982).

Držanje tijela. Načinom i stavom tijela kojim sjedimo ili stojimo, drugima dajemo informacije koje oni koriste kako bi procijenili naše misli i osjećaje. Dakle, držanjem tijela u komunikaciji određuje se stupanj pažnje i sudjelovanja, status u odnosu na drugu osobu u interakciji. Primjerice, naginjanje prema naprijed povezuje se s većim sudjelovanjem u razgovoru. Držanje tijela otkriva napetost ili opuštenost u interakciji. Na primjer pacijentu može biti ugodnije kada zdravstveni djelatnik sjedi bočno pokraj pacijenta u poziciji „suradnje“, nego u poziciji preko puta sugovornika (licem u lice), koja se smatra konfrontacijskom i kompetitivnom (Hargreaves, 1982; Pease i Pease, 2008; Gamble i Gamble, 2013).

Dodirivanje. Dva neverbalna znaka koja se smatraju kao društveno neprihvatljiva, a to su dodir i ulaženje u intimni prostor, u biti su sama srž kliničkog rada. Zdravstveni djelatnik prilikom neposrednog rada ne može pristupiti pacijentu ako prostor između njih nije blizak. Također, temeljit i točan fizikalni pregled mora se izvesti kako bi bio cjelovit, a put do toga je dodir i blizina. Percepcija pacijenta prema zdravstvenim djelatnicima mijenja se s obzirom na dobro ili loše postupanje. Dodirivanje se može pojaviti također u sklopu terapeutskog tretmana ili savjetovanja pacijenata te može značiti poticaj, potporu i brigu (Hargreaves, 1982).

Izrazi lica. Različita emocionalna stanja pokazuju se kroz izraze lica kroz koja se mogu čitati neverbalne povratne informacije u razgovoru. Izraz lica otkriva višestruka značenja u komunikaciji te mnogo toga otkriva kako kod pacijenata tako i kod zdravstvenog djelatnika. Ne može se dovoljno istaknuti korisnost osmjeha te ugodnog i opuštenog izraza lica, s obzirom da postoje mnogi primjeri kako na sugovornika djeluju ugodne ili neugodne ekspresije lica. Kod susreta s pacijentom zdravstveni djelatnik može prepoznati pacijentove emocije. Također, izraz lica kliničara koji pokazuje istinski interes i brigu za pacijentovo

zdravstveno stanje nesumnjiva je vrijednost kada se integrira s ostalim neverbalnim znakovima te vodi ka potpunom povjerenju u komunikaciji, a s druge strane pacijent je motiviran u ispunjavanju zadataka i savjeta koje dobije od zdravstvenih djelatnika (Hargreaves, 1982; Ambady, 2002).

Kontakt očima. Kontakt očima se odnosi na usmjeravanje pogleda općenito u smjeru prema licu sugovornika. Smatra se da je kontakt očima signal ili dominacije (kao kod neprekinutog pogleda u sugovornika) ili podređenosti (kad se pogled izbjegava, gleda se u pod i sl.). Gledanje sugovornika u oči označava interes i poštovanje prema pacijentu te se smatra važnim u neverbalnoj komunikaciji. Zdravstveni djelatnik koji se naginje prema naprijed, kima u znak odobravanja, sluša pažljivo te održava kontakt očima time odašilje srdačnost i toplinu te iskazuje poštovanje prema pacijentu. S druge strane, minimalni kontakt očima s čestim pogledima u stranu pokazuju nezainteresiranost i dosadu (Hargreaves, 1982).

U istraživanjima neverbalne komunikacije termin ***paraverbalna komunikacija*** označava neverbalne glasovne poruke, odnosno moć vokalnih signala u izgovaranju riječi i rečenica, čime se može prepoznati izražena emocija, kao i procijeniti njena snaga. Ovdje se podrazumijeva brzina govora, ritam, jačina glasa, boja glasa, artikulacija, melodija, jasnoća, smijeh te glasovi bez verbalnog sadržaja. S obzirom da je verbalna komunikacija najvažniji dio odnosa između zdravstvenog djelatnika i pacijenta, ton glasa je od izuzetne važnosti. Neusklađenost verbalne i vokalne poruke vodi ka interpretaciji tona glasa, a ne sadržaja izrečenog. Upute koje će pacijent poslušati s većom pažnjom su one za koje on osobno osjeća da će dovesti do poboljšanja njegovog općeg stanja. Varijacije u tonu glasa jako su važne u najvećem dijelu kliničke prakse kao, primjerice, pri dobivanju volje i motivacije za pridržavanje terapijskih uputa i savjeta (Hargreaves, 1982).

Prema Robinsonu (2006), komunikacija između kliničara i pacijenata ima dvije dimenzije: **medicinsko-tehničku** koja je bitna zdravstvenim djelatnicima za postavljanje dijagnostičko-terapijskih ciljeva i procjenu liječenja te **afektivno-relacijsku** dimenziju koja je osobito važna za pacijente. Kada zbog nekog medicinskog problema pacijenti potraže stručnu medicinsku pomoć, često se radi o takvim problemima koji mogu kod pacijenata stvoriti nesigurnost, tjeskobu, osjećaj straha, frustracije – zato što moraju otkriti neugodne privatne, a ponekad i društveno delikatne ili nezakonite informacije (npr. da koriste drogu) liječnicima koji su za njih relativni stranci. Pacijenti u razgovoru mogu razlikovati medicinsko-tehničku i afektivno-relacijsku dimenziju liječničke komunikacije te su u stanju uočiti razliku između „pozitivnog“

i „negativnog“ neverbalnog stila afektivno-relacijskog govora. Lako je zamijetiti, primjerice, da kliničari komuniciraju s empatijom, pažnjom i brigom ili su udaljeni i nezainteresirani (Robinson, 2006). Pacijenti temelje svoje procjene komunikacijskih kompetencija kliničara kroz obje dimenzije koje su u praksi povezane tako što povećanje jedne dimenzije rezultira porastom druge (Robinson, 2006). Afektivno-relacijska dimenzija djelomično se odnosi i na verbalnu komunikaciju, međutim takvo ponašanje u većem omjeru uključuje neverbalno ponašanje zdravstvenih djelatnika (Ekman i Friesen, 1969; Harrigan i Rosenthal, 1986; prema Robinson, 2006). Međutim, postoje dokazi koji upućuju na to da pacijenti procjenjuju kvalitetu rada kliničara te njihovu medicinsku skrb pod utjecajem afektivno-relacijske (nasuprot medicinsko-tehničke) dimenzije komunikacije sa zdravstvenim djelatnicima, što dovodi do zaključka da uspješno liječenje obuhvaća i afektivno-relacijsku dimenziju komunikativnosti (Kaplan, Greenfield i Ware, 1989; Ben-Sira, 1982; Griffith, Wilson, Langer i Haist, 2003; Mechanic i Meyer, 2000; prema Robinson, 2006).

Odavno je poznato da je komunikacija između zdravstvenog djelatnika i pacijenta ključna za učinkovitu zdravstvenu skrb te čini samu srž kliničkog rada. Međutim, empirijska istraživanja vezana za komunikaciju u medicini mnogo su se sporije razvijala. Dugi niz godina, zbog opsjednutosti stručnim znanjem istraživanja su se usmjerila prema novim biomedicinskim i kliničkim tehnologijama i znanjima, dok su se istraživanja o interpersonalnoj interakciji u kliničkoj praksi smatrala nepotrebnima. Situacija u medicini dramatično se promijenila s usvajanjem biopsihosocijalnog modela liječenja, na temelju empirijskih dokaza da se komunikacijski procesi ne mogu odvajati od ukupne kvalitete zdravstvene skrbi (Engel, 1977; Roter i Hall, 1992; Street i Wiemann, 1984; prema Hall, Harrigan i Rosenthal, 1995). Istraživanja komunikacije u medicini češće su usmjerena prema proučavanju verbalnih sadržaja od neverbalnog ponašanja sudionika komunikacije između zdravstvenih djelatnika i pacijenata (Buller i Street, 1992; Roter, Hall i Katz, 1988; prema Hall, Harrigan i Rosenthal, 1995).

Neverbalno ponašanje pacijenata pruža mnogo informacija zdravstvenim djelatnicima te ima utjecaj na daljnje odnose (Hall, Harrigan i Rosenthal, 1995). Također, neverbalno ponašanje pacijenata važno je zato što otkriva emocionalnu stranu u komunikaciji. Pacijenti su posebno oprezni kod čitanja neverbalnih znakova liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika jer su anksiozni i nesigurni u terapijski tijek (Silverman, 2010). Također, uvijek traže iznad sadržaja izgovorenih riječi i „stvarne“ osjećaje i dokaze o činjenicama vezano za svoje zdravstveno stanje. Iz tog razloga u komunikaciji je važno neverbalno ponašanje kliničara jer uvelike

pridonosi međusobnom odnosu i povjerenju (Gladstein, 1974; Heimann i Heimann, 1972; prema; Hall, Harrigan i Rosenthal, 1995).

Istraživanje koje je proveo Robinson (2006) pokazuju da neverbalno ponašanje kliničara oblikuje ponašanje i komunikacijski *feedback* pacijenata s obzirom na daljnji odnos s liječnikom ili drugim zdravstvenim djelatnikom te sa zadovoljstvom pacijenata zdravstvenom uslugom, razumijevanjem ili pridržavanjem terapijskih i drugih liječničkih preporuka. Neverbalna komunikacija igra značajnu ulogu kod medicinskog intervjua i savjetovanja pacijenata te može pomoći u izgradnji odnosa između zdravstvenog djelatnika i pacijenta. Robinson (2006) i Silverman (2010) upozoravaju da zbog korištenja **računala**, čitanja medicinske dokumentacije i unosa podataka u računalo danas kliničari gube 10-32% vremena na razgovor s pacijentima u odnosu na medicinske konzultacije prije informatizacije zdravstva, što dovodi do lošije komunikacije s korisnicima zdravstvenih usluga. Liječnici i drugi zdravstveni djelatnici morat će se pomiriti s današnjim izazovima komuniciranja i odgoditi korištenje računala dok su u tijeku medicinske konzultacije ili intervju te moraju aktivno slušati pacijente, a medicinske podatke u računalo unositi nakon konzultacija.

U kliničkom radu neverbalno ponašanje zdravstvenih djelatnika najčešće se promatra kroz znakove vezano za empatiju, iskrenost i pažnju koja se posvećuje pacijentu. Empatijske osobine kliničara općenito se tumače kao indikacija za pozitivan utjecaj na pacijenta kao sugovornika. Takvo afirmativno ponašanja (osmjeh, kontakt očima, geste, dodir, tjelesni stav i ton glasa) povezano je s poštovanjem i iskrenošću prema sugovorniku. Što se tiče fizičkog kontakta, dodir se smatra tabuom, međutim kada se želi izraziti suosjećanje i ohrabrenje prema sugovorniku te se dotakne ruka, podlaktica ili gornji dio leđa tijekom pozdrava ili intervjua, to ima pozitivan učinak u komunikaciji. Pozitivno ponašanja prema sugovorniku uključuje i otvoreni položaj ruku i nogu, opušteno držanja tijela prema naprijed, tjelesnu orijentaciju prema pacijentu te udaljenost od oko 1,3 metra. Kod empatijskog komuniciranja, također, posebnu pažnju potrebno je posvetiti i tonu glasu, jer pacijenti često vjeruju da je glas najpouzdaniji pokazatelj istinskih osjećaja (Hall, Harrigan i Rosenthal, 1995).

Promatranjem neverbalnog ponašanja pacijenata kliničari mogu otkriti neverbalne znakove koji ukazuju na patološka stanja, što može uvelike pomoći u definiranju dijagnoze, simptoma i ishoda liječenja. Neverbalnim ponašanjem najčešće se tako mogu otkriti pojava depresije koja nastaje kao posljedica bolesti (npr. kod kroničnih bolnih stanja kralješnice), anksioznost i različiti bolni sindromi. Kod depresivnih stanja pacijent je tužnog, bezvoljnog i općenito

usporenog ponašanja. U akutnim fazama depresije, pacijenti pokazuju usporen govor s dugim pauzama tišine, smanjenu gestikulaciju ruku i aktivnosti lica, smanjen kontakt očima. Depresivne osobe također pokazuju smanjenu osjetljivosti na tuđi govor tako što ne razlikuju izraze lica i emocija svojih sugovornika (Hall, Harrigan i Rosenthal, 1995). Neverbalno ponašanje pacijenata kod pojave anksioznosti očituje se kroz česte izmjene položaja tijela, smanjen kontakt očima, veći nagib tijela, nekoordinirani govor te manje mimike lica pri govoru (Jurich i Jurich, 1974; Mahl, 1987; Scherer, 1988; Siegman, 1987; Waxer, 1977; prema Hall, Harrigan i Rosenthal, 1995). Pojava bolnih sindroma uobičajena je u kliničkoj praksi. Neverbalni znaci kod boli najbolje se očituju u izrazima lica kao što je spuštanje obrva, zatvaranje očiju, podizanje obraza i gornje usne te nabora nosa (Hall, Harrigan i Rosenthal, 1995).

Različiti autori u komunikacijskim teorijama interpersonalno ponašanje klasificiraju kao: afirmacijsko i kontrolno ponašanje (Leary, 1957; Carson, 1969; Wiggins, 1979; Kiesler, 1983; Kiesler i Auerbach, 2003; prema Schmid-Mast i Cousin, 2013). Afirmativno ponašanje, koje ide od ekstremne hladnoće i neprijateljstva do suprotne krajnosti empatije i ljubaznosti, karakterizira se kroz prijateljstvo, toplinu, brigu, pomaganje i suradnju (Schmid-Mast i Cousin, 2013). Kontrolno ponašanje ide od ekstremne pokornosti do ekstremne dominacije te je okarakterizirano dominacijom i kontroliranjem ponašanja. S obzirom na neverbalnu komunikaciju, afirmativno ponašanje sugovornika doživljava se kroz kontakt očima, osmjeh, kimanje, ekspresivnost lica, gestikulacije, mekani dodir u interakciji sa sugovornikom, tjelesni stav nagnut prema naprijed, tjelesnu opuštenost, manja udaljenost u razgovoru (Schmid-Mast i Cousin, 2013). Neverbalna ponašanja koja se općenito percipiraju kao pokazatelji dominacije su: odsutnost osmjeha, vizualna dominacija (relativno veći postotak gledanja sugovornika dok se govori u odnosu na postotak gledanja dok se sluša), neutralni izraz lica, posturalna napetost, stojeći stav blizu sugovornika, glasniji govor, prekidi razgovora ili dulje vrijeme govora (Schmid-Mast i Cousin, 2013).

Dosadašnja istraživanja pokazala su da postoji povezanost neverbalnog ponašanja liječnika i drugog zdravstvenog osoblja sa zadovoljstvom, povjerenjem i ponašanjem pacijenata, što sveukupno utječe na krajnji terapijski ishod (Beck, Daughtridge i Sloane, 2002; Buller i Buller, 1987; Hall, Roter i Katz, 1988; Griffith, Wilson, Langer i Haist, 2003; prema Schmid-Mast i Cousin, 2013).

Zadovoljstvo pacijenta. Od svih ishoda neverbalnog ponašanja zdravstvenih djelatnika, zadovoljstvo pacijenata je ono koje je najviše istraživano. Među vrstama neverbalnog ponašanja koje se odnose na zadovoljstvo pacijenata, afirmativno ponašanje liječnika i drugog zdravstvenog osoblja ima posebno važnu ulogu. Afirmacijsko ponašanje (koje se može razmatrati i kao neposrednost, empatičan odnos, zajedništvo ili brižno ponašanje) odražava pozitivan odnos kliničara s pacijentom kroz komunikaciju i prijateljstvo, suosjećanje, jasno izraženu želju za pomoći i kroz stav kojim se izbjegava svaka vrsta osuđivanja (Schmid-Mast i Cousin, 2013). Pacijenti su puno zadovoljniji kada liječnici u svom kliničkom radu pokazuju afirmativno ponašanje kroz prijateljski izraz lica ili držanjem tijela koje je nagnuto prema naprijed, kada se u uzimanju medicinske anamneze postavljaju otvorena pitanja, naspram liječnikovom „kontrolnom“ ponašanju kada liječnik sjedi uspravno, koristi neutralan izraza lica i postavlja zatvorena pitanja (Schmid-Mast i Cousin, 2013). Ovisno o situacijskim čimbenicima te o karakteristikama bolesti i pacijenata, afirmativno ponašanje kliničara (verbalno i neverbalno) može različito utjecati na pacijente. Afirmativno ponašanje koje je ocijenjeno od strane pacijenata imalo je jači utjecaj na zadovoljstvo kada su pacijenti bili mlađi, kada su imali lakše bolesti ili kod onih koji su manje posjećivali liječnika (Buller i Buller, 1987; prema Schmid-Mast i Cousin, 2013). Drugi tip ponašanja je također važan za predviđanje zadovoljstva pacijenata – dominantno ponašanje. Pacijenti su općenito manje zadovoljni liječnicima koji su dominantni u neverbalnom ponašanju, nego onima niske dominacije. Kada liječnik dominira u medicinskom intervjuu te govori više ili kada ima dominantan ton glasa, pacijenti iskazuju manje zadovoljstvo. Istraživanja pokazuju da utjecaj neverbalnog ponašanja liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika na zadovoljstvo pacijenta ovisi i o spolu. Visoko afirmativno ponašanje primjećuje se više kod žena te se smatra „ženskim ponašanjem“, a uključuje, primjerice, dodir, bliskost pacijentu, osmjeh, prijateljski ton glasa, tjelesni stav s više naginjanja prema naprijed te kontakt očima. Visoko dominantno ponašanje usmjereno je na moć i utjecaj i više se primjećuje kod muškaraca te se smatra „muškim ponašanjem“, a uključuje glasno govorenje, prekide u razgovoru, veću međusobnu udaljenost te izbjegavanje kontakta očima. Dominantno ponašanje stvara utjecaj i nastoji ostati takvim (Hargreaves, 1982; Schmid-Mast i Cousin, 2013).

Povjerenje pacijenta. Povjerenje pacijenta može se promatrati kroz pacijentovo uvjerenje *da je liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik pošten i kompetentan te da će djelovati s najboljim znanjem u interesu pacijenta*. Kao što je prikazano kroz istraživanja, pacijenti imaju više povjerenja u svoje liječnike i druge zdravstvene djelatnike kada ih vide kao kompetentne,

afirmativne (brižne) i komunikativne – kada daju sve potrebne informacije (Fiscella i sur., 2004; McKinstry, Ashcroft, Car, Freeman i Sheikh, 2006; Schmid-Mast i Cousin, 2013). U rezultatima istraživanja pacijenti pokazuju da su imali više povjerenja u visoko afirmativne liječnike nego u one s niskim stupnjem afirmacije. Neverbalno ponašanje liječnika utječe i na spremnost ili sposobnost pacijenta da se prilagodi režimu liječenja, osobito kod korištenja lijekova. Kada se pacijenti nađu pred liječnikom s povećanim afirmativnim neverbalnim ponašanjem, više su voljni pridržavati se postupaka i savjeta koje predlaže liječnik. Također, i vremenska dužina razgovora i posjeta ima svoju ulogu u izgradnji povjerenja pacijenta, duži posjet povezan je s višim stupnjem povjerenja pacijenta (Schmid-Mast i Cousin, 2013).

Ponašanje pacijenta. Prema komunikološkim teorijama ljudi obično u komunikaciji postižu asimilaciju sa svojim sugovornicima (Schmid-Mast i Cousin, 2013). To znači da ako se kliničar ponaša na visoko afirmativan način, pacijent je sklon ponašati se isto tako. Također se smatra da ljudi u komunikaciji obično postižu **kontrast** (koji se također naziva i *reciprocitet*) u njihovom dominantnom ponašanju. (Sadler i sur., 2009; Schmid-Mast i Cousin, 2013). To znači da ako zdravstveni djelatnik ima visoko dominantan način ponašanja u komunikaciji, pacijent će vjerojatno pokazati nisko dominantno ponašanje. Visoki stupanj kontrasta u ponašanju povezan je s više poštovanja u interakciji sa sugovornikom te više razumijevanja u međuljudskim odnosima, za razliku od niskog kontrasta ponašanja (Tiedens i Fragale, 2003; Schmid-Mast i Cousin, 2013). Ova teorija kontrasta može se praktično prikazati, primjerice, kada kliničar odvrati pogled od pacijenta ili nije tjelesnim stavom orijentiran prema njemu, pacijent zrcali (oponaša) takvo ponašanja niskog kontrasta. Nasuprot tomu, kada zdravstveni djelatnik govori više, što se može smatrati visoko dominantnim ponašanjem, pacijent pokazuje suprotno ponašanje i govori manje (visoki kontrast). U skladu s navedenim, pacijenti i zdravstveni djelatnici pokazuju višu interakcijsku sinkronizaciju kada se osjećaju ugodno sa svojim sugovornikom u razgovoru.

3.5. VERBALNA KOMUNIKACIJA

Verbalnom komunikacijom poruka se prenosi izgovorenim riječima. Samo jasno i jednoznačno verbalizirane poruke prepoznatljivim riječima mogu sigurno stići do sugovornika. Pošiljatelj poruka svoje osjećaje, ideje i mišljenja izražava u obliku govora kroz

razgovor ili javne nastupe u obliku rasprava ili prezentacija. U ovom poglavlju razmatrat će se teme:

- Poruke u komunikaciji
- Otvoreni razgovori i samootkrivanje u komunikaciji

3.5.1. Poruke u komunikaciji

Gamble i Gamble (2013) te Brajša (1993) navode, prema teoriji Thomasa Gordona (1978), kako se u svakodnevnoj komunikaciji koriste četiri različite vrste poruka: „Ja-poruke“, „Ti-poruke“, „Mi-poruke“ i bezlične poruke.

Kada sugovorniku šaljemo „Ja-poruke“ ne osvrćemo se na postupke druge osobe, već jednostavno prenosimo vlastite osjećaje o prirodi situacije. Takvim porukama iznose se vlastite misli i osjećaji prema sugovornicima te se ostvaruje istinski i iskren osobni susret. U komunikaciji takve poruke vezane su za osobu koja ih izgovara te potiču i sugovornika na iznošenje „Ja-poruka“. Takve poruke mogu biti formalne, ali i stvarne i iskrene. Često se „Ja-poruke“ u komunikaciji izbjegavaju iz razloga što osoba ne želi otkriti sebe ili se ne želi približiti sugovorniku. Također, korištenje „Ja poruka“ neće uvijek izazvati ponašanje koje se želi i koje utječe na drugu osobu, ali će pomoći u sprječavanju stvaranja obrambenih reakcija i ponašanja koja se često javljaju kod sugovornika.

Prema Thomasu Gordonu (1978), kada stupamo u interakciju s drugima, često nismo svjesni kako naše poruke djeluju. Međutim, često način na koji formuliramo naše poruke nepovoljno utječe na prirodu komunikacije i naših odnosa s drugima. Izjave poput: *Ti si me naljutio! Ti nisi dobar! Ti loše radiš svoj posao!* su poruke koje nameću krivnju drugoj osobi. Takve poruke svrstavamo pod „Ti-poruke“ koje u komunikaciji obuhvaćaju zahtjeve, prijekore, kritike, vrijeđanja, napade, etiketiranja, zabrane, upozorenja, naredbe, predbacivanja, konačna mišljenja i sl. „Ti-porukama“ stalno se prijeti i napada ili se brani, što rezultira zaprekama u iskrenom i otvorenom razgovoru. „Ti poruke“ kod sugovornika potiču obrambene mehanizme i defenzivnu komunikaciju ili protunapad. Dakle, kad međuljudski odnosi doživljavaju poteškoće, ljudi žele okrivljavati druge. Takve „Ti poruke“ u komunikaciji među ljudima

stvaraju raskorak koji je čak u nekim situacijama i nemoguće premostiti. Kako bi se izbjegla takva situacija Gordon predlaže da se kad god je moguće „Ti poruke“ zamijene s „Ja-porukama“ (Brajša, 1993).

„Mi-poruke“ jačaju vlastitu poziciju ili prikrivaju vlastito mišljenje, stavove ili želje. Pomoću njih pokušavamo na druge utjecati zaobilazno. „Mi-porukama“ ostvaruje se komunikacija koja nije potpuno izravna te se stvara privid iskrenosti, neposrednosti i izravnosti. Njima smanjujemo ili otklanjamo vlastitu odgovornost i angažiranost u svezi sa sadržajem o kojemu komuniciramo. U komunikaciji gdje se koriste „Mi-poruke“ postoji strah od približavanja sugovorniku, ali se ne želi niti udaljiti od njega (Brajša, 1993).

Bezlične poruke potpuno su apersonalne. Omogućuju potpuno isključivanje sebe i vlastite odgovornosti za sadržaje koje prenose. Osobe koje koriste bezlične poruke služe se takvim govorom kako bi izbjegle razgovor te se skrivaju iza fraza, citata ili statistike. Iz svog govora isključuju sebe kako se govor ne bi pretvorio u razgovor. Takva komunikacija onemogućava stvarnu komunikaciju. Između osoba koje šalju bezlične poruke i sugovornika nalazi se nerazumljiv govor ili nejasan razgovor (Brajša, 1993).

U svakodnevnim prilikama kada se u komunikaciji pojave poruke koje svojim sadržajem vrijeđaju, napadaju, osuđuju, okrivljuju ili kažnjavaju, kod primatelja poruke razvijaju se obrambeni mehanizmi koji tu osobu štite od izravnog suočavanja sa stvarnošću u njoj i oko nje. Takvi mehanizmi najčešće djeluju podsvjesno te utječu na ponašanje u komunikaciji. Ovisno o tomu koji od njih u određenoj komunikacijskoj situaciji prevladava, Brajša (1993) razlikuje nekoliko obrambenih mehanizama:

- U **potiskujućoj komunikaciji** dominira obrambeni mehanizam potiskivanja. Sve neugodne poruke potiskujemo, zaboravljamo, odgađamo: *Bolje da sve to zaboravim!*
- U **negirajućoj komunikaciji** prevladava obrambeni mehanizam negiranja. U komunikaciji negiramo sve što nam ne odgovara: *Ne želim to čuti, niti vidjeti!*
- U **projiciranoj komunikaciji** dominira obrambeni mehanizam projekcije. Sugovorniku se projicira nešto što zapravo pripada nekoj trećoj osobi. Od sugovornika čujemo ono što nije rekao i što ne pripada njemu: *Ti si kao moj šef i zato te ne podnosim!*
- U **suprotno naglašenoj komunikaciji** prevladava obrambeni mehanizam reaktivne formacije. Poruka u komunikaciji je suprotna onome što se misli ili osjeća: *Bio sam zapravo umoran, ali sam tvrdio da sam dobro!*

- U **autokonverzivnoj komunikaciji** dominira obrambeni mehanizam konverzije. U komunikaciji se izbjegavaju stvarni problemi, a razgovara se o nebitnim stvarima.
- U **premještajućoj komunikaciji** dominira obrambeni mehanizam premještanja. Na sugovornika reagiramo kao da je on neka treća osoba prema kojoj bi se htjeli, ali se ne usudimo ponašati na određeni način. Nekome kraj sebe zapravo kažemo ono što bismo htjeli reći nekoj trećoj osobi: *Znam da nisi kriv, ali na nekoga se moram izderati!*
- U **sublimirajućoj komunikaciji** prevladava obrambeni mehanizam sublimacije. Neprihvatljivo ponašanje i komunikaciju pretvaramo u nešto prihvatljivije i kulturnije: *Najradije bih te izudarao! Tako mi treba jedan dobar kung fu-film! Idemo u kino!*
- U **infantilnoj komunikaciji** dominira obrambeni mehanizam regresije. Umjesto da se osoba u komunikaciji suoči s problemom i razriješi konflikt u otvorenom dijalogu, ona plače ili izražava bijes i ljutnju.
- U **imitirajućoj komunikaciji** dominira obrambeni mehanizam identifikacije. U komunikaciji se oponaša nekoga tko je jači, koga se bojimo ili tko nam predstavlja jak autoritet: *Tako bi postupio i moj šef!*
- U **racionaliziranoj komunikaciji** prevladava obrambeni mehanizam racionalizacije. Razgovor o nekom problemu izbjegava se tako da se citira, navodi statističke podatke ili analizu, bježeći tako od konkretnog problema u teoriju, znanost ili brojke: *Ako to bolje analiziramo vidimo da…*

3.5.2. Otvoreni razgovori i samootkrivanje u komunikaciji

Često se postavlja pitanje kako učinkovito poboljšati komunikaciju i ponašanje, bilo na radnom mjestu ili privatno, u svakodnevnim prigodama. Uvjeti za poboljšanje osobnosti uključuju samosvijest, otvorenost (koja obuhvaća samootkrivanje i korištenje povratnih informacija) te percepciju emocija drugih. Dvojica američkih psihologa, Joseph Luft i Harry Ingham (1955) poznati su autori tkz. *Johari prozora* – komunikacijskog alata koji ljudima pomaže razumjeti odnos sa samima sobom, kao i s drugima, te im pomaže povećati samopouzdanje. *Johari prozor* temelji se na kognitivnom pristupu otkrivanja samoga sebe te je kao komunikacijski alat osmišljen kako bi omogućio pojedincima da razumiju kako poboljšati osobnost i interpersonalne interakcije (Komócsin i Nagy,2018; Yadav i Gupta, 2017).

Johari prozor sastoji se od 4 dijela koja čine poznati i nepoznati prostori za nas te poznati i nepoznati prostori za druge (Tablica 3). Navedena četiri prostora definirana su kao:

1. **Otvoreni prostor „otvoreno ja“ (prvi kvadrat)** – predstavlja ono što znamo sami o sebi, ali i ono što drugi znaju o nama. To uključuje ponašanje, znanje, vještine, stavove i osobnu povijest. Što je ovaj dio širi, to bolje poznajemo sebe. Karakteristična je otvorena komunikacija i iskrena razmjena informacija između pojedinaca ili unutar grupe. Takvo ponašanje je javno i dostupno svima koji su uključeni u komunikaciju. „Otvoreni prostor“ značajno raste kako razina povjerenja među sugovornicima raste, jer pojedinci dijele sve više informacija, osobito informacije o sebi.
2. **Slijepi prostor (drugi kvadrat)** – predstavlja znanje drugih o nama, kojeg mi sami nismo svjesni, ali drugi to primjećuju. U ovom prostoru nalaze se informacije koje nesvjesno nudimo drugima u komunikacijskom procesu (izbjegavanje kontakta očima, odugovlačenje), ali koje sugovornici primjećuju. Tu iznosimo i naše karakteristike koje drugi primjećuju, ali mi ih nismo svjesni. Primjerice, naši prijatelji smatraju da smo kreativni, ali mi to nismo ni primijetili. Snaga *Johari prozora* je da možemo upoznati naše skrivene talente i to nam može otvoriti mogućnosti koje prije nismo razmatrali.
3. **Skriveni prostor (treći kvadrat)** – predstavlja ono što znamo o sebi, a drugi to ne znaju. Dakle, u ovom prostoru nalaze se informacije koje su poznate nama, ali nisu dostupne drugima. To mogu biti i informacije koje osoba zadržava za sebe iz straha da će njezine emocije, percepcije, mišljenja o sugovornicima ili određenim članovima grupe biti odbačene, napadnute ili povrijeđene. Stoga se te informacije čuvaju u tajnosti. Prije preuzimanja rizika dijeljenja određenih informacija sa sugovornicima, osoba mora biti sigurna u potporu drugih pri izražavanju osjećaja, razmišljanja ili stavova. Kako bi se prethodno testirale moguće reakcije, osoba treba otkriti određene aspekte svoje osobnosti. S druge strane, određene informacije iz ovog prostora mogu se čuvati u tajnosti s ciljem manipuliranja ili kontroliranja drugih.
4. **Nepoznato područje (četvrti kvadrat)** – predstavlja ono što još ne znamo o sebi, ali to ne znaju niti drugi. Moguće je da osoba nikada ne dobije takve informacije koje su skrivene duboko u njenoj podsvijesti. Ipak, kako osoba tako i njeni sugovornici mogu otkriti nepoznate informacije putem razmjene povratnih informacija u komunikacijskom procesu. Ovo nepoznato područje sadrži elemente povezane s intrapersonalnom dinamikom, uspomenama iz ranog djetinjstva, latentnim sposobnostima i nepoznatim mogućnostima. Ograničenja ovog prostora razlikuju se

ovisno o količini željenih i prihvaćenih povratnih informacija (Beganu i Niţan, 2006; Komócsin i Nagy, 2018).

Tablica 3. Johari prozor – temelj kognitivnog pristupa otkrivanju samoga sebe

	ŠTO JA ZNAM O SEBI	**ŠTO JA NE ZNAM O SEBI**
ŠTO DRUGI ZNAJU O MENI	**Prvi kvadrant (Q1) „Otvoreno ja“** Otvoreni prostor odnosi se na ponašanje, osjećaje i motivaciju poznate sebi i drugima (često se naziva *Javni prostor* ili *Arena*).	**Drugi kvadrant (Q2) „Drugo ja“** Slijepi prostor odnosi se na ponašanje, osjećaje i motivaciju poznatu drugima, ali ne i meni (često se naziva *nesvjesno ja*).
ŠTO DRUGI NE ZNAJU O MENI	**Treći kvadrant (Q3) „Skriveno ja“** Skriveni prostor odnosi se na ponašanje, osjećaje i motivaciju vezano za mene, ali ne i za druge (često se naziva i *privatno ja*)	**Četvrti kvadrant (Q4) „Nepoznato ja“** Nepoznati prostor odnosi se na ponašanja, osjećaje i motivacije koje nisu poznate ni meni niti drugima (često se naziva *potencijalno znanje* te je izvor iznenađenja, učenja i otkrivanja novih sposobnosti i vještina.

Izvor: Bergquist (2009).

Prvi kvadrant „Otvoreno ja“ je najvažniji kvadrant, što znači da što više toga ljudi u komunikaciji znaju jedni o drugima, to su skloniji suradnji i učinkovitiji su u međusobnim odnosima. Proces povećanja prostora „Otvoreno ja“ naziva se *samootkrivanjem* koje se odvija između nas i drugih ljudi s kojima komuniciramo. Kada se informacije šire iz prostora „Skriveno ja“ (treći kvadrant) u prostor „Otvoreno ja“, iste se šire vertikalno i skriveni prostor postaje sve manji. Kada drugi ljudi iz okoline daju povratnu informaciju o tome što oni znaju ili primjećuju o nama, prostor „Otvoreno ja“ širi se horizontalno, a prostor „Drugo ja“ se smanjuje. Međutim, brojna psihološka istraživanja danas potvrđuju kako na dinamiku prijenosa informacija između prva tri kvadranta utječe četvrti kvadrant „Nepoznato ja“ u kojemu se nalaze informacije koje nisu poznate ni samoj osobi niti drugima. Prostor „Nepoznato ja“ izvor je iznenađenja, učenja i otkrivanja novih sposobnosti i vještina te je

ispunjen nesvjesnim idejama, emocijama ili utjecajnim podražajima (utjecaj miješanja zvukova, slika, mirisa, okusa) koji se na neki način slažu s našim unutarnjim uvjerenjima i vrijednostima.

Proces samootkrivanja u interpersonalnoj komunikaciji povećava samopoštovanje i stvara stabilniju sliku o sebi. Kapacitet za samootkrivanje smatra se pokazateljem dobrog mentalnog funkcioniranja koje uključuje povjerenje u druge i prihvaćanje samoga sebe te smanjuje obrambene pozicije u komunikaciji. Samootkrivanje je znak samopouzdanja i često se događa uzajamno: kada netko otkrije nešto o sebi, drugi se također potiču da učine isto.

U isto vrijeme postoje ograničenja u komunikacijskoj tehnici samootkrivanja. Primjerice, u suvremenom društvu ljudi s visokim društvenim statusom rijetko se otkrivaju onima s nižim statusom ili, općenito gledano, žene se mnogo lakše otkrivaju drugim ženama nego muškarcima. S druge strane, samootkrivanje se ne smatra odustajanjem od čuvanja povjerljivih informacija (osobnih ili profesionalnih) u slučaju kada bi osoba sama sebi prouzročila veliku štetu. Dakle, samootkrivanje, kao i povratne informacije u komunikaciji, odnose se na vlastite emocije i percepcije.

Ako želimo da komunikacija bude otvorena i osviještena, tada moramo i sami biti kritičke, otvorene i osviještene osobe. „Razvijanje slobodne, kritičke, otvorene i osviještene interpersonalne komunikacije moguće je samo s pomoću metakomunikacije (komunikacije o komunikaciji) i komunikacijskog *feedbacka* (davanje, traženje i primanje povratnih informacija). Naime, tek u razgovoru, dijalogu s drugima, možemo upoznati sebe, otkrivati se i osvješćivati. Kada na taj način svoju komunikaciju učinimo slobodnom, kritičkom, otvorenom i osviještenom, tek se tada možemo profesionalno i stručno koristiti njome. Dokle god je naša komunikacija prisilna, bez našeg uvida u nju, prikrivajuća i nesvjesna, ona je nepouzdani instrument za ostvarivanje naših privatnih i profesionalnih obveza i zadataka“ (Brajša, 1993; str. 47).

3.6. STILOVI KOMUNICIRANJA

Jedno od najzanimljivijih područja istraživanja u interpersonalnoj komunikaciji jest ono koje analizira i identificira različite stilove ponašanja i komuniciranja koji se koriste, ovisno o situacijama i sugovornicima. Komunikacijski stil je, prema tome, način na koji osoba komunicira, odnosno ponašanje koje osoba pokazuje tijekom komunikacije, a ima tri glavne funkcije: daje poruku o sadržaju, stvara komunikacijski profil osobe, te daje oblik interakciji ističući aspekte odnosa. Svaka osoba ima jedinstveni stil komuniciranja, način na koji komunicira i razmjenjuje informacije s drugima. Postoje četiri osnovna stila komunikacije: asertivan, agresivan, pasivan i pasivno-agresivan. Važno je razumjeti svaki stil komuniciranja i zašto ih pojedinci koriste. Na primjer, utvrđeno je da je asertivni način komuniciranja najučinkovitiji, jer uključuje najbolje karakteristike od svih ostalih stilova. U ovom poglavlju opisuju se teme:

- Asertivno ponašanje i komuniciranje
- Agresivno ponašanje i komuniciranje
- Pasivno submisivno ponašanje i komuniciranje
- Pasivno-agresivno ponašanje i komuniciranje

3.6.1. Asertivno ponašanje i komuniciranje

Biti asertivan znači biti sposoban učinkovito komunicirati svoje misli i osjećaje, poštujući prava drugih, tako da komunikacija ne bude uvredljiva ili ponižavajuća. Asertivno komuniciranje je vještina koji se koristi u svim komunikacijskim situacijama; asertivnost uvijek dopušta postavljanje uravnoteženosti i učinkovit odnos, koji stvara pozitivan i konstruktivan razgovor sa sugovornikom. Asertivnost je načelo koje, ako se primjenjuje redovito i sustavno u svakodnevnoj komunikaciji, može pomoći u razvoju potencijala učinkovite komunikacije.

Asertivno ponašanje nalazi se u sredini raspona od pasivnog ponašanja kao jedne krajnosti do agresije kao druge krajnosti. Stilovi ponašanja i komuniciranja prikazani su na Slici 6.

Slika 6. Stilovi ponašanja i komuniciranja

Izvor: Interprofessional ambulatory unit - IpAC unit.

U literaturi autori različito definiraju asertivno ponašanje, pa ga definiraju kao: „sposobnost da se kaže „ne“, sposobnost da se traže usluge ili zahtjevi, sposobnost da se izraze pozitivni i negativni osjećaji, sposobnost da se započnu, nastavljaju i završavaju razgovori“ (Lazarus, 1973; prema Pipas i Jaradat, 2010); kao „temeljno pravo svakog pojedinca, njegovu slobodu i pravo izražavanja svog ponašanja, misli i emocija, te preuzimanje odgovornosti za svoje ponašanje i moguće posljedice“ (Smith, 1975; prema Pipas i Jaradat, 2010); nadalje kao „osobno pravo na izražavanje misli, osjećaja i uvjerenja izravno, pošteno i prikladno, bez kršenja prava drugih“ (Lange i Jacubowski, 1976; prema Pipas i Jaradat, 2010); odnosno kao „izražavanje bilo koje osobne emocije osim tjeskobe“ (Wolfe, 1982; prema Pipas i Jaradat, 2010); ili kao „sposobnost učenja prilagodbe ponašanja na međuljudske odnose“ (Lowrence, 1997; prema Pipas i Jaradat, 2010); te kao „interpersonalno ponašanje koje uključuje pošteno i izravno izražavanje misli i osjećaja koji su društveno prikladni i uzimaju u obzir osjećaje i blagostanje drugih ljudi“ (Rimm i Masters, 1979; prema Pipas i Jaradat, 2010), što je najzastupljenija definicija u suvremenoj literaturi.

Za učenje asertivnosti potrebni su vrijeme, praksa i unutarnja motivacija. Pojedinci koji nisu naučili biti asertivni komunikatori često čine pogreške te im je potrebna potpora kako bi vještine asertivnog komuniciranja primijenili u svakodnevnom životu. Asertivni komunikatori mogu jasno i otvoreno izraziti svoje potrebe, želje, osjećaje i mišljenja na način kojim poštuju i sebe i druge sugovornike. Asertivni komunikatori mogu razgovarati bez omalovažavanja, zlostavljanja ili dominiranja nad drugim ljudima. Naučiti kako postati asertivan komunikator može biti veliki izazov i zahtijeva vještine izražavanja misli i mišljenja na samouvjeren i pozitivan način te uz poštovanje sugovornika.

Di Lauro (2011) navodi kako se tajna dobre komunikacije nalazi u slušanju, a kroz slušanje se odnos s drugima dovodi u ravnotežu te se tako formira asertivno ponašanje. Asertivnost predstavlja sposobnost pojedinca koja se koristi u svakom odnosu kao potrebito ponašanje u komunikaciji za uspostavljanje **pozitivne reakcije kod sugovornika**. Stoga se asertivna komunikacija može razmotriti kao metoda interakcije koja se provodi i kroz sljedeća ponašanja:

- aktivno ponašanje gdje nema međusobnog suprotstavljanja;
- zauzimanje odgovornog stava koji je obilježen punim povjerenjem, kako u sebe tako i u druge;
- ponašanje gdje se osoba u potpunosti zauzima za vlastita prava, a bez negiranja prava i identiteta drugoga;
- zauzimanje stava koji ne osuđuje i ne kritizira druge, gdje nema predrasuda;
- sposobnost pokazivanja svojih osjećaja na jasan, izravan i iskren način, bez agresivnosti ili prijetnje prema drugima.

Amicucci (2019) navodi kako se asertivni stil komunikacije temelji na pravu da se prema drugoj osobi postupa s poštovanjem te na pravu svakog pojedinca da vjeruje u vlastite vrijednosti. Svatko od nas kao osoba ima svoj osobni prostor koji drugi moraju poštovati, ali ista ta osoba onda mora poštovati prava drugih. Drugi važan element asertivnog stila je osjećaj odgovornosti za vlastite postupke, koji se shvaća kao afirmacija i obrana naših prava prihvaćanjem posljedica naših postupaka. Temeljna pretpostavka asertivnosti je sposobnost slušanja ili obraćanja pozornosti ne samo na racionalni već i na emocionalni sadržaj komunikacije, sažimanje i davanje povratnih informacija (*feedbacka*) i traženje pojašnjenja. Smanjenje tjeskobe i straha te pojavljivanje pozitivnih uvjerenja koja proizlaze iz asertivnog ponašanja omogućuju osobni razvoj i povećanje samopouzdanja.

Razmatrajući karakteristike asertivne komunikacije Amicucci (2019) opisuje četiri temeljne komponente asertivnosti:

- **Verbalna komponenta** – dobro je koristiti riječi koje izražavaju povjerenje, kako u sebe tako i u druge. U ponašanju treba izbjegavati ranjavanje osjetljivosti drugih osoba uvredljivim izražavanjem ili prosuđivanjem.

- **Kognitivna komponenta** – uključuje sve misli koje uvjetuju naše ponašanje. Kod asertivnog stila komunikacije treba vjerovati u vlastitu sposobnost i uspjeh.
- **Emocionalna komponenta** – uključuje razinu emocionalnosti i ton i jačinu glasa. Važno je prenijeti svoju poruku na emocionalnoj razini u skladu sa situacijom, jer ton glasa igra odlučujuću ulogu kod uvjeravanja.
- **Neverbalna komponenta** izuzetno je važna. Veći dio komunikacije zapravo je neverbalan, a neverbalna komunikacija ima snažan utjecaj na sugovornika. Analiza neverbalnih poruka može se temeljiti na kontaktu očima, izrazu lica, gestama, govoru tijela, tišini, tonu, jačini i boji glasa.

Pipas i Jaradat (2010) naglašavaju kako asertivnost nije prirodno ponašanje s kojim smo rođeni. Ljudi u ponašanju i komuniciranju imaju dvije primarne reakcije – ili pobjeći ili se boriti, odnosno ili biti podložan ili biti agresivan. Asertivnost je način komunikacije i ponašanja koji se uči – to je vještina koju treba prakticirati. Na ljestvici između dva ekstremna ponašanja – **ponizno** i **agresivno** – asertivno ponašanje nije na sredini već **bliže agresivnom**, ali se razlikuje od agresivnog ponašanja u tome što ne narušava prava i slobode drugih. Kroz asertivnu komunikaciju osoba prvenstveno treba znati koje su njene potrebe i kako ih ispuniti. Komunikacijski cilj ovdje je pobijediti, ali i rješavati probleme i dobiti maksimalne rezultate. Osobe u asertivnom stilu komunikacije poštuju sebe i druge. Agresivni ljudi u komunikaciji koriste taktiku manipulacije i zlostavljanja, ne uzimaju u obzir mišljenja drugih te se najčešće stvaraju sukobi. Pasivni ljudi ne znaju komunicirati svoje osjećaje i potrebe. Strah od sukobljavanja kod njih je toliki da skrivaju svoje prave osjećaje i potrebe. Pasivnost u komunikaciji rezultira gubitkom samopoštovanja.

Pipas i Jaradat (2010) nadalje navode kako je asertivna komunikacija učinkovita prilagodba u konfliktnim situacijama. U bilo kojoj prigodi komunikacija se poboljšava ako postoji otvoren, neagresivan ili dobronamjerni dijalog. Asertivnost uključuje:

- biti u stanju izraziti svoje mišljenje i stajališta,
- moći to reći bez osjećaja krivnje,
- moći tražiti ono što se želi,
- izabrati kako živjeti svoj život bez osjećaja krivnje,
- biti u stanju riskirati kada se za to osjeti potreba.

Asertivnost utječe na gotovo sve aspekte života. Ljudi koji steknu ovu vještinu imaju manje sukoba, manje stresa, dakle, oni zadovoljavaju svoje potrebe i pomažu drugima da zadovolje svoje. Sve to dovodi do boljeg mentalnog stanja i poboljšanog zdravlja. Pipas i Jaradat (2010) također navode i bihevioralnu komponentu asertivnosti koja uključuje niz neverbalnih elemenata kao što su:

1. **Kontakt očima**: asertivna osoba tražit će kontakt očima sa svojim sugovornikom. Nedostatak kontakta očima može slati neželjene poruke, kao što su: *Nisam siguran što reći* ili *Ja se jako bojim*.
2. **Ton glasa**: čak i moguća najučinkovitija poruka može izgubiti svoju važnost ako je izgovorena prigušenim glasom ili pak prejakim, što može izazvati pasivno-agresivno ponašanje sugovornika.
3. **Stav tijela**: u asertivnom ponašanju stav osobe ne smije biti previše krut, jer izražava stanje napetosti, niti previše opušten, jer ga drugi mogu tumačiti kao položaj kojim se izražava nepoštovanje.
4. **Izrazi lica**: kako bi poruka bila prirodna, mimika mora biti odgovarajuća i sukladna sadržaju poruke. Primjerice, ako se netko smije kada mu se ukaže na neki problem, ta osoba daje nejasne informacije koje mijenjaju značenje komunikacije.
5. **Tempiranje poruke**: najučinkovitija asertivna poruka gubi značenje kada je izgovorena u pogrešno vrijeme.
6. **Sadržaj**: čak i ako su ispunjeni svi drugi uvjeti, poruka koja je suviše agresivna, s namjerom okrivljavanja drugog ili ako je izražena na stidljiv i pasivan način, neće biti učinkovito prihvaćena. Sadržaj asertivne poruke treba biti točno opisan i izravan.

Peneva i Mavrodiev (2013) napravili su povijesno-psihološku analizu asertivnog ponašanja i komuniciranja. Autori navode kako su se prva istraživanja asertivnosti počela provoditi 40-tih godina 20. stoljeća, kada je asertivnost bila od interesa za kliničke psihologe kao jedan od načina prevladavanja duševnih bolesti. Razvojem humanističke psihologije u 60-im godinama 20. stoljeća, pojavilo se zanimanje za svjesnu motivaciju i postavljanje osobnih ciljeva, samopotvrđivanje i razvoj osobnog potencijala.

U 70-im godinama 20. stoljeća, kada nastaje pokret za građanska prava u SAD-u, asertivnost se počela promatrati kao sredstvo zaštite individualnih prava, gdje je naglašena sposobnost zaštite ljudskih prava u humanom i demokratskom društvu (Peneva i Mavrodiev, 2013).

Društveni i politički odnosi, tijekom 80-ih i 90-ih godina 20. stoljeća, povećali su interes za asertivnost kao sredstvo jačanja ljudskog potencijala i postizanja maksimalnog osobnog ispunjenja (Peneva i Mavrodiev, 2013).

Zainteresiranost za asertivnost početkom 21. stoljeća pomaknuta je prema formiranju asertivnih vještina u različitim sferama javnog života. Velika pozornost usmjerena je na primjenu asertivnosti u pedagoškoj praksi. Izraženo je i veliko zanimanje za asertivnost psihologa koji rade u području profesionalnih odnosa i upravljanja ljudskim resursima. Također istražena je i potreba za asertivnošću u području sporta, medicine, politike, religije, umjetnosti, mode, turizma, kao i u drugim područjima profesionalnih kompetencija (Peneva i Mavrodiev, 2013).

Poznati klinički psiholog i teoretičar Arnold Lazarus (1973), koji se bavio problemima bihevioralne terapije te se u svojoj praksi usredotočio na transformaciju agresivnosti u društveno prihvatljive oblike ponašanja, asertivno je ponašanje 1973. godine definirao kao *društvenu kompetenciju*. Nedostatak takve kompetencije bila je posljedica manjka bihevioralnih strategija koje su potpuno ovladale društvenom stvarnošću, kao i nemogućnost prilagodbe i loše ponašanje koje je promatrao kao *socijalni deficit* pojedinca, što je svrstavao u jedan od glavnih uzroka nesigurnosti (Lazarus, 1973; prema Peneva i Mavrodiev, 2013). Lazarus je identificirao četiri skupine navika koje spadaju pod asertivne osobnosti te predstavljaju uvjete za ispunjenje ciljeva:

- sposobnost otvorenog razgovora o vlastitim željama i potrebama,
- sposobnost da se kaže *Ne*,
- sposobnost otvorenog govora o vlastitim pozitivnim i negativnim osjećajima,
- sposobnost uspostavljanja početka komunikacije te održavanja i završetka razgovora (Pipas i Jaradat, 2010; Peneva i Mavrodiev, 2013).

Asertivnost nije samo izraz ponašanja osobe, već uključuje i kognitivne elemente kao što su životna filozofija i osobna procjena, a koji su nužan uvjet za postojanje asertivnosti. Znanstveni radovi koje je objavio Lazarus utjecali su na razvoj kognitivne terapije. Pristaše kognitivne psihologije složili su se s tim da postojanje određenih kognitivnih pogrešaka – selektivna pažnja, proizvoljni zaključci, pretjerana generalizacija, pretjerivanje ili podcjenjivanje – dovodi do pogrešnih i iracionalnih zaključaka te smatraju da je edukacija

vezana za asertivnost učinkovita tehnika u liječenju granica poremećaja osobnosti, ovisnosti i bipolarnog (pasivno-agresivnog) poremećaja osobnosti (Peneva i Mavrodiev, 2013).

Iz perspektive kliničke psihologije, dakle, asertivnost se promatra u odnosu na pojavu psiholoških poremećaja. U istraživanjima neasertivnog ponašanja klinički psiholozi proučavaju njegovo podrijetlo i mehanizme formiranja koji se mogu razmatrati kroz bihevioralnu, kognitivnu i emocionalnu razinu.

Kao glavni razlog za neasertivnost definiran je način ponašanja koji se sastoji od individualnih navika (stereotipa) ponašanja. Snaga, kvaliteta i opseg takvih navika bili su osnova za kognitivnu procjenu ponašanja. Prisutnost ili odsutnost obrazaca izražavanja osjećaja smatrana je temeljem asertivnosti. Za učinkovitost međuljudskih odnosa najvažnija je sposobnost otvorenog govora o vlastitim osjećajima i željama. U odsutnosti takve navike, međuljudski odnosi i komunikacija su ograničeni i formalizirani (Lazarus, 1973; Salter, 2002; Wolpe, 1990; prema Peneva i Mavrodiev, 2013).

Brojni procesi koji utječu na povjerenje postavljeni su na kognitivnoj razini. Iracionalna vjerovanja mogu dovesti do zabluda o svijetu i sebi, što može ograničiti međuljudske kontakte i asertivno ponašanje. Nerealni zahtjevi imaju posebno nepovoljan učinak na pojedinca te su temelj mnogih emocionalno-bihevioralnih poremećaja (Peneva i Mavrodiev, 2013).

Kognitivni procesi su u određenoj mjeri povezani ne samo s ponašanjem, koje je njihov temelj, već i s emocionalnim procesima koji su bili treća razina istraživanja asertivnosti u kliničkoj psihologiji. Klinički psiholozi definirali su **društveni strah** kao jedan od glavnih uzroka nesigurnosti. Strah od međuljudskih kontakta postao je temeljno emocionalno stanje koje vodi u gubitak samopoštovanja i osobnog značaja (Peneva i Mavrodiev, 2013).

Izvan kliničke psihologije asertivnost kao koncept stekla je popularnost nakon pokreta za građanska prava u SAD-u 70-tih godina 20. stoljeća. Patricia Jakubowski (1973) definirala je asertivnost kao čin zaštite pojedinačnih prava osobe bez kršenja prava drugih te potrebu uspostavljanja ravnoteže između zahtjeva i obveza prema drugima. Pod zaštitom pojedinačnih prava autorica svrstava:

1. Pravo na djelovanje na način koji promiče vlastito dostojanstvo i samopoštovanje, sve dok ta osoba ne krši prava drugih svojim ponašanjem.
2. Pravo na postupanje s poštovanjem.

3. Pravo reći *Ne* bez osjećaja krivnje. Sposobnost odbijanja, prema Jakubowskoj, nije sebičan stav, već čin obrane vlastitih prava.
4. Pravo na osjećaje i izražavanje vlastitih osjećaja. To se posebno primjenjuje na negativne emocije – učinkovito pomaže kod suzbijanja ljutnje i frustracije. Potrebno je otvoriti se i raspravljati o emocijama, kako ne bi postale osnova skrivenog neprijateljstva koje bi moglo postupno uništiti povjerenje i vezu između ljudi.
5. Pravo na vrijeme potrebno za smirenje i razmišljanje. Ubrzano donošenje odluka i automatizam nisu dobri ni za osobne ni za profesionalne kontakte.
6. Pravo na promjenu vlastitog mišljenja. Život je dinamičan i stalno se mijenja. Ljudi često dobivaju nove informacije u odnosu na ono što je već odlučeno. Promjena odluke u određenim situacijama ne treba se smatrati izrazom nedosljednosti i neodgovornosti, već prepoznati kao fleksibilnost mišljenja i prilagodljivosti.
7. Pravo na traženje onoga što se želi, bez srama ili straha od osude ili optužbi, odnosno bez straha da će se već samo izražavanje zahtjeva smatrati nedopustivim.
8. Pravo na odlučivanje koje su aktivnosti prema osobnim kriterijima više, a koje su manje važne te pravo u skladu s tim raspodijeliti napore i rad.
9. Pravo na traženja informacija, osobito kad bi trebalo donijeti važnu odluku u životu. Pitanja koja sugovornik postavlja trebala bi biti prihvaćena kao osobna ograničenja, ali i kao nedostatak specifičnog stručnog znanja.
10. Pravo na pogreške. Budući da nema ljudskog bića koje nikada nije griješilo u vlastitom životu, često upravo strah od pogrešaka obeshrabruje ljude u međusobnim odnosima.
11. Pravo da se osoba osjeća dobro sama sa sobom. Mnogi su iskusili poteškoće u primjeni ovog pravila kao čin sebičnosti. Takvo ponašanje, tipično je, primjerice, za žene kućanice (Jakubowski i Lange, 1978; prema Peneva i Mavrodiev, 2013).

U knjizi *Kada kažem „ne“, osjećam se krivim* autor Manuel J. Smith 1985. godine predlaže *Popis asertivnih prava kao osnovu za zdrave nemanipulativne odnose na radnom mjestu i kod kuće.* Tu spadaju:

1. Pravo da se donosi sud o vlastitom ponašanju, mislima i osjećanjima te da se preuzme odgovornost za posljedice svojih postupaka;
2. Pravo da se ne daju razlozi ili izgovori kako bi se opravdalo vlastito ponašanje.
3. Pravo da se procjenjuje odgovornost za nalaženje rješenja tuđih problema.

4. Pravo na promjenu mišljenja.
5. Pravo na pogrešku – i preuzimanje odgovornosti za istu.
6. Pravo reći: *Ne znam*.
7. Pravo ne biti u ovisnosti o naklonosti drugih ljudi.
8. Pravo biti nelogičan kod donošenja odluka.
9. Pravo reći: *Ne razumijem*.
10. Pravo reći: *Nije me briga* (Smith, 1985; prema Milivojević i Dragović, 2012).

Prema Smithu (1985), samosvjesna osoba dobro poznaje svoja prava te isto tako priznaje i prava drugih te ih u svom ponašanju nastoji ne kršiti. Uspješna provedba asertivnih prava dovodi do uzajamnog poštovanja i pristojnosti. Autor je naglasio da su navedena asertivna prava primjenjiva u svim aspektima života, u različitim situacijama i pod različitim okolnostima. Posebnu pozornost autor je posvetio sposobnosti da se postignu razumni kompromisi, prihvate kritike i rješavaju sukobi, kako u neformalnoj komunikaciji tako i u poslovnom okruženju.

Marshall Rosenberg (2006) u svoj knjizi *Nenasilna komunikacija – jezik života* istaknuo je asertivni pristup u komunikaciji te navodi kako je nenasilna komunikacija način koji nas potiče da dajemo od srca, povezujući nas kako sa samima sobom tako i s drugima, dopuštajući razvoj sposobnosti prirođene suosjećajnosti. Nenasilna komunikacija temelji se na jeziku i komunikacijskim vještinama koje jačaju sposobnost pojedinca da komunicira čak i u teškim uvjetima. Takva komunikacija ljude vodi u preoblikovanje načina kako se izražavaju i slušaju druge. Umjesto uobičajenih automatskih reakcija, nenasilna komunikacija ljude usmjerava na iskreno i jasno izražavanje te istovremeno obraćanje pozornosti na sugovornika s poštovanjem i empatijom. Primjena nenasilne komunikacije ne zahtijeva da i sugovornici budu vješti u istoj, niti motivirani da se sa suosjećanjem odnose prema nama. Ako se osoba drži načela nenasilne komunikacije često će se i drugi, kada uvide da je to jedini motiv, priključiti takvom procesu komunikacije, što će rezultirati obostranim odnosom punim poštovanja, uvažavanja i suosjećanja. Definirajući pojam *nenasilne komunikacije* Marshall Rosenberg navodi četiri komponente modela nenasilne komunikacije:

1. **Opažanje** – čine ga konkretni postupci koje opažamo, koji utječu na naše blagostanje. Prvo se promatra što se događa u određenoj situaciji, što drugi govore ili čine u određenoj situaciji. Kroz opažanje osoba bez osude ima pravo reći što joj se sviđa ili ne sviđa.

2. **Osjećaji** – primjećujemo kako se osjećamo na temelju onoga što smo opazili, kako se osjećamo kada promatramo određene događaje, jesmo li povrijeđeni, uplašeni, radosni, tužni i sl.
3. **Potrebe** – uočavamo potrebe, vrijednosti ili želje koje pobuđuju naše osjećaje. Potrebe su povezane s osjećajima koji se prepoznati.
4. **Molba** – čine ju konkretni postupci koje tražimo kako bismo obogatili svoj život ili ga učinili ljepšim.

Jedan dio komunikacijskog procesa sastoji se od iskazivanja informacija kroz navedene četiri komponente na vrlo jasan i iskren način, verbalno ili neverbalno. Drugi dio komunikacijskog procesa sastoji se od primanja istih tih informacija kroz navedene četiri komponente od svojih sugovornika. S drugima se, dakle, povezujemo tako što prvo pokušamo saznati što opažaju, osjećaju i koje su njihove potrebe te tada otkrivamo koje su njihove molbe i što bi obogatilo njihov život.

3.6.2. Agresivno ponašanje i komuniciranje

Agresivno ponašanje i komuniciranje uključuje primjenu fizičke ili psihološke snage koja će dominirati, kontrolirati, poraziti ili oštetiti sugovornika, njegove emocije, vlasništvo ili uvjerenja (Anderson i Matthew, 1997). Agresivna osoba aktivno sudjeluje u komunikacijskom procesu napadajući mišljenja i ideje drugih dok brani svoje.

Agresivna komunikacija objašnjava se i nalazi svoje neposredno podrijetlo u odnosu na ono što sugovornik govori ili čini. Stupanj tolerancije na agresiju razlikuje se u ovisnosti od kulture i od individualnog senzibiliteta. Okvir za analizu ponašanja i agresivnog komuniciranja može se promatrati kroz tri različite perspektive te obuhvaća: aktera, žrtvu i situaciju ili kontekst (Milivojević i Dragović, 2012).

Milivojević i Dragović (2012) navode klasifikaciju vrsta agresije na temelju motivacije i intencijske dimenzije:

1. **Neprijateljska agresija**: ponašanje čiji je cilj da nanese patnju ili ošteti drugoga.

2. **Instrumentalna agresija**: ponašanje gdje se napad ili agresija na drugog vrši radi cilja koji nije agresivan (agresija je „samo“ sredstvo da se postigne neki drugi cilj, kao što je samoobrana, korist, prisvajanje tuđih dobara, prinuda).
3. **Ekspresivna agresija**: motivirana je željom da se pojedinac izrazi putem nasilja. Radi se o ponašanju koje nije reaktivno i čiji je cilj agresija sama po sebi, za razliku od prethodne dvije vrste (Moser, 1987; prema Milivojević i Dragović, 2012).

U komunikaciji se također može razlikovati obrambenu (benignu) od stečene destruktivne (maligne) agresivnosti (From, 1984; prema Milivojević i Dragović, 2012). Danas se u literaturi pojmu agresije daje negativno značenje naspram asertivnosti koja sadrži pozitivnu (funkcionalnu, adaptivnu) „agresiju“, npr. borbenost, oštrinu, jasnoću, odlučnost, ustrajnost, izravnost, čvrstinu i sl.

Općenito, agresija može biti fizička i verbalna. Do **verbalne agresije** dolazi se onda kada se namjerno vrijeđa druga osoba posredstvom govora. Govor često predstavlja uvod u fizičko nasilje. Govor je sam po sebi čin (Austin, 1975; prema Milivojević i Dragović, 2012). „Počinitelj ponekad nema namjeru, ili nije svjestan da ima namjeru da uvrijedi drugoga, ali taj drugi se osjeća uvrijeđenim i/ili promatrač percipira komunikacijski čin kao agresivan. Namjere i motivi su u mnogim situacijama teško uočljivi ili dokazivi, ali nikako nisu irelevantni. Nemoguće je lišiti se subjektivne dimenzije u vrednovanju konkretnog komunikacionog čina. Bez uvida u namjeru ili motiv, ne možemo pravilno protumačiti niti jedan postupak. U analizi asertivnosti upravo namjere i ciljevi komunikacijskog čina mogu pomaknuti granicu asertivnosti prema agresivnosti. S druge strane, postoji agresivna komunikacija motivirana dobrim namjerama i vrijednim ciljevima. Mnogi roditelji, na primjer, pribjegavaju agresivnoj komunikaciji uvjereni da to čine iz najboljih namjera, za djetetovo dobro. Nezavisno od nesvjesno agresivnih motiva i poriva, koji postoje kako u najboljim i najbliskijim odnosima ljubavi (poznata ambivalencija svih emocija), postoji i društveno oblikovano vjerovanje da će se agresivnim nastupom postići dobar cilj. Tako se u patrijarhalnim, konzervativnim društvima vjerovalo u autoritarnost („Batina je iz raja izašla“) kao najbolji odgojni model. Uz takva vjerovanja, jedan od faktora agresivne komunikacije su i neznanje, tzv. emocionalna nepismenost i socijalna nekompetentnost. Ali ponekad je agresivan nastup dobro promišljen, opravdan i svrsishodan, kao npr. u provokativnoj psihoterapiji, u samoobrani, u privođenju kriminalca koji se odupire, u odvraćanju djeteta u radnji koja mu ugrožava sigurnost ili život i sl.“ (Milivojević i Dragović, 2012; str. 103).

Verbalna agresija može biti eksplicitna i implicitna te direktna ili indirektna. Lako se može prepoznati eksplicitna verbalna agresija, bilo da je direktna (obraćamo se jednom od sugovornika) ili indirektna (poruka se upućuje jednoj osobi, a namijenjena je nekoj drugoj prisutnoj osobi). Međutim teže se primjećuje implicitna verbalna agresija, koja se često temelji na prikrivenoj ironiji, metafori, humoru ili suptilnoj neverbalnoj poruci.

Agresivne osobe krše prava drugih i zanemaruju njihovo duševno stanje. Osoba teško može shvatiti svoju vlastitu agresivnost. Agresivne osobe često uspijevaju dobiti ono što žele i za njih sve izgleda dobro. Međutim, zbog takvog ponašanja nakon nekog vremena agresivne osobe budu marginalizirane te završavaju u društvu samo s pasivnim osobama. Osobe s agresivnim ponašanjem i komuniciranjem sklone su:

- dominirati drugim osobama,
- gaziti prava drugih,
- razmišljanju da su uvijek u pravu,
- vlastite pogreške i neugodnosti pripisati odgovornostima drugih osoba,
- sebe precjenjivati,
- ne prihvaćati potrebe, mišljenja, želje i osjećaje drugih,
- izraziti mišljenja kao činjenice,
- ne slušati mišljenja drugih,
- neprekidno prekidati razgovor,
- imati rigidno mišljenje,
- zahtijevati da drugi djeluju u skladu s njihovom voljom,
- kritizirati, okrivljavati i napadati druge,
- osjećati se ispravnima dok osuđuju druge (Di Lauro, 2011; Garner, 2012).

Osobe s agresivnim ponašanjem u komunikaciji imaju sarkastičan i oštar ton glasa, govore brzo i tečno te imaju snažan kontakt očima i invazivni govor tijela, kao što je pokazivanje prstom prema nekome ili udaranje šakom. Utjecaj obrasca agresivne komunikacije je takav da se takvi pojedinci žele odvojiti od drugih osoba na način da generiraju strah i mržnju kod sugovornika te ih uvijek krive (Di Lauro, 2011; Garner, 2012). Agresivni komunikator govori, vjeruje ili se ponaša u skladu sa stavovima kao što su sljedeći:

- *Ja sam superiorna i ispravna osoba, a ti si inferioran i imaš pogrešno mišljenje.*
- *Svi drugi su moji neprijatelji i ja se moram braniti.*
- *Ostali ne vrijede ništa, ja sam bolji i zato se drugi moraju ponašati kako ja želim i hoću.*
- *Mogu nad tobom dominirati i zastrašiti te.*
- *Mogu prekršiti tvoja prava.*
- *Mogu dobiti sve što želim na svoj način, bez obzira na sve.*
- *Ne vrijediš ništa.*
- *Sve je to tvoja krivica.*
- *Ja sam u pravu.*

3.6.3. Pasivno submisivno ponašanje i komuniciranje

Pasivno submisivno ponašanje može se promatrati kao neprisilno ponašanje osobe, koje je okarakterizirano kao poricanje ili nezastupanje vlastitih osjećaje i uvjerenja. Isto tako, pasivna podređena osoba je ona koja izbjegava uznemiravanje drugih zbog straha ili suosjećanja te ima osjećaj inferiornosti prema drugim ljudima. Kada stvari krenu naopako, pokorni ljudi pretpostavljaju da su oni na neki način krivi i prihvaćaju krivnju iako su u stvarnosti drugi odgovorni. Pasivna i pokorna osoba obično potiskuje svoje osjećaje i uspomene (Akin, 2009).

Pasivne osobe također se moraju nositi s razočaranjem što ne dobivaju ono što žele. Rezultat takvog pasivnog i pokornog ponašanja je da osoba dobiva malo od onoga što želi, dok s druge strane gubi poštovanje drugih ljudi. Takva osoba ima slabo razvijeno samopoštovanje, osjeća unutarnji gnjev i ljutnju te ima psihopatološke probleme (Akin 2009).

Ponizno ponašanje najčešće nastaje i prevladava među učenicima i mladima koji potječu iz obitelji s niskim prihodima, koji su vrlo religiozni te koji ne dobivaju dovoljno potpore od svojih roditelja, koji odrastaju u obiteljima gdje su roditelji s niskom razinom obrazovanja (Sardoğan, Yılmaz i Bellici, 2015).

Također, kroz više istraživanja potvrđeno je da u usporedbi s muškarcima, žene imaju veću tendenciju pasivnog i submisivnog ponašanja, da često uskraćuju isticanje svojih mišljenja i stavova kako bi bile društveno bolje prihvaćene, što može imati nepovoljan utjecaj na njihove

trenutačne osjećaje o sebi i vlastitoj vrijednosti (Buss, 1981, 1990; Buss i Craik, 1980, 1981; Deluty, 1981; McCreay i Rhodes, 2001; Wall i Holden, 1994; prema Akin 2009).

Istraživanja koja su proveli Troop i sur. (2003) te Hacıoğlu i sur. (2013) pokazuju da su depresija i emocionalni poremećaji usko povezani s pasivnim submisivnim ponašanjem. Kod takvih osoba razvija se percipirana podređenost, kao što su osjećaj neadekvatnosti, nisko samopoštovanje, nedostatak samopouzdanja, bespomoćnost te osjećaj da su drugi moćniji. Također, kod takvih osoba razvijaju se i emocije povezane s niskim društvenim statusom, poput srama i ljubomore. Niz drugih istraživanja pokazao je da pacijenti s depresijom i poremećajem prehrane bilježe povećanu razinu neučinkovitosti u odnosu na stresne događaje i emocije (Troop i Treasure, 1997; Katzman, 1985; Garner, 1983; Bandura, 1997; prema Troop i sur., 2003).

Ljudi su u komunikaciji osjetljivi na ponašanje svojih sugovornika. U istraživanju u kojem je analiziran odnos između dominantnog i inferiornog ponašanja među sugovornicima Tiedens i Fragale (2003) ističu da dominacija jedne osobe poziva na pokornost druge i, obrnuto, da pokornost u komunikaciji izaziva dominaciju druge strane. Čini se da ljudi nisu svjesni tih učinaka te se brzo ili automatski smjeste u takav hijerarhijski diferencirani odnos. Međutim, kada se dominantna osoba susreće s dominacijom druge osobe ili pokorna osoba s pokornošću druge osobe, postoji manje naklonosti. U takvim interakcijama i komunikacija je manje ugodna. Kako ne bi došlo do nelagode u komunikaciji, treba se dogoditi komplementarnost u ponašanju i stavovima, gdje će se sugovornici nadopunjavati, gdje će se ljudi osjećati ugodnije.

Pojedinci s pasivnim ponašanjem u komunikaciji često se opisuju kao ponizne i lako manipulirane osobe, a mogu se lako identificirati i kroz pokazatelje neverbalne komunikacije kao što su nedostatak kontakta očima, pretjerano mekani glas i neodlučan govor. Pasivni pojedinci izbjegavaju sukobe, često vjerujući da su inferiorni u odnosu na druge. Takvo pasivno ponašanje često se potiče od rane dobi kako bi se djeca odgojila za brižnost i nesebičnost prema drugima te ih se potiče da se „lijepo“ ponašaju, odnosno da su tihi i poslušni. Pasivne osobe u komunikaciji često trpe i osjećaju nelagodu, ne znaju kako reći *Ne* te pate od različitih oblika ponižavanja i iskorištavanja. U komunikaciji:

- ne izražavaju svoja mišljenja i osjećaje,
- imaju poteškoća u donošenju odluka,

- boje se mišljenja drugih,
- ovisni su o dobivanju odobrenja od drugih,
- nisu u mogućnosti odbijati zahtjeve drugih,
- postupaju u skladu sa željama drugih,
- dopuštaju da se prema njima postupa s malo poštovanja,
- prevladava strah od uznemiravanja drugih te se pretjerano ispričavaju,
- izbjegavaju sukobe, govoreći, primjerice, *Da* kada doista žele reći *Ne* (Di Lauro, 2011; Garner, 2012).

3.6.4. Pasivno-agresivno ponašanje i komuniciranje

Pasivno-agresivno ponašanje pojavljuje se u različitim oblicima, a može se definirati kao indirektna neverbalna i verbalna komunikacijska agresija koja se očituje kroz negativno ponašanje. Pojam *pasivno-agresivnog komuniciranja i ponašanja* prvi put je upotrijebio vojni psihijatar pukovnik William Menninger (1944) tijekom Drugog svjetskog rata. Koristio ga je za opisivanje vojnika koji su izrazili prkos „pasivnim mjerama, kao što su tvrdoglavost, odugovlačenje, neučinkovitost i pasivni opstrukcionizam“. Menninger je vjerovao da je pasivna agresija reakcija na stres.

Pasivno-agresivni ljudi koriste neverbalnu i verbalnu komunikaciju kako bi izrazili svoje negativne osjećaje. Često dolaze do pasivno-agresivnog ponašanja kada osjećaju bespomoćnost. Pasivna agresija je nezdrav način izražavanja bijesa. Ljudi takvim ponašanjem u komunikaciju uključuju sarkazam, humor, pristaju na nešto, a zatim se povlače u posljednji trenutak, uzimaju veliko vremensko razdoblje kako bi dovršili jednostavan zadatak, imaju dosadno ponašanje, namjerno griješe ili „slučajno“ razbijaju stvari. To su situacije kada se pojedinac ljuti na sugovornika ili neku drugu osobu u okolini, ali to ne može reći. Takva se osoba, umjesto da iskreno komunicira, osjeća uzrujano, razdražljivo ili razočarano. Pasivna agresivnost može biti prikrivena ili otvorena i očigledna. Pasivno agresivne osobe ne moraju uvijek pokazati da su ljute ili ogorčene. Mogu se ponašati pristojno, prijateljski, biti ljubazne i dobronamjerne. Međutim, pod takvim ponašanjem može se pojaviti i komunikacijsko manipuliranje – koje mnogi autori svrstavaju pod pojam pasivno-agresivnog ponašanja (Mathias i Panthalanickal, 2007; Harrn, 2011).

Pasivna agresija promatra se i kao oblik emocionalnog ponašanja koje se može promatrati i kao oblik **emocionalnog zlostavljanja** koje se događa s ciljem stvaranja negativne energije i duševne boli kod sugovornika. Kod pasivno-agresivne komunikacije postoje stalni obrasci negativnih stavova te pasivni otpor u osobnim odnosima ili u određenim situacijama na radnom mjestu. Neki primjeri pasivne agresije mogu biti:

- nema komunikacije kada je jasno da je nešto problematično za raspravu;
- izbjegavanje/ignoriranje sugovornika kada je osoba ljuta i osjeća da ne može govoriti mirno o problemima;
- namjerno odlaganje izvršenja važnih zadataka te umjesto njih obavljanje manje važnih zadataka;
- namjerno odugovlačenje, ometanje ili sprječavanje događaja;
- strah od konkurencije te izbjegavanje situacija u kojima će se jedna stranka smatrati boljom u nečemu;
- dvosmislenost, osoba je zagonetna i nejasna, nije u potpunosti uključena u razgovore;
- osoba je tih, mrzovoljan i ogorčen sugovornik, čime privlači pažnju ili suosjećanje;
- kroničnim kašnjenjem druge stavlja pod kontrolu, kao i njihova očekivanja;
- kronično zaboravljanje dogovora i sl., čime se pokazuje nepoštivanje drugih;
- širenje zlonamjernih glasina (Harrn, 2011).

Pasivna agresija može se smatrati i obrambenim mehanizmom koji ljudi koriste kako bi se zaštitili. Takav mehanizam najčešće je automatski i proizlazi iz ranijih iskustava. Ono od čega se pojedinci štite takvim ponašanjem je različito i individualno za svaku osobu te može uključivati osjećaje odbacivanja, straha, nepovjerenja, nesigurnosti ili niskog samopoštovanja. Osoba s pasivno-agresivnim ponašanjem u kontinuiranoj je dilemi treba li biti pokorna ili samosvjesna; ovisna ili neovisna; ne može se odlučiti hoće li se pridržavati ili se oduprijeti zahtjevima drugih; kako reagirati na situacije – na aktivan ili pasivan način. Pasivno-agresivno ponašanje označava ponavljajuće ponašanje negativnosti koju karakteriziraju dva aspekta: (1) osoba je uplašena i nesposobna ili (2) postavlja se neprijateljski prema drugima (Mathias i Panthalanickal, 2007).

Pasivno-agresivno ponašanje često je potaknuto istim emocijama kao i agresivno ponašanje, a to su bijes, ljutnja i ogorčenost. Takvi osjećaji ako postoje jesu stvarni, ali ih pasivno-agresivne osobe ne izražavaju otvoreno. Posljedice pasivno-agresivnog ponašanja su:

- izbjegavanje komunikacije na negativan način,
- stvara se nesigurnost u komunikacijskom procesu,
- stvara se loša atmosfera među ljudima,
- izbjegavaju se stvarni problemi,
- stvaraju se negativni osjećaji i ogorčenost na indirektan način (Johnson i Klee, 2007; Mathias i Panthalanickal, 2007).

Pasivno-agresivno ponašanje i stil komunikacije razvija se već u djetinjstvu i to iz više razloga:

- **Kod kontradiktornog odgoja**. Pasivno-agresivna osobnost obično se razvija kada dijete internalizira nedosljednosti i kolebanja koja su sadržana u stavovima i ponašanjima kojima je izloženo. Na primjer, ponekad roditelji dijete nagrađuju zbog njegovog ponašanja, dok ga u drugim slučajevima za isto ponašanje kazne ili obeshrabruju. Dakle, dijete ima poteškoće u razvijanju dostatnog samopouzdanja i emocionalne stabilnosti što bi omogućilo linearnost ponašanja bez pretjeranih oscilacija.
- **Kad u obiteljima postoji jaka roditeljska kontrola nad djetetom**: pasivno-agresivna obrana razvija se kada je jedan od roditelja u velikoj mjeri kontrolor, a drugi ostaje odsutan ili pasivan. Obično je tu majka dominantni roditelj, a otac pasivan. Dijete koje je suočeno s dva ovakva modela suprotnosti, uči neku vrstu pogrešnog ponašanja koje sintetizira kontrolu (majka) i pasivnost (otac).
- **Kod „hiper-zaštite“ djece**: roditelji s mnogo kontrole se također i vrlo zaštitnički postavljaju pred djecom. Na taj se način razvija prekomjerna ovisnost djeteta o roditeljima. Tako zaštićeno dijete teško razvija osnovno povjerenje u svoju autonomiju te očekuje da drugi zadovolje sve njegove potrebe. Kod takve djece razvija se stres i strah za vlastite i autonomne odluke (Mathias i Panthalanickal, 2007).

Johnson i Klee (2007) proveli su istraživanje o učincima stilova vodstva na radnom mjestu s obzirom na autokratsko, transakcijsko ili transformacijsko vodstvo i njihov utjecaj na ponašanje zaposlenika, te naglašavaju da se ponašanje nikada ne događa u vakuumu i da sve akcije izazivaju reakcije. Pojedinci u svijetu rada ovisni su o postupcima ponašanja mnogih drugih. Osobe s pasivnom agresijom takvim negativnim ponašanjem stvaraju tešku, napetu atmosferu, odnosno može se slikovito reći da „truju“ svako radno mjesto. Pasivno-agresivni zaposlenici mogu koristiti takvo ponašanje kao oblik kontrole i/ili zastrašivanja svojih radnih kolega. Poslodavci mogu pokazati pasivnu agresiju kada su suočeni s problemima zaposlenika

te se ne žele baviti rješavanjem stvarnih slučajeva zlostavljanja i zastrašivanja na radnom mjestu. Takvo ponašanje od strane poslodavaca može biti vrlo štetno kako za pojedince tako i za timove unutar radne organizacije. Nefleksibilni voditelji koji ne slušaju svoje zaposlenike potiču nastajanje pasivno-agresivnog ponašanja na radnom mjestu. Događaji koji prethode pasivno-agresivnom ponašanju najčešće su isključivanje radnika kod donošenja odluka koje izravno utječu na njihov rad te neplanirane ili nenajavljene promjene na radnom mjestu. Pasivno-agresivni ljudi na radnom mjestu nastoje izgledati nevino i poslušno, dok druge napadaju. Namjeravaju biti negativni ili povrijediti svoje kolege, ali to neće priznati. Mogu generirati emocionalnu zbunjenost, jer su njihove namjere prikrivene. Njihovi sugovornici koji su stalno izloženi zlonamjernosti osjećaju se zbunjeno, uznemireno, uvrijeđeno ili frustrirano (Johnson i Klee, 2007).

Često se postavlja pitanje kako prevladati vlastito pasivno-agresivno ponašanje. Osoba može sama sebi pomoći tako da:

- postane svjesna temeljnih osjećaja koji uzrokuju takvo ponašanje,
- postane svjesna utjecaja svog ponašanja,
- preuzme odgovornost za svoje postupke i reakcije,
- pokuša ne osjećati se napadnuto kada se suoči s problemom, umjesto toga treba sagledati situaciju,
- nauči biti odlučna u izražavanju sebe – uočava kako razmišljati i komunicirati s poštovanjem te kako ojačati odnose s drugima.

Pasivno-agresivni ljudi kriju se iza neprikladne poruke i dvosmislene izjave. Njihova neugodna poruka prenosi se njihovim govorom, glasom ili neverbalnom komunikacijom. Ključ uspjeha u komunikaciji s takvim osobama je otkrivanje taktike pasivno-agresivne osobe. Osnovna pravila za suočavanje s pasivno-agresivnim ponašanjem drugih su:

- postati svjestan kako pasivna agresija djeluje i pokušati razumjeti sugovornika
- znati kako takvo ponašanje može utjecati. Potrebno je komunicirati bez okrivljavanja, odnosno razgovarati o problemima ili stavovima bez agresije. Na primjer, može se reći *Osjećam se uznemireno vašim ponašanjem*, a ne *Učinili ste to ili ono!*
- biti svjestan tuđih odgovora – ne kriviti sebe za odgovor i reakciju drugih
- biti iskren u odnosu na svoju situaciju

- ne prihvaćati agresivno ponašanje drugih koje ima negativan utjecaj na komunikaciju. Potrebno je ostati miran i komunicirati na pozitivan način.

3.7. EMPATIJA I KOMUNIKACIJA U KLINIČKOJ PRAKSI

Tijekom posljednjih godina objavljen je veliki broj radova koji proučavaju učinke interakcije između zdravstvenih djelatnika i bolesnika na ishode liječenja, a empatija i suosjećanje pripadaju važnim temama suvremene komunikologije i psihologije. Empatija predstavlja proces ulaženja u stanje, osjećaje i situaciju druge osobe, odnosno sposobnost staviti se u položaj sugovornika i razumjeti ga. Empatija predstavlja *vezivno tkivo dobrih interpersonalnih odnosa*. U kliničkom radu empatija predstavlja ključnu vještinu za dobar međusobni odnos i interakciju između kliničara i pacijenata te unutar zdravstvenog tima. U ovom poglavlju obuhvaćene su sljedeće teme:

- **Empatija u komunikaciji zdravstveni djelatnik-pacijent**
- **Riess i Kraft-Toddov model procjene empatije kroz neverbalnu komunikaciju**

3.7.1. Empatija u komunikaciji zdravstveni djelatnik-pacijent

Ishodi zdravlja direktno su povezani s odnosom zdravstvenog djelatnika i pacijenta, a pritom je empatija kliničara identificirana kao jedan od najvažnijih elemenata koje pacijenti cijene. Briga, kao što pokazuje empatija koju je izrazio zdravstveni djelatnik, smatra se jezgrom i vještinom komunikacije koja se može naučiti. Bonvicini i sur. (2009) navode kako je dokazano da pacijenti visoko cijene empatiju kod zdravstvenih djelatnika, ali istraživanja pokazuju da ovaj element često nedostaje pri medicinskim susretima. Prilikom edukacija o empatiji kod liječnika je primijećeno da se razina iskazivanja empatije poboljšala za 37%. Edukacija je učinila značajnu razliku u empatijskom izrazu liječnika tijekom interakcija s pacijentom.

Kao temeljne komunikacijske vještine u medicini, aktivno slušanje i empatija načini su da se odgovori na jedinstvene potrebe, vrijednosti i preferencije pojedinih pacijenata. Empatija se

smatra ključnom za učinkovitu zdravstvenu skrb, povećava kvalitetu i količinu kliničkih podataka, potiče zadovoljstvo pacijenata, smanjuje rizik od zlouporabe i dovodi do poboljšanja zdravstvenog stanja pacijenata. Također Bonvicini i sur. (2009) kroz svoj rad definirali su empatiju kao višedimenzionalni koncept vještina s kognitivnim, afektivnim i bihevioralnim elementima. Rezultati istraživanja potvrđuju da izloženost sveobuhvatnijem obrazovnom programu može dovesti do pozitivne promjene u izražavanju empatije u kliničkoj praksi.

Unatoč dokazima koji sugeriraju da je empatija jedna od važnijih liječničkih vještina i da pacijenti visoko cijene empatiju koja im je pružena, većina liječnika ipak ne uspijeva učinkovito pokazati empatiju prema svojim pacijentima. Levinson i sur. (2008; prema Bonvicini i sur., 2009) tvrde da su liječnici odgovorili na emocionalne znakove pacijenata u samo 21% slučajeva na razini primarne zdravstvene zaštite i 38% kod kirurških slučajeva, a također često propuštaju priliku u prepoznavanju pacijentovih stvarnih osjećaja. Postoje specifična ponašanja liječnika, verbalna i neverbalna, koja povećavaju vjerojatnost da će pacijent doživjeti liječnika kao brižnu osobu.

Krznarić (2007) empatiju definira kao kognitivno razumijevanje osjećaja i položaja druge osobe što omogućava „kognitivan vid“, tj. perspektivu, a time i usmjeravanje vlastitih postupaka prema tuđim osjećajima, dok emocionalno uživljavanje u osjećaje druge osobe omogućava i „afektivan vid“, tj. gledanje svijeta očima druge osobe i postizanje razumijevanja njezinih osjećaja. Empatija je umijeće imaginarnog „ulaska u kožu druge osobe“, razumijevanja njezinih osjećaja i viđenja te korištenja tog razumijevanja za usmjeravanje vlastitih postupaka (Krznarić, 2007).

Kourmousi i sur. (2017) navode da je sposobnost empatije bitna ne samo za društvene interakcije i komunikaciju, već i za formiranje i održavanje smislenih emocionalnih odnosa te općenito za prosocijalno ponašanje. Empatija je “iskra ljudske brige za druge, ljepilo koje stvara mogući društveni život” (Kourmousi i sur., 2017). U medicinskome okruženju i susretima liječnika s pacijentima vrlo je važno pojačati empatično neverbalno ponašanje.

Empatija predstavlja, kako Kourmousi i sur. (2017) naglašavaju, vrlinu spoznaje tuđih razmišljanja, no kako ne bi postala „meka vrlina“ bitno je znati zadržati ravnotežu između njezine racionalne i emotivne komponente. Naime, ukoliko je kognitivna komponenta prenaglašena, empatija može biti svedena na intelektualni pokušaj razumijevanja stanja druge osobe, što isključuje emocionalnu komponentu. U slučaju kada je, pak, emocionalna

komponenta prenaglašena, može doći do stapanja između nas i druge osobe, odnosno gubitka granica, što onemogućuje zauzimanje šire perspektive, a time i zadržavanje pozicije lidera.

Empatija predstavlja „vezivno tkivo dobrih interpersonalnih odnosa“. U radnoj atmosferi, radu sa strankama i suradnicima, empatija predstavlja ključnu vještinu za dobar međusobni odnos i interakciju suradnika unutar ustanove (Tomulić i Grmuša, 2017).

U središtu odnosa između pacijenta i kliničara jest lijek. Pozitivan odnos na relaciji pacijent-zdravstveni djelatnik elementaran je u medicinskoj praksi. Mnoge i česte promjene unutar zdravstvenog sustava mogu negativno utjecati na odnose pacijenta i kliničara te potkopati empatiju u terapijskim odnosima. Hojat i sur. (2002) ističu da postoji povezanost empatije liječnika i njegovog doprinosa u liječenju. Empatija je višedimenzionalni koncept koji uključuje najmanje tri komponente. Najvažnija komponenta je **sagledavanje perspektive**, odnosno ishoda. Ostale komponente empatije su **suosjećajna skrb** te **pokušaj „ulaženja u pacijentove cipele“**. Empatiju mnogi izjednačuju s brižnošću ili dobrotom, a također i sa osjećajem suosjećanja prema drugome. Međutim, suosjećanje, odnosno simpatiju osjećamo isključivo prema osobama koje su nam svjetonazorski bliske, dok empatija ide korak dalje te predstavlja neutralan filtar kroz koji empatične osobe promatraju druge osobe, neovisno o tomu radi li se o negativnim ili pozitivnim emocijama. Autori vjeruju da je empatija stanje osobnosti koje se može smanjiti tijekom medicinskog obrazovanja, ali se kasnije u praksi također može poboljšati ciljanim edukacijama. Drugi, pak, navode da je empatija osobina osobnosti koja se ne može lako naučiti, odnosno da se usvaja u djetinjstvu. Stoga bi trebalo kod mladih kliničara ispitati razinu empatije pri odabiru specijalnosti u medicini i pri savjetovanju o karijeri (Hojat, 2002).

Poznavanje i prepoznavanje svojih i tuđih emocija pomaže nam i od izuzetne je važnosti u medicinskoj praksi, pridonosi unutarnjoj motivaciji za rad te osposobljavanju za timski rad – što je također itekako važno u medicinskom okruženju. Vrlo smo često nekompetentni u shvaćanju i obradi svojih emocija i emocija drugih ljudi. Goleman (1997) navodi karakteristike emocionalno inteligentnih te s druge strane emocionalno „nepismenih, gluhih“ pojedinaca, a koji bi u medicinskome okruženju mogli biti čak i opasni. Karakteristike emocionalno inteligentnih ljudi su: suosjećajnost; motiviranje drugih; reagiranje na situacije; povezivanje činjenica s mnogo razumijevanja; ljudskost; prepoznavanje, uvažavanje i pozitivno postupanje s vlastitim i tuđim emocijama i ponašanjem; povezivanje emocija s vlastitim djelovanjem; ostvarivanje ciljeva, održavanje interesa, kreativnost u rješavanju

problema; angažiranje oko drugih; primjereno i učinkovito služiti se svojim emocijama; koncentracija, samomotivacija, samosvladavanje, odgađanje neposrednog uspjeha (egoizma), potiskivanje impulzivnosti, praktično poznavanje sebe i drugih; učinkovita orijentacija u praktičnim problemima ustanove. Nadalje, emocionalno pismeni ljudi zapažaju različitost i intenzitet emocija, razumiju ih i mogu o njima razgovarati te su u stanju prepoznati njihove uzroke. Emocionalno inteligentnim ljudima nagrada nije samo novac, moć, status, nego i želja činiti dobro. Emocionalno „gluhi“ ljudi nesposobni su u zapažanju tuđih osjećaja. Oni ih ne vide, već uočavaju tjelesne znakove emocija, ali ne i same emocije. Nisu u stanju prepoznati što se krije iza određenog ponašanja i tjelesnih neverbalnih poruka. Emocionalno „nepismeni“ ljudi zapažaju emocije, ali ih ne razumiju niti mogu o njima razgovarati. Ne mogu objasniti njihove uzroke kao ni moguće posljedice (Goleman, 1997).

Dobar primjer za bolje razumijevanje empatije u profesionalnom medicinskom okruženju daju nam i primjeri medicinskih sestara. Elayyan, Rankin i Chaarani (2018) ističu da empatija uključuje napor da se razumije pacijentovo iskustvo, dok suosjećanje uključuje osjećaj dijeljenja ili pridruživanja boli i patnji pacijenta. Razlika između simpatije i empatije nije samo teoretska, već ima ozbiljne implikacije za odnos između medicinske sestre i pacijenta. U trenutku kada medicinska sestra „uključi“ pacijentove emocije (ključno obilježje simpatije), klinički ishodi su ometani. Medicinska sestra trebala bi osjetiti osjećaje pacijenta samo u ograničenoj mjeri kako bi poboljšala razumijevanje s pacijentom bez ometanja profesionalne prosudbe. Kognitivni filtar empatije omogućuje pojedincima da se odvoje od drugih, dok pojedinci koji doživljavaju simpatiju imaju poteškoća u održavanju profesionalnog odnosa s pacijentima čije osjećaje preuzimaju. „Emocionalna udaljenost“ između medicinske sestre i pacijenta je poželjna ne samo da bi se izbjegla intenzivna emocionalna uključenost koja može ugroziti načelo kliničke neutralnosti, već pomaže i održati osobnu izdržljivost medicinskih sestara. Prema tim istraživanjima pretpostavljamo da je empatija pozitivna emocionalna kompetencija koja ipak može pomoći sestrama u rješavanju emocionalnih problema u interakciji s pacijentima. Medicinske sestre u stanju su nositi se s unutarnjim osjećajima i upravljati emocijama pacijenata, čime se povećava zadovoljstvo poslom. Kognitivni dio empatije (perspektiva) pozitivno je povezana s radnim angažmanom, sa zadovoljstvom s poslom/na poslu. Kognitivni „filtar“ empatije omogućuje pojedincima da se odvoje od osjećaja drugih i zadrže svoje. Uključuje sposobnost razumijevanja unutarnjeg iskustva druge osobe te gledanja na vanjski svijet iz njene perspektive. Afektivna komponenta uključuje sposobnost pridruživanja osjećajima druge osobe. Stoga, suosjećanje vodi pojedince u to da

ulažu više napora kako bi sačuvali svoj osobni prostor. Suosjećajna skrb i bavljenje pacijentima, ako je prekomjerna i osobna, mogla bi ometati objektivnost u dijagnostici i liječenju. Motivacija za dobre i kvalitetne odnose u kliničkoj praksi, koristeći i empatiju, nije pitanje „misionarskih“ namjera, već rezultat jasne emocionalne razmjene te regulacije emocija, koje služe kao vodiči za međuljudske odnose (Elayyan, Rankin i Chaarani, 2018).

U medicini je ključno da kliničari pokažu i empatiju i kompetenciju. Percepcija empatije često je intuitivna i temelji se na neverbalnom ponašanju. Pretpostavljamo da će percepcija kompetencije liječnika biti pozitivno povezana s percepcijom liječničke topline i empatije. Posebno je važna u kontekstu medicine, gdje je povezana s brojnim pozitivnim ishodima, uključujući: povećano zadovoljstvo pacijenata, dobar odnos s pacijentima, povećano pridržavanje liječničkih uputa, povećanu dijagnostičku točnost, smanjenje medicinskih pogrešaka te pozitivne zdravstvene ishode. Istraživanja o tomu kako se percipiraju liječnici ističu i razliku percepcije empatije, odnosno njezinih dviju dimenzija: **brigu** (sličnu visokoj empatiji) i **dominaciju** (sličnu niskoj empatiji). Zdravstveni djelatnici koji pokušavaju prenijeti empatiju, mogu umanjiti vlastitu kompetenciju. Kako pomiriti te dvije suprotnosti? Isključuje li empatija nužno zdravstvenu kompetenciju? Moraju li stvarno liječnik (i ostali zdravstveni djelatnici) stalno dominirati nad pacijentima? Empatija (kao toplina) i kompetentnost (kao dominacija/hladnoća) u pristupu/komunikaciji, na žalost, obrnuto su proporcionalne u percepciji pacijenata (Elayyan, Rankin i Chaarani, 2018).

Empatično ponašanje zdravstvenih djelatnika može, dakle, negativno utjecati na percepciju pacijenata o njihovoj stručnosti te smatraju da bi „bijela kuta“ trebala naglasiti profesionalnost po cijenu humanizma. Međutim, „kompetencije“ u medicinskom kontekstu uključuju i **tehničke kompetencije** (tj. vještine u medicinskim postupcima i biomedicinskom znanju) te **interpersonalne kompetencije** (tj. vještine u socijalnim interakcijama). S obzirom na to da pacijenti sve više uočavaju da su interpersonalne kompetencije presudne u procjeni, moglo bi se očekivati da će medicinske kompetencije i empatija biti pozitivno povezane, jer empatija sve više postaje komponenta uspješne medicinske skrbi i interpersonalne kompetencije (Elayyan, Rankin i Chaarani, 2018).

Razumijevanje medicinske kompetencije u skladu je s kretanjem prema medicini usmjerenoj na pacijenta i prema suradničkom odnosu s pacijentom, te naglašava iskustvo i razumijevanje pacijenta upoznatog s liječenjem (uključujući emocionalne i društvene implikacije). Elayyan, Rankin i Chaarani (2018) navode kako su modeli komunikacije u kliničkoj praksi koji su

usmjereni na pacijenta pokazali i povećanu učinkovitost u liječenju te bolje zdravstvene ishode. Autori predviđaju da empatično neverbalno ponašanje povećava percepciju i kompetentnost kliničara. Naglasak se stavlja na osposobljavanje kliničara u verbalnoj komunikaciji, pri čemu se malo pažnje posvećuje neverbalnoj komunikaciji. Također, osviješteno i učinkovito neverbalno ponašanje ključno je za rad u medicini usmjerenoj na pacijenta te identificira pozitivna neverbalna ponašanja, kao što su: otvoreno i opušteno držanje tijela, kontakt očima, osmjeh i dodir, izražavanje pozitivnih emocija. Nadalje, neverbalna komunikacija također je povezana s pozitivnim zdravstvenim ishodima, kao što je, primjerice, povećana tolerancija na bol (Elayyan, Rankin i Chaarani, 2018).

Kourakos, Vlachou i Kelesi (2018) ističu kako su kronična bolna stanja među najčešćim zdravstvenim problemima današnjice. S druge strane, sposobnost prepoznavanja emocija pacijenata važan je dio komunikacijskih vještina pružatelja zdravstvene skrbi, no upravljanje kroničnim bolestima je područje u kojemu se briga o pacijentu često neadekvatno rješava. Empatija, kao komunikacijska komponenta skrbi za pacijente i važna komponenta profesionalizma u medicini, nužan je saveznik u razmatranju skrbi za kronično bolesne pacijente. Sposobnost zdravstvenih djelatnika da pokažu empatiju povezana je i s dobro uređenim, kolegijalnim, profesionalnim organizacijskim okruženjem koje gradi empatiju (ne samo prema pacijentima) kao kulturnu normu. Administrativne strategije koje podržavaju pojedinačno empatično ponašanje uključuju pažljivo praćenje prekomjernog umora te identifikaciju ključnih uzora čije iskustvo pruža način da prihvate i utjelovljuju empatiju. Međutim, unatoč svemu, zdravstveni djelatnici često ignoriraju mogućnosti za empatiju, a pacijenti se tretiraju s odvojenom funkcionalnošću. Iskazivanje empatije osjetljivo je na organizacijske čimbenike koji mogu ugroziti namjere zdravstvenih djelatnika da pruže takvu skrb. Također i nedostatak organizacijske potpore utječe na sposobnost zdravstvenih djelatnika da demonstriraju i prakticiraju empatijsko ponašanje. Kada je akutna bolest bila vodeći uzrok medicinske problematike, pacijenti su bili pasivni primatelji medicinske skrbi, ali danas, kada je kronična bolest postala glavna prijetnja ljudskom zdravlju, pacijent mora postati partner u procesu liječenja, pridonoseći na gotovo svakoj razini odluke ili akcije. Pacijenti zaslužuju biti partneri u vlastitoj zdravstvenoj skrbi i zato što se zdravstvena skrb može pružiti učinkovitije i djelotvornije ako su pacijenti stvarni partneri u tom procesu. Biti pacijent nije samo fizičko već i emocionalno iskustvo, koje neprestano zahtijeva prilagodbe kako bi se pacijent uspješno nosio sa stresom. Sposobnost prepoznavanja emocija i

emocionalnog zdravlja pacijenta važan je i neodvojiv dio komunikacijskih vještina pružatelja zdravstvene skrbi (Kourakos, Vlachou i Kelesi, 2018).

Pacijenti za razne bolesti dobivaju raznovrsne specifične lijekove. Liječnici se tijekom svoje edukacije i poslije u praktičnom radu dobro upoznaju s načinom djelovanja, indikacijama i nuspojavama lijekova koje propisuju. Balint (1963; prema Bilić, 2011) je primijetio da je liječnik bolesniku lijek. „Liječnik je jedini „lijek“ kojega svaki bolesnik, bez obzira na njegovu specifičnu bolest, uvijek dobiva. Univerzalni lijek je upravo odnos koji uspostavljaju liječnik i bolesnik. Poznavanje osobina odnosa kojeg su liječnik i bolesnik uspostavili je važno, jer njihov odnos često presudno utječe na cijeli tijek liječenja“ (Bilić, 2011).

Štifanić (2012) naglašava kako je „savjetodavni model“ danas najprikladniji model komunikacije između kliničara i pacijenta, međutim u pitanju je model koji je u praksi teže ostvariv. „Razlog tomu je što liječnici tijekom školovanja nisu dovoljno educirani za takvu komunikaciju. Nadalje, za educiranje svog pacijenta liječnici obično nemaju dovoljno vremena, niti su za to stimulirani. Stoga, treba razviti takav model sustava zdravstva u kojem će liječnik za razgovor s pacijentom biti nagrađen, a ne kažnjen zbog „gubljenja vremena“ (Štifanić, 2012; str. 26).

3.7.2. Riess i Kraft-Toddov model procjene empatije kroz neverbalnu komunikaciju

Riess i Kraft-Todd (2014) ističu da se liječnici koji pokazuju empatično neverbalno ponašanje percipiraju kao kompetentniji od liječnika koji ga ne pokazuju. Pozitivna neverbalna komunikacija te ponašanje koje uključuje empatiju povećavaju percepciju pacijenta o kompetentnosti zdravstvenih djelatnika. Tijekom obrazovanja, međutim, ključno nedostaje podučavanje o neverbalnom ponašanju te o izražavanju empatije. Fokus te inzistiranje na verbalnoj komunikaciji previđa bitnu ulogu neverbalnih znakova u komunikaciji emocija, što ima značajne učinke na zadovoljstvo pacijenata te na ishode liječenja. Ta se praznina rješava novim edukativnim alatom za procjenu neverbalnog ponašanja u kliničkoj praksi pomoću akronima **EMPATHY** (Empatija). Ovaj akronim bio je dio studije treninga empatije u Općoj bolnici u Massachusettsu u razdoblju od 2010. do 2012. godine. Lako se pamti te usmjerava

zdravstvene djelatnike na ključne aspekte percepcije i reagiranja na neverbalne emocionalne znakove.

Taj akronim slovima na engleskom jeziku označava: **E**: ***eye contact***; **M**: ***muscles of facial expression;*** **P**: ***posture***; **A**: ***affect***; **T**: ***tone of voice;*** **H**: ***hearing the whole patient***; **Y**: ***your response***.

Riess i Kraft-Todd, (2014) procjenu empatije kroz neverbalnu komunikaciju opisuju kroz akronim na sljedeći način:

⇒ **E: *Eye contact.*** Kontakt očima, ključna komponenta društvene spoznaje, obično je prvi znak da je jedna osoba uočena od strane druge osobe. Iako postoje različite kulturne norme koje upravljaju kontaktom očima, stvaranje smislenog kontakta očima element je angažmana pacijenta koji je osobito važan za liječnike, pogotovo danas pri masovnoj uporabi tehnoloških/medicinskih pomagala.

⇒ **M: *Muscles of facial expression.*** Izraz lica sastavni je dio neverbalne komunikacije koja utječe na ishode zdravlja pacijenata. Suvremene studije otkrivaju da je empatija povezana sa sposobnošću dekodiranja izraza lica. Pokazalo se da je sposobnost dešifriranja izraza lica, posebno detekcije straha, snažan prediktor prosocijalnog ponašanja kod ljudi.

⇒ **P: *Posture.*** Stav i držanje tijela je snažan signal pozitivnih i negativnih emocija, neovisan o izrazima lica. Suptilne razlike u stavu liječnika značajno utječu na ocjenu empatije, pa je stoga važno da položaj liječnika pokaže uzajamno poštovanje i otvorenost. Primjerice, sjedenje s pacijentima u razini očiju prenosi poruku o zainteresiranosti i vremenu posvećenom pacijentima.

⇒ **A: *Affect.*** Iako je većina neverbalne komunikacije podsvjesna, svjesna procjena afektivnih stanja pacijenata također je ključna. Utječe na zadovoljstvo pacijenata i nižu razinu tjeskobe. Procjena emocionalne perspektive pacijenata pomaže u postizanju razumijevanja. Stjecanje/razumijevanje drugačije perspektive nije jednostavno – ona je i kognitivno zahtjevna i moderirana raspoloženjem.

⇒ **T: *Tone of voice.*** Povijest sudskih tužbi u medicini u korelaciji je sa zlouporabom tona glasa. Dominantni tonovi bili su u korelaciji s pacijentima koji su podnijeli tužbe, dok tonovi koji prenose toplinu i emocije zbog stanja pacijenta ne upućuju na podizanje tužbi. Sve upućuje na to da modulacija glasa ima značajne posljedice u radu s pacijentima.

⇒ **H: *Hearing the whole patient.*** Osim uvažavanja neverbalnih znakova i emocija (kroz aktivno slušanje) pacijenata, izrazi lica i tijela moraju biti kontekstualizirani. Kliničari mogu čuti „cijelog pacijenta“ stavljanjem neverbalnih znakova u kontekst cjelokupne slike o pacijentu, a ne usredotočujući se isključivo na dijelove tijela i fiziološke funkcije.

⇒ **Y: *Your response.*** Znatiželja liječnika te iskustva o vlastitim reakcijama (u susretima s pacijentima te u kliničkoj praksi) omogućuje im da se odvoje od negativnih emocija ljutnje, frustracije i odvojenosti. To je ključno za rad s „teškim“ pacijentima pri susretima gdje liječnikov odgovor može biti prvi signal da se „nastavi s oprezom“. Neadekvatni odgovori u emocionalno nabijenim situacijama često su uključeni u tvrdnje o zlouporabi i također u situacije za podizanje tužbi.

Riess i Kraft-Todd (2014) također ističu prednosti empatije u kliničkim susretima. Empatija je neophodna za kliničare kako bi mogli brižno komunicirati i stvoriti pozitivno iskustvo kod pacijenata. Pokazalo se da neverbalna komunikacija igra značajnu ulogu u procjeni empatije kod zdravstvenih djelatnika. Otvorenost kliničara i samopromatranje vlastitih odgovora na izražene emocije pacijenta također se pokazalo kao najistinitiji znak empatije. Prakticiranje empatije kroz neverbalnu komunikaciju osobito je povezano s boljim zdravstvenim ishodima, uključujući poboljšane razine hemoglobina, bolji sistolički krvni tlak, kraća bolovanja i manje funkcionalnih ograničenja. S druge strane, loše komunikacijske vještine pridonose dehumanizaciji, koja je postala glavna briga u medicinskoj i kirurškoj praksi. Također, loše dekodiranje neverbalnih znakova i emocija povezano je s mnogim uzrocima dehumanizacije. To uključuje smanjenje doživljavanja pojedinca kao individualnog identiteta pacijenta, te razmišljanje o pacijentu kao o dijelovima tijela i mehaničkom sustavu (mehanizacija). Odsutnost empatije implicira i odsutnost morala, a njezina prisutnost je osnova polazišta medicinske struke. Također, empatični kliničari koji su suočeni s golemim stupnjevima boli i patnje kod pacijenata to mogu također doživjeti kao značajan osobni problem, a takva visoka emocionalna uzbuđenost može ometati sposobnost pojedinca da učinkovito pomogne. Iz tog razloga edukacija o vještinama empatije treba uključivati obuku o sposobnosti samopouzdanja i samoupravljanja emocijama, kao što su vježbe dijafragmalnog disanja ili trening sabranosti, što pomaže smirenom i učinkovitom upravljanju u situacijama s visokim emocionalnim uzbuđenjem. Empatija ima široki kapacitet te se dva aspekta odvojeno moraju uzeti u obzir: afektivnu i kognitivnu empatiju. **Afektivna empatija** odnosi se na emocionalnu rezonanciju ili „osjećajni“ aspekt empatije, što uključuje simpatije i „emocionalnu zarazu“, što može

dovesti do golemih emocija zbog kojih needucirani kliničari mogu biti nespremni za upravljanje medicinskim postupkom. **Kognitivna empatija** odnosi se na „perspektivni“ aspekt empatije, proces racionalnog razumijevanja kontekstualnih aspekata iskustva druge osobe i odgovaranja na brižno ponašanje. Kognitivna empatija je sposobnost shvaćanja onoga što druga osoba osjeća te je odvojena od oblika afektivne empatije poput, primjerice, emocionalne zaraze. Čini se da je većina zamki empatije posljedica afektivne empatije koja otežava donošenje valjane odluka, dok je kognitivna empatija nedovoljno iskorištena (Riess i Kraft-Todd, 2014).

3.8. PERSUAZIJA U INTERPERSONALNOJ KOMUNIKACIJI

Brojna istraživanja potvrđuju da vještine uvjeravanja u privatnom ili poslovnom životu, odvajaju uspješne ljude od manje uspješnih. Uvjeravanje je komunikacijska vještina kojom pokušavamo utjecati na druge osobe s ciljem da promijenio ponašanja, vjerovanja i stavove sugovornika. Što je osoba bolja u komunikaciji, veće su šanse da bude uspješnija u uvjeravanju ljudi da čine nešto što obično ne bi učinili da im nije rečeno. Bez obzira na radno mjesto ili okolinu u kojoj živimo, vještina dobre komunikacije i uvjeravanja uvijek će rezultirati promjenom ponašanja, stavova i uvjerenja kod sugovornika na kojeg se persuazija odnosi. U ovom poglavlju razmatrat će se teme:

- Definicija persuazije ili uvjeravanja
- Osnovne komponente uvjeravanja
- Etičnost u persuaziji ili uvjeravanju
- Uvjeravanje i placebo učinak
- Obrada informacija s pozicije pacijenta

3.8.1. Definicija persuazije ili uvjeravanja

Kod samog spominjanja pojma *persuazije* ili uvjeravanja, danas se najčešće prisjetimo nekog snažnog i karizmatičnog vođe, brojnih oglasa i vijesti, političkih kampanja ili možda Interneta s nebrojenim *web*-mjestima na kojima se promoviraju proizvodi i tvrtke. Persuazija u

navedenim slučajevima ima snažne učinke na pojedinca ili društvo, s ciljem da se svjesno ili nesvjesno donese odluka te da se promijeni mišljenje o nečemu. Persuazija je važna u svakodnevnoj komunikaciji, bilo interpersonalnoj bilo javnoj i medijskoj, te utječe na samu srž naših života kao ljudskih bića.

Komunikološki teoretičari na različite su načine definirali pojam persuazije ili uvjeravanja definirajući ga na sljedeće načine:

- Komunikacijska aktivnost stvaranja, jačanja ili mijenjanja uvjerenja, stavova ili ponašanja drugih (Seiter, 2009);
- Komunikacija koja uključuje uporabu verbalnih, neverbalnih i slikovnih poruka koje utječu na stavove i ponašanje drugih (Warren, Becken i Coghlan, 2017);
- Komunikacijski proces u kojem komunikator nastoji izazvati željeni odgovor kod primatelja poruka (Andersen, 1971; prema Perloff, 2003);
- Svjesni pokušaj jednog pojedinca da promijeni stavove, uvjerenja ili ponašanje drugog pojedinca ili grupe putem prijenosa neke poruke (Bettinghaus i Cody,1987; prema Perloff, 2003);
- Simbolička aktivnost čija je svrha dobrovoljno prihvaćanje novih kognitivnih stanja ili obrazaca otvorenog ponašanja kroz razmjenu poruka (Smith, 1982; prema Perloff, 2003);
- Uspješan namjeran utjecaj na mentalno stanje druge osobe kroz komunikaciju u okolnostima slobodnog uvjeravanja (O'Keefe, 1990; prema Perloff, 2003).

- Simbolički proces u kojem komunikatori pokušavaju uvjeriti druge ljude da promijene svoje stavove vezano za određena pitanja kroz prijenos poruke u okolnostima slobodnog izbora (Perloff, 2003).

3.8.2. Osnovne komponente uvjeravanja

Definirajući pojam persuazije Perloff (2003) navodi i pet osnovnih komponenti uvjeravanja:

1. Uvjeravanje kao simbolički proces. Uvjeravanje ima svoje vrijeme trajanja, sastoji se od niza koraka i aktivno uključuje primatelja poruka. Ono je poput učenja, gdje komunikator poput „učitelja“ podučava ljude, korak po korak, pomažući im na putu prema rješenju nekog problema.

2. Uvjeravanje uključuje pokušaj utjecaja. Uvjeravanje uključuje namjerni pokušaj utjecaja na drugu osobu. Pošiljatelj poruke mora pokušati promijeniti stav ili ponašanje drugog pojedinca te mora biti svjestan (barem do neke razine) da pokušava postići taj cilj. Persuazija predstavlja svjesni pokušaj pojedinca da utječe na drugu osobu, pri čemu treba biti svjestan da je osoba koja prima poruku u mentalnom stanju koje je podložno promjenama. To je vrsta društvenog utjecaja. Društveni utjecaj je široki proces u kojem ponašanje jedne osobe mijenja misli ili postupke druge osobe. Uvjeravanje se pojavljuje u kontekstu namjernih poruka koje pokreće pošiljatelj poruke kao komunikator u nadi da će utjecati na primatelja.

3. Ljudi se sami uvjeravaju. Jedan od mitova persuazije jest da nas drugi uvjeravaju i tjeraju da činimo stvari koje doista ne želimo učiniti, da nas drugi preplavljuju tolikim argumentima i prisiljavaju da popustimo. Međutim, u procesu uvjeravanja ljudi moraju samostalno odlučiti o promjeni stavova. Komunikator kod uvjeravanja daje argumente i postavlja „mamac“, dok primatelj dobrovoljno ili promjeni stav ili odbije ideje i argumente pošiljatelja. Ljude se ne može prisiliti da promijene svoje stavove – može ih se samo aktivirati na razmišljanje i pokazati im logiku ideja. U kliničkoj praksi liječnici nesumnjivo pomažu ljudima da naprave promjene u svojim životima. Liječnici nude sugestije na temelju kojih se može dogoditi poboljšanje ili izlječenje. Ako pacijent želi napredak, mora promijeniti ponašanje i način života – a za to je on sam odgovoran. Proces uvjeravanja može biti dobronamjeran ili zlonamjeran. Etični pošiljatelji poruka u komunikaciji će težiti zdravom utjecaju na druge. Nepošteni i neetični pojedinci uvjeravat će druge osobe da promijene mišljenje na način koji je osobno ili društveno destruktivan. Dakle, uvjeravanje obično uključuje promjenu. Ne fokusira se na formiranje stavova, već na poticanje ljudi da mijenjaju stavove koje već imaju.

4. Uvjeravanje uključuje prijenos poruke. Poruka može biti verbalna ili neverbalna. Može se prenositi u interpersonalnoj komunikaciji, javno ili putem Interneta. Može biti razumljiva ili nerazumljiva, činjenična ili emocionalna. Poruka se može sastojati od argumenata ili jednostavnih znakova, poput glazbe u radijskom ili televizijskom oglasu koja donosi ugodne uspomene. Uvjeravanje je komunikacijska aktivnost; dakle, mora postojati poruka, naspram drugih oblika društvenog utjecaja. Život je prepun poruka koje mijenjaju ili utječu na stavove ljudi. Uz uobičajena svakodnevna uvjeravanja koja se događaju kroz oglašavanje, političke kampanje, u trgovinama kod prodaje različitih artikala, postoje i druge društvene domene koje sadrže poruke koje mijenjaju stavove ljudi. Vijesti nesumnjivo oblikuju stavove i uvjerenja. Prikazivanje televizijskih vijesti i, primjerice, reportaža o štrajkovima, sukobima, ratnim događajima ili prirodnim katastrofama kod ljudi ostavlja neizbrisiv dojam na njihove stavove

i mišljenja o domaćoj ili međunarodnoj politici. Umjetnost – knjige, filmovi, kazališne predstave, glazba – također ima snažan utjecaj na to kako ljudi razmišljaju o životu. (Perloff, 2003). Ipak, iako i vijesti i umjetnost sadrže poruke koje mogu mijenjati stavove ljudi, nisu čisti primjer uvjeravanja. Jedan od brojnih primjera jest komunikacija drugim kanalima, kao na primjer putem weba, gdje vrsta i prikaz informacije utječe na korisnički odabir i zadovoljstvo. Primjer istraživanja su web-stranice bolnica gdje kvalitetan prikaz informacija, organizacija informacija i mogućnost dostupa do informacije i mogućnosti interaktivnosti utječu na zadovoljstvo korisnika (Norum i Moen, 2004; Maifredi i sur., 2010; Pejić-Bach i sur., 2017; Salarvand i sur., 2016; Pejić-Bach i sur. 2019; Seljan i sur., 2020). Persuazija je definirana kao pokušaj da se druge uvjeri da promijene svoje stavove ili ponašanje. Međutim, u mnogim slučajevima, primjerice, novinari ne pokušavaju mijenjati stavove ljudi prema nekoj aktualnoj temi. Oni opisuju događaje kako bi pružili ljudima informacije, ponudili im nove perspektive ili privukli gledatelje da gledaju televizijski program. Na isti način i većina umjetnika stvara umjetnost kako bi ona utjecala na svijet. Pišu, slikaju ili skladaju pjesme kako bi istaknuli životne probleme, smirili ili potaknuli ljude na razmišljanje. Tako su i umjetnost i novinarske vijesti primjeri graničnih slučajeva uvjeravanja te imaju snažan društveni utjecaj.

5. Uvjeravanje zahtijeva slobodan izbor. Ključ uspješnog utjecaja jest da pojedinac samostalno može slobodnom voljom mijenjati svoje ponašanje ili da radi ono što želi u komunikacijskom okruženju. Što znači *biti slobodan*? Filozofi o osobnoj slobodi i determinizmu slobodne volje raspravljaju već stoljećima. Postoji više od 200 definicija osobne slobode i slobodne volje, te je teško točno definirati granicu između prisile i uvjeravanja. Kako bi se razumjelo što to *jest* uvjeravanje, treba razumjeti i što ono *nije*. Za razliku od uvjeravanja, kod prisile pošiljatelj poruke u komunikaciji želi da drugi djeluju suprotno njihovim stavovima i uobičajenom ponašanju te se obično u razgovoru koriste izravne ili prikrivene prijetnje ako sugovornik ne učini ono što zahtijeva pošiljatelj poruke (Perloff, 2003; Onyekwere, 1991). Pokušavajući usporediti prisilu s uvjeravanjem Perloff (2003) naglašava ulogu percepcije te način na koji ljudi percipiraju stvari i situaciju u komunikaciji. Kada ljudi vjeruju da su slobodni odbaciti ono što im sugovornik poručuje, takav pokušaj utjecaja spada pod uvjeravanje. Kada pojedinci vide da nemaju izbora i rade sve samo kako bi se udovoljilo sugovorniku, pokušaj utjecaja doživljava se kao prisila. Općenito, može se zaključiti da uvjeravanje i prisila nisu polarne suprotnosti već se često

preklapaju, što ovisi o prirodi psihološke prijetnje, sposobnosti za drugačije postupanje te percepciji slobodnog izbora.

Uvjeravati znači utjecati na sugovornika argumentima, razlozima ili sugestijama, kako bi se postigla promjena stava prema određenom pitanju, osobi, političkoj ili filozofsko-religijskoj ideji i sl. U duhu hrvatskog jezika, koristimo izraz *uvjeravati* kao sinonim za persuaziju. Ustvari, uvjeriti znači prevladati racionalne prepreke sugovornika logičkom snagom argumenata. Uvjeravanje koristi argumente koji su u većoj mjeri emocionalni nego dijalektički i racionalni. Glavni pokretač uvjeravanja je sugestija, tj. djelovanje sugestije koje usmjerava i uvjetuje izbor ponašanja sugovornika (Godino, 2009). Učinkovita persuazivna komunikacija uvijek je informativna (najavljuje se nešto novo, ističe se nova ideja), ali je istovremeno i potvrdna (u skladu s očekivanjima ili temeljnim vrijednostima).

Na temelju dosadašnjih istraživanja na području socijalne psihologije koja su bila usmjerena prema komunikacijskim tehnikama, mnogi znanstvenici istraživali su kako različite poruke djeluju na ponašanje ljudi, osobito kod poruka uvjeravanja. Takva istraživanja bila su usmjerena na analizu komunikacijskog procesa – od komunikatora kao izvora poruke koji iznosi činjenice, argumente i zaključke, te uspijeva proizvesti određeni učinak na sugovornika, do primatelja poruke te načina na koji on dekodira istu (Cavazza, 1997; prema Godino, 2009). Uvjerljiva poruka mora biti pozitivna, privlačna, ugodna, zabavna, jasna i potpuna, kako bi pobudila znatiželju i interes sugovornika.

Ajzen (1992) te Godino (2009) analizirali su psihološko-kognitivne aspekte komunikacijskog procesa kod uvjeravanja te potrebne komponente za razmjenu informacija:

1. subjekti komunikacije: pošiljatelj i primatelj poruke,
2. komunikacijski kanal za prijenos poruke,
3. kodiranje poruke,
4. poremećaj u komunikaciji koji nastaje iz nepredviđenih razloga,
5. dekodiranje poruke od strane primatelja, što pretpostavlja razumijevanje koda poruke,
6. povratne informacije koje primatelj šalje pošiljatelju kao potvrdu primitka i razumijevanja poruke.

Iz same teorije Paula Watzlawicka (1967) i njegovih pravila komunikacije proizlaze temeljni elementi definicije persuazivne poruke. Naglašava se povezanost sadržaja poruke i odnosa među sugovornicima, gdje se komunikacijski događaj – koji je podijeljen na verbalni ili formalni i neverbalni ili materijalni – promatra kao svojevrsnu „kružnu stazu“, zahvaljujući kojoj se svaki takav događaj odvija istovremeno i to kao poticaj i odgovor. To je princip koji se temelji na konceptu povratne informacije, gdje svaka poslana poruka zahtijeva odgovor – koji se opet promatra kao poslana poruka. Usporedbom sadržaja poruke i odnosa među sugovornicima naglašava se važnost afektivne komponente poruka u tolikoj mjeri da se istraživanja o uvjeravanju u komunikaciji počinju sve više koncentrirati na kvalitetu odnosa između pošiljatelja i primatelja, nego na stvarni sadržaj poruke (Godino, 2009).

Uz afektivnu komponentu komunikacije potrebno je spomenuti i važnost neverbalne komunikacije (Guthrie, 1987; prema Godino, 2009), koja je paralelna verbalnom sadržaju poruke i koja djeluje kao potpora ili suprotnost samoj verbalnoj poruci. Drugim riječima, govor tijela osobe ili način intonacije poruke, koje je općenito teško kontrolirati, pridonosi točnoj slici emocionalne uključenosti komunikatora koju on unosi u poruku te tako potvrđuje ili proturječi onome što govori, otkrivajući nesvjesnu usklađenost s porukom ili postojanje nedosljedne poruke. Analiza koherentnosti između verbalnog sadržaja poruke i znakova neverbalne komunikacije omogućuje nam procjenu snage uvjerljivosti poruke u smislu vjerodostojnosti i pouzdanosti.

3.8.3. Etičnost u persuaziji ili uvjeravanju

Uvjeravanje nam daje konstruktivan mehanizam za napredovanje u traženju i pokušaju promjene stavova sugovornika. Uvjeravanje nije uvijek lijepo – može biti zlobno, glasno i ružno. Kao što je i Aristotel prepoznao, uvjeravanje nije analogno istini, ono je tu da utječe na druge, a ne da otkriva istinu. To znači da osobe koje pokušavaju nekoga uvjeriti ponekad i skrivaju istinu, obmanjuju ili lažu u službi svojih ciljeva.

Ovdje je dobro ući i u područje etike, koja se bavi utvrđivanjem kada je moralno i prikladno odstupiti od istine i kada su takva odstupanja etički neodrživa. Uvjeravanje bez sumnje podrazumijeva da ljudi imaju slobodan izbor učiniti i nešto drugo osim onoga što sugovornik sugerira. To znači da su ljudi odgovorni za odluke koje donose kao odgovor na poruke koje su

dobili od komunikatora koji su ih uvjeravali. Dakle, jedan od bitnih aspekata kod uvjeravanja u komunikaciji je **slobodan izbor** – nužno je na temelju nepotpunih i ponekad netočnih informacija donijeti pravovaljanu odluku.

Pošiljatelji poruke također moraju donijeti odluku na koji će se način najbolje obratiti sugovorniku, nužno moraju birati između etičkog i neetičkog načina uvjeravanja. Oni koji svoje tvrdnje unapređuju u etičkom smislu, zaslužuju naše poštovanje. One koji primjenjuju neetičke pokušaje uvjeravanja treba smatrati odgovornima za svoj izbor. To postavlja važno pitanje – što se podrazumijeva pod etičkim i neetičkim uvjeravanjem? Ovo jednostavno pitanje istraživano je još u doba Platona i Aristotela. Tako i mnogi suvremeni znanstvenici i socijalni psiholozi istražuju etičnost uvjeravanja, poput Tommyja Hilfigera, Phila Knighta, Immanuela Kanta, Jamesa C. McCroskeyja, Donna Karana ili Michaela Jordana te ističu da mi kao ljudska bića u komunikaciji želimo biti tretirani s poštovanjem; međutim, u isto vrijeme, praktična smo bića koja žele postići svoje financijske, socijalne, emocionalne ili duhovne ciljeve (Perloff, 2003).

Njemački filozof Immanuel Kant smatra da je uvjeravanje nemoralno kada se ljudi koriste kao sredstvo za postizanje ciljeva komunikatora (Borchert i Stewart, 1986; prema Perloff, 2003). Slično i Thomas Nilsen (1974; prema Perloff, 2003) tvrdi da je uvjeravanje nemoralno jer komunikator pokušava potaknuti nekoga da nešto učini što je u njegovom najboljem interesu, ali ne i nužno najbolji interes pojedinca koji prima poruku. Doista, uvjeravanje u komunikaciji može biti lažno, osmišljeno da se manipulira ljudima i njihovim emocijama, ili su poruke u interesu pošiljatelja, a ne primatelja. Suprotno tomu, poruke se mogu temeljiti na logici i argumentima gdje se ljude ne tretira kao sredstvo. Primjer mogu biti zdravstveni djelatnici koji se u kliničkoj praksi pacijentima obraćaju s poštovanjem. Njihova komunikacija može biti u najboljem interesu onih koji primaju poruku (Perloff, 2003).

Zanimljivi su i drugi pristupi etici uvjeravanja, kao što su feministička teorija i egzistencijalizam. Feministički teoretičari zagovaraju etiku brige, empatije i uzajamnog poštovanja u komunikaciji, gdje se uvjeravanje ne promatra kao nešto što se čini drugome, već kao način na koji se postupa s drugima (Perloff, 2003). Još jedan koristan pristup je egzistencijalizam, koji naglašava slobodu i odgovornost. Ljudi su slobodni odabrati što oni žele u životu, ali su odgovorni za svoje izbore. „Nema izgovora, jer nitko nije kriv za naše postupke, osim nas samih“ (Perloff, 2003, str. 32).

Ljudi koriste različite taktike za uvjeravanje, ovisno o situaciji u kojoj se nalaze. U jednoj situaciji osoba može mirno razgovarati i iznositi svoje argumente, dok u drugoj može vikati i koristiti verbalnu agresiju. Perloff (2003) je taktike uvjeravanja klasificirao kao:

1. Izravne nasuprot neizravnim taktikama. Izravne taktike uključuju tvrdnje (verbalno izražavanje) i upornost (ponavljanje već rečenog). Neizravne uključuju emocije primatelja i misaonu manipulaciju – komunikator nastoji doći do svog cilja tako što će druga osoba rečeno osjetiti kao svoju ideju (Falbo, 1977; Dillard i sur., 1996; prema Perloff, 2003).

2. Racionalne nasuprot neracionalnim taktikama. Racionalne taktike uključuju logične tvrdnje, dok neracionalne uključuju prijevaru (brzi govor i laganje) kao i prijetnje – govori se, primjerice, sugovorniku da se više nikada neće razgovarati s njim ako ne napravi ono što se od njega traži (Falbo, 1977; prema Perloff, 2003).

3. Tvrde taktike nasuprot mekim. Tvrde taktike uključuju vikanje i verbalnu agresiju. Meke taktike uključuju ljubaznost, laskanje i koketiranje (Kipnis i Schmidt, 1996; prema Perloff, 2003).

4. Vanjske i unutarnje taktike. Taktike mogu biti usmjerene izvana, kao što su nagrade ili kazne, primjerice, kako bi se dijete motiviralo na učenje. Također, mogu biti i interno usmjerene taktike, što uključuje postizanje pozitivnog samopouzdanja kod sugovornika (primjerice, kada se pacijentu kaže: *Vi ćete se osjećati bolje ako kupite taj lijek*.) i negativnog samopouzdanja (*Na kraju krajeva, bit ćete razočarani ako ne kupite taj lijek*.) (Marwell i Schmitt, 1967; Miller i Parks, 1982; prema Perloff, 2003).

Jedan od problema u zdravstvenoj komunikaciji je taj što se primatelji poruka odupiru svakom mogućem pritisku za promjenom ponašanja kada ga osjete. Ljudi žele slobodno određivati svoja vlastita uvjerenja i stavove te odabrati vlastito ponašanje. Stoga se uvjerljive poruke usmjerene na promjenu zdravstvenog ponašanja često doživljavaju kao prijetnja individualnoj slobodi i mogu biti praćene visokom razinom skepticizma ili čak trenutnim odbacivanjem. Važno je pronaći načine za prevladavanje takvog otpora.

Tijekom proteklih desetljeća zbog velikog broja sudskih tužbi usmjerenih prema liječnicima, posebice na američkom kontinentu, u kliničkoj praksi došlo je do promjene od paternalističkog modela rada u kojem su liječnici autonomno donosili odluke o liječenju za koje su vjerovali da su u najboljem interesu pacijenata u model savjetovanja i informiranja,

gdje pacijenti donose konačnu odluku o liječenju prema njihovim osobnim znanjima i vrijednostima. Stoga liječnici u današnjem obliku kliničkog rada, kada uvide potrebu, trebaju pokušati utjecati na pacijente te ih uvjeriti u određene stavove i postupke kako bi postigli dugoročne ciljeve liječenja. U takvim slučajevima liječnici moraju djelovati kao korisni uvjeravatelji, a sve kako bi utjecali na promjenu stavova pacijenata. Za uvjeriti pacijenta kliničari trebaju postići povjerenje i to kroz poštivanje sugovornika i empatično komuniciranje.

Swindel i sur. (2010) naglašavaju da su taktike uvjeravanja etički opravdane samo kada su u najboljem interesu pacijenta. Taktike uvjeravanja koje se učinkovito koriste u kliničkom radu s pacijentima mogu se podijeliti u: (1) **živopisne prikaze** – npr. kada se raspravlja o rizicima pušenja s pacijentima koji boluju od kroničnih plućnih bolesti te im se prikazuju fotografije ili video snimke raka pluća; (2) **zadatke** – npr. prikazati postojeće projekte prevencije različitih bolesti kao što su preventivni mamografski pregledi ili testiranje na HIV kako bi ih pacijenti automatski proveli; (3) **izazivanje žaljenja** – treba potaknuti pacijente da razmisle o žaljenju koje bi mogli osjećati ako ne slijede preporuke liječnika, primjerice u pogledu ranog otkrivanja raka debelog crijeva, a sve zbog posljedica koje kasnije mogu nastati; (4) **navođenje prednosti i rizika medicinske dijagnostike** – kod navođenja prednosti određenog dijagnostičkog postupka potrebno je istaknuti i moguće nuspojave, primjerice kod savjetovanja zdravih osoba koje bi bez simptoma bolesti željele snimiti tijelo CT dijagnostikom „samo da bi bili sigurni“; (5) **usmjeravanje** – pacijente s invaliditetom treba poticati da razmišljaju o tomu koliko su se dobro prilagodili na novi oblik života i istaknuti sve kapacitete i mogućnosti koje imaju u budućnosti, unatoč ozljedama koje su prouzročile invaliditet.

3.8.4. Uvjeravanje i placebo učinak

Geers i sur. (2018) istraživali su primjenu teorije uvjeravanja na *placebo* i *nocebo* učinke u kliničkoj praksi. Učinci placeba sve se češće primjenjuju u suvremenoj medicinskoj skrbi te predstavljaju vjerovanje pacijenata u pozitivni ishod liječenja. Suprotno placebu, nocebo učinak je sposobnost negativnog vjerovanja u postupke liječenja te očekivanja da takva terapija prouzroči štetu. Prema dosadašnjim istraživanjima placebo učinci izazivaju složene,

korisne i znanstveno mjerljive promjene, koje su izravni rezultat postupka davanja lijeka (Geers i sur., 2018).

Veza između uvjerljive komunikacije i placebo/nocebo učinka je očita u medicinskoj skrbi. Vrlo često liječnik kada propisuje određeno liječenje te pacijentu sugerira da uzima lijek naglašava, primjerice, kako će lijek smanjiti bol ili simptome.

McGuire (1969; prema Geers i sur., 2018) navodi četiri osnovna elementa uvjerljive komunikacije kod pružanja medicinske skrbi s placebo učinkom: **(1) poruku** (tj. predložene prednosti liječenja); **(2) izvor poruke** (tj. liječnik koji propisuje takav terapijski postupak); **(3) primatelj poruke** (tj. pacijent nad kojim će se provesti terapijski postupak); i **(4) kontekst u kojem se uvjeravanje događa** (tj. liječnička ordinacija). Važno je da svaki od četiri navedena elementa uvjerljive komunikacije posvećuje dovoljno pozornosti na placebo učinak. Na primjer, karakteristike i opis lijeka ili terapijskog postupka mogu promijeniti snagu placebo učinka. Te značajke uključuju boju, veličinu, okus i cijenu lijeka. Slično tome, razlike u karakteristikama izvora poruke o liječenju, tj. liječnika, također su važne za postizanje placebo učinka. Liječnik koji je prema pacijentovom mišljenju pouzdaniji, dobiva veći placebo učinak od manje pouzdanog liječnika (Geers i sur., 2018).

Učinci placeba uočeni su u različitim kulturama, dobnim skupinama i uzorcima u rasponu od zdrave djece do osoba u teškim zdravstvenim stanjima, kao što su npr. pacijenti s neuropatskom boli. Učinci placeba klinički su značajni ponajprije u područjima ublažavanja boli, depresije, promjena raspoloženja, glavobolje, tjeskobe, nesanice, anksioznosti, smanjenja pušenja i sl. Varijable koje su uključene u uvjeravanje mogu biti složene ili jednostavne, svjesno ili nesvjesno percipirane te relevantne ili nevažne za trenutno stanje pacijenta (Geers i sur., 2018).

3.8.5. Obrada informacija s pozicije pacijenta

Petty i Cacioppo (1986; prema Geers i sur., 2018) kroz suvremeni teorijski model vjerojatnosti elaboracije (eng. *Elaboration Likelihood Model*) navode moguća dva smjera uvjeravanja u komunikaciji: **središnji put i periferni put.** Središnji put podrazumijeva veću vjerojatnost mišljenja primatelja poruke i posebnu pozornost na dobivenu poruku te

usporedbu informacija s prethodnim znanjem. S druge strane, periferni put zahtijeva manje kognitivnog napora za primatelja poruke, a dobivene informacije samo su površno razrađene. Dakle, središnji put podrazumijeva promjenu stavova kroz visok stupanj mišljenja, dok periferni put predstavlja razmjerno nizak stupanj mišljenja. Pretpostavlja se da se ljudi uključuju u periferni ili središnji put ovisno o njihovoj sposobnosti i motivaciji da razmišljaju u kontekstu u kojem se uvjeravanje javlja. Na primjer, komunikacijska buka, brzi govor komunikatora ili slabo znanje mogu oslabiti sposobnost razmišljanja o dobivenoj poruci (Petty i Cacioppo, 1986; prema Geers i sur., 2018). S druge strane, varijable kao što su ponavljanje poruka, opća inteligencija i visoka jasnoća poruka, mogu pomoći pojedincu da učinkovito obradi poruku. Također i motivacija pojedinca tijekom razgovora igra važnu ulogu u odluci hoće li koristiti periferni ili središnji put u obradi dobivenih poruka i informacija. Kada osoba poruku smatra relevantnom i važnom, onda pažljivije proučava informacije, ali ako utvrdi da je poruka manje važna, onda će uložiti manje kognitivnih napora za obradu dobivenih informacija. U kliničkoj praksi, također, i strah i tjeskoba zbog bolesti mogu smanjiti sposobnost pacijenta da procijeni poruku o djelotvornosti liječenja, dok sudjelovanje u odlučivanju o liječenju može povećati interes za liječenje i podići motivaciju pacijenata (Petty i Cacioppo, 1979; Geers i sur., 2018).

Jansen (2017) je istraživao zdravstvene kampanje promocije zdravlja na području medijske komunikacije, koje se danas suočavaju s velikim izazovima kada se objavljuju poruke s ciljem uvjeravanja javnosti u potrebnu promjenu ponašanja. Iako postoji duga povijest kampanja promocije zdravlja putem masovnih medija, uspjeh u uvjeravanje primatelja u zdravo ponašanje nije zajamčen. Pojedina kampanja možda neće uspjeti dosegnuti svoj cilj jer može biti ometena, primjerice, nepredviđenim događajem koji privlači nepovoljnu pozornost medija. Također, poruke zdravstvene kampanje također mogu biti odbačene kao nerazumljive, nevažne, dosadne, iritirajuće ili jednostavno neuvjerljive. Wakefield, Loken i Hornik (2010; prema Jansen, 2017) navode da iako mnoge zdravstvene kampanje imaju za cilj izravno utjecati na uvjerenja, stavove i namjere primatelja poruke, promjena ponašanja može se postići posrednim putem kroz interpersonalne rasprave o temama objavljenim u medijima. Jansen (2017) navodi tri različite vrste poruka koje se mogu koristiti u kampanjama promicanja zdravlja:

- **zagonetne poruke** koje mogu potaknuti ljude na razgovor o temama koje se obrađuju i koje mogu neizravno dovesti do namjeravanih promjena u ponašanju ljudi. Takve poruke potiču ljude na razgovor o temama na koje se odnose. Primjerice, medijski sadržaji o štetnosti

pušenja mogu na interpersonalnoj razini između zdravstvenih djelatnika i pacijenata dovesti do rasprava koje mogu imati jak utjecaj na pokušaj prestanka pušenja. Spremnost na razgovor o zagonetnim zdravstvenim porukama pozitivno je povezana s vlastitim razumijevanjem poruka, uočenom važnošću poruke te uvažavanjem poruke. Primatelji zagonetnih poruka žele sudjelovati u raspravi samo ako misle da oni sami, njihovi partneri u razgovoru ili drugi ljudi to razumiju te ako smatraju da poruke imaju neku važnost u njihovoj vlastitoj situaciji.

- **poruke koje izazivaju strah** pokušavaju uvjeriti primatelje poruka na zdravo ponašanje tako što će zamišljati posljedice koje im se mogu dogoditi ako ne slijede zdravstvene preporuke. Takve poruke mogu kod ljudi izazvati željeno ponašanja, ali samo ako se prijetnja smatra dovoljno ozbiljnom i ako primatelji poruke sebe doživljavaju kao osobe osjetljive na navedenu prijetnju.
- **naracije**, priče u različitim formatima (uključujući filmove, dramske televizijske serije, radio drame, foto-novele ili tekstualne priče) koje mogu uvjeriti čitatelje u zdravije ponašanje smanjujući njihovu otpornost na pokušaje da se to ponašanje promijeni. Gledatelji i slušatelji mogu se kroz naraciju lako identificirati s likom u priči preuzimajući njegovu/njezinu ulogu i iskustvo fiktivnih događaja kao da su se njima dogodili.

3.9. INTERKULTURALNA KOMUNIKACIJA

Susreti i razgovori između pojedinaca različitih kultura, jezika, religija i svjetonazora u današnjem multikulturalnom i globalnom društvu događaju se gotovo stalno te su realnost svakodnevnog života, bilo da se radi o privatnoj ili poslovnoj komunikaciji. Interkulturalnom komunikacijom smatra se interakcija sugovornika različitih kultura. U takvoj interakciji naglasak se stavlja na komunikacijski proces koji se odvija između pojedinca i pojedinca, odnosno između pojedinca i grupe, gdje se ističe interakcija sugovornika koji komuniciraju različitim jezikom i/ili potječu iz drugačijih kultura. Osobu koja se smatra interkulturalno kompetentnim sugovornikom odlikuje radoznalost, otvorenost, spremnost na razgovor o različitim kulturnim vrijednostima, odsutnost predrasuda u kontaktu s drugima. Interkulturalno kompetentna osoba ima sposobnost medijacije, interpretacije, kritičkog i analitičkog razumijevanja svoje i tuđe kulture te interkulturalnog komuniciranja. Dakle, interkulturalne komunikacijske kompetencije podrazumijevaju sposobnost uspješnog

uspostavljanja odnosa između vlastite i strane kulture, sposobnost korištenja različitih komunikacijskih strategija za uspostavljanje kontakata s osobama iz drugih kultura, interpretacije i povezivanja, otkrivanja i interakcije, kao i kritičke svijesti o kulturalnim razlikama te sposobnost za uspješno razrješavanje interkulturalnih nesuglasica i konfliktnih situacija. U ovom poglavlju razmatrat će se teme:

- Suvremeni koncept interkulturalizma
- Verbalni i neverbalni kodni sustavi u interkulturalnoj komunikaciji
- Klinički rad na interkulturalnoj razini
- Interkulturalna komunikacija i migrantska kriza

3.9.1. Suvremeni koncept interkulturalizma

Interkulturalizam kao suvremeni koncept u multikulturalnoj okolini obilježen je svakodnevnim migracijama ljudi te se stalno prilagođava promjenama s kojima se suočava današnje društvo na globalnoj razini. Bedeković i Šimić (2017) ističu interkulturalnu osjetljivost kao sposobnost kompetentne interakcije koja omogućava osjetljivost pojedinca prema osobama drugačijeg kulturnog podrijetla i percepciju kulturnih razlika, pri čemu veća interkulturalna osjetljivost utječe na sve složeniju percepciju kulturnih razlika. Interkulturalne kompetencije shvaćaju se kao sposobnost interkulturalnih načina razmišljanja, djelovanja te učinkovite i prikladne interakcije u interkulturalnim situacijama, a temelje se na specifičnim stavovima, interkulturalnom znanju i vještinama (Bedeković i Šimić, 2017).

„U tom se smislu ključnim dimenzijama interkulturalne kompetencije smatraju kognitivna (znanje), afektivna (stavovi) i ponašajna (vještine) dimenzija. Afektivna dimenzija obuhvaća interkulturalne stavove temeljene na radoznalosti, otvorenosti i odsutnosti predrasuda u kontaktu s okolinom. Kognitivna dimenzija obuhvaća znanje, odnosno poznavanje društva i njegove kulture (primjerice jezika, tradicije, običaja i vrijednosti). Ponašajna dimenzija obuhvaća vještine i sposobnosti u interpretiranju značenja neke ideje, načela ili događaja druge kulture te njihovo uspoređivanje s vlastitom kulturom temeljeno na kritičkoj kulturnoj svjesnosti. Kognitivna, emocionalna i ponašajna dimenzija interkulturalne kompetencije ogledaju se u fleksibilnom ponašanju u komunikaciji, empatiji i motivaciji za prilagođavanjem i prihvaćanjem drugačijeg viđenja stvarnosti, mentalnoj otvorenosti,

radoznalosti i smislu za humor te toleranciji prema kulturnoj različitosti i različitim stilovima razmišljanja“ (Bedeković i Šimić, 2017; str. 79).

Kako bi interkulturalizam zaživio, treba imati uporište u društvu, odnosno u državi koja će ga sustavno i postupno promicati, razvijajući međuljudske odnose koji će se temeljiti na obostranom povjerenju, učinkovitoj komunikaciji svih sudionika u društvu kao ravnopravnih partnera, konstantnom učenju i razmjeni iskustava, mirnom rješavanju sukoba, aktivnoj suradnji i suživotu. Razvoj interkulturalne kompetencije i komunikacije je cjeloživotni proces u kojemu najznačajniju ulogu imaju odgojno-obrazovne institucije (Piršl, 2011). Implementacija interkulturalnih kompetencija u odgojno-obrazovni sustav – od predškolske, osnovnoškolske i srednjoškolske do visokoškolske razine – podrazumijeva otvorenost prema drugim kulturama i percepciju različitosti kao mogućnosti za učenje, pri čemu odgojno-obrazovne institucije postaju promicatelji kulturnih različitosti i interkulturalnog odgoja i obrazovanja (Buterin i Jagić, 2013). Kako bi se djeca i mladi pripremili za život i rad u multikulturalnom društvu, razvoj interkulturalnih kompetencija neophodan je zadatak školskih kurikuluma. Buterin i Jagić (2013) navode da razvoj interkulturalne kompetencije podrazumijeva integraciju sljedećih ishoda učenja:

- sposobnost adekvatne i učinkovite komunikacije i ponašanja u kontaktu s pripadnicima drugih kultura,
- sposobnost prilagodbe različitim stilovima interakcije i kulturnim kontekstima, kognitivnu i interakcijsku fleksibilnost, etnorelativni svjetonazor i etnokulturalnu empatiju.

Interkulturalizam nije nova i globalna kultura koja je zamijenila stare etničke i nacionalne kulture, ponajmanje njihove jezike, s nekim novim svjetskim jezikom. To je oblik razumijevanja i vještina komuniciranja između nesvodljivih kulturnih razlika (Zvonarek, 2012). Izvore kulturnih razlika istraživao je Hofstede (1994; prema Zvonarek, 2012), koji kulturu definira kao kolektivno programiranu svijest koja razlikuje pripadnike jednog društva ili nacija od drugih. Pojam *multikulturalnost* označava postojanje više kultura na istom prostoru, dok *interkulturalnost* naglašava odnos među kulturama i neophodnost međusobne interakcije. Prefiks *inter* ne znači miješanje kultura, niti zamjenu jednog oblika mišljenja drugim, već **mogućnost uspoređivanja** različitih mišljenja, ideja i kultura na jednom prostoru.

Byram (2005; prema Zvonarek, 2012), interkulturalnu koncepciju definira kao sposobnost zadovoljavajuće interakcije i komunikacije s pripadnicima drugih kultura na stranom jeziku, dok znanje o drugoj kulturi povezuje s jezičnom kompetencijom koja se odnosi na sposobnosti uporabe jezika u određenim situacijama, a s ciljem postizanja svjesnosti značenja pojedinih misli i jezičnih konotacija.

Interkulturalno kompetentna osoba ne prihvaća pasivno društvenu stvarnost, već aktivno sudjeluje u njoj sa svojim prijedlozima i idejama. Zvonarek (2012) ističe da interkulturalno kompetentne osobe imaju sposobnost:

- razumijevanja prirode uobičajenih interspersonalnih odnosa. Obzirom na njihovu kulturnu determiniranost, oni se nužno ne mogu generalno primijeniti na sve kulture;
- prilagodbe verbalnim i neverbalnim komunikacijskim stilovima, priznajući i prihvaćajući pritom različite komunikacijske stilove kao jednakopravne;
- korištenja uspješnih mehanizama mirnog rješavanja sukoba u svojoj kulturi, imajući na umu nemogućnost njihove univerzalne primjene, odnosno njihovu kulturnu uvjetovanost.

3.9.2. Verbalni i neverbalni kodni sustavi u interkulturalnoj komunikaciji

Piršl (2005; prema Bašić, 2014) ističe da je za učinkovitu interkulturalnu komunikaciju potrebno poznavati verbalni, ali i neverbalni kodni sustav koji određena zajednica ili država koriste. Dok se verbalnom komunikacijom prenose misli i ideje, neverbalnim se kanalima prenose stavovi i emocionalan odnos prema verbaliziranim informacijama.

Mnogi se autori slažu da veći dio poruka neverbalne komunikacije kao što su: geste, facijalna ekspresija, kontakt očima, položaj tijela i pokreti, dodir, odjeća, tišina, prostor i vrijeme, mogu biti interpretirani jedino unutar određene kulture u kojoj se ista događa. Upravo iz tog razloga poteškoće se pri interkulturalnoj komunikaciji javljaju zbog nerazumijevanja neverbalnih kodova. Piršl (2005; prema Bašić, 2014) navodi univerzalne karakteristike neverbalne komunikacije koje su prisutne u svim kulturama:

1. isti se dijelovi tijela koriste za neverbalno izražavanje;
2. neverbalnim se kanalima prenose slične informacije, emocije, vrijednosti i norme;
3. neverbalne poruke prate verbalnu komunikaciju i dio su umjetnosti i rituala;

4. razlozi korištenja neverbalne komunikacije, kada je govor nemoguć, slični su u svim kulturama;
5. neverbalne se poruke upotrebljavaju u cilju koordinacije i kontrole konteksta koji je sličan u pojedinim kulturama.

Također, Piršl (2005; prema Bašić, 2014) navodi i tri načina prema kojima se kulture razlikuju u svojim neverbalnim ponašanjima:

1. Kulture se razlikuju u specifičnom repertoaru ponašanja koji je propisan: pokreti, položaj tijela, intonacija glasa, geste, prostorni zahtjevi, ples i rituali specifični su za svaku kulturu.
2. Svaka kultura ima istaknuta pravila koja određuju kada su i pod kojim okolnostima razni neverbalni izražaji potrebni, poželjni, dozvoljeni ili zabranjeni kao, primjerice, kako se ponašati tijekom razgovora; kada gledati osobu izravno u oči tijekom razgovora, a kada ne; kada se smijati, a kada biti namršten ili ljubazan.
3. Kulture variraju u interpretaciji značenja koja se pripisuju posebnim neverbalnim ponašanjima.

Uspješna interkulturalna komunikacija u velikoj mjeri ovisi o poznavanju neverbalnih znakova druge kulture. Osvještavanjem interkulturalnih razlika u neverbalnoj komunikaciji izbjegavaju se mogući nesporazumi, a pojedinci se mogu brže i uspješnije uklopiti u novu kulturu i okruženje u koje su došli. Svaka kultura specifična je na svoj način te se prema osnovnim karakteristikama neverbalne komunikacije dijeli na:

- individualističke i kolektivističke kulture;
- kulture niske i visoke hijerarhije moći;
- dominantno muške i dominantno ženske kulture;
- kulture s komunikacijom složenoga konteksta i kulture s komunikacijom jednostavnoga konteksta.

Dimenzija individualizma i kolektivizma smatra se jednom od najvažnijih pri razumijevanju razlika među kulturama, osobito između zapadnih i istočnoazijskih kultura. Nerijetko se čuje podatak po kojem većina svjetskog stanovništva (po nekim procjenama čak 70% svjetskog stanovništva) živi u kolektivističkim kulturama (Jeknić, 2006).

„Kolektivističke i individualističke kulture mogu se smjestiti u kontekst poznatih razlika između „kolektivističkog Istoka“ i „individualističkog Zapada“. Individualističke kulture naglašavaju „ja“ identitet i osnovna društvena jedinica im je pojedinac, dok kolektivističke kulture naglašavaju „mi“ identitet i osnovna društvena jedinica im je obitelj. U tome nalazim temeljnu razliku u društvenim strukturama Istočnih i Zapadnih društava, Istočnih i Zapadnih kultura, razliku između npr. azijskog Pacifika i SAD-a ili Kanade“ (Jeknić. 2006; str. 206).

Individualističke kulture promatraju pojedinca kao individuu te cijene individualnost, dok kolektivističke kulture promatraju osobu kao dio kolektiva (Salak i Carović, 2013). Kao primjer kolektivističke kulture Hofstede (1983; prema Jeknić, 2006) navodi države istočne Azije i Južne Amerike kao što su Kina, Japan, Guatemala, Ekvador, Panama, Venezuela, Kolumbija, Kostarika, Peru, Pakistan, Indonezija, Tajvan, Koreja, Singapur, Hong Kong i dr., koje visoko vrednuju kolektivizam. Suprotno tomu primjer individualističke kulture su države Sjeverne Amerike i zapadne Europe kao što su SAD, Kanada, Velika Britanija, Nizozemska, Italija, Belgija, Danska, Francuska i Švedska.

Hofstede (1983; prema Jeknić, 2006) navodi da se individualizam karakterizira kao stalno i pretežno isticanje „ja” identiteta, što znači da u mnogim situacijama pojedinac slijedi **vlastite procjene** i ne povodi se za mišljenjem ili odlukama drugih; pojedinac razmišlja i namiruje svoje osobne potrebe i ne vodi brigu o drugima; pojedinac posjeduje stanovito samopoštovanje koje u određenim situacijama može i izgubiti te se u određenim situacijama može osjećati krivim, prevarenim, ili izdanim. S druge strane, kolektivizam se može okarakterizirati kao prihvaćanje „mi“ identiteta, što znači iskazivanje odgovornosti u prijateljskim i kolegijalnim odnosima; **interesi i potrebe grupe postavljaju se iznad osobnih interesa i potreba**; te se osjećaj obveze i časnog postupanja prema kolektivu iskazuje kao „čisti obraz” ili, suprotno od toga, kao stid i gubitak „čistog obraza”.

Šverko (2009) navodi povezanosti između emocionalnog doživljaja s jedne strane, i individualizma i kolektivizma kao osobne dispozicije, s druge strane.

„Osobe koje naglašavaju kolektivnu dobrobit pokazuju brigu i poštovanje prema drugima, kao i emocije koje su usmjerene na druge, npr. suosjećanje i sram, jer imaju drugu osobu kao referentnu točku. Izražavanje takvih emocija promiče zavisnost i suradnju, dok negativne emocije, poput ljutnje i bijesa, mogu biti na taj način nefunkcionalne u kolektivističkom kontekstu. Suprotno emocijama koje su usmjerene prema drugima, razlikuju se emocije usmjerene prema sebi, kao što su npr. frustracija i ponos, jer imaju unutarnje atribute osobe

kao referentnu točku. Osobe s nezavisnim shvaćanjem sebe prema drugima, što je karakteristično za individualiste, izražavaju i doživljavaju takve emocije kako bi održale, afirmirale i jačale sliku o sebi kao o autonomnoj osobi. U zapadnjačkim individualističkim kulturama ljutnja se smatra izrazom nezavisnosti i samopotvrđivanja, dok je na istoku izražavanje ljutnje prema rodbini ili kolegama (članovima grupe) neprihvatljivo. Sram i ostali mehanizmi socijalne kontrole (npr. religiozna vjerovanja) češće se rabe u kolektivističkim kulturama u odnosu na mehanizme internalne kontrole (npr. krivnja), što je češća pojava u individualističkim kulturama“ (Šverko, 2009; str. 1091).

Kod kulture s visokom i niskom hijerarhijom moći pojedinci se neverbalnim znakovima očituju kao inferiorna ili dominantna osoba. Tipično za inferiornu osobu jest skretanje pogleda ili duboki naklon u komunikaciji, dok dominantna osoba prva uspostavlja kontakt, određuje razinu bliskosti i udaljenosti te vodi komunikaciju. Primjerice, Amerikanci su poznati kao kultura u kojoj se ne pokazuju neverbalni znakovi koji označavaju odnose dominacije, jer vjeruju da se svi ljudi trebaju tretirati jednako bez obzira na razlike u statusu. U azijskim kulturama jasno se može zaključiti kakvi su odnosi moći samo na temelju neverbalnih znakova, jer se radi o kulturama s visokom hijerarhijom moći (Salak i Carović, 2013).

Kod dominantno muške ili dominantno ženske kulture razmatra se razina koja objašnjava jesu li u društvu poželjnije vrijednosti „muškosti” ili „ženstvenosti”. Za dominantno muške kulture tipično je vrednovanje moći i uspjeha, te se naglašavaju muške i ženske uloge. Primjer dominantno muške kulture je arapska kultura gdje nema mnogo kontakata djece jednog s djecom drugoga spola te se preferiraju istospolna prijateljstva. Kod dominantno ženske kulture pravila za oba spola su jednaka, vrednuju se povjerenje i iskrenost, te se puno pozornosti pridaje kvaliteti života, a primjeri takvih kultura su države sjeverne Europe – Švedska, Norveška, Finska, Danska i Nizozemska (Salak i Carović, 2013).

Kod **kultura s komunikacijom složenog konteksta** poruke su kodirane na složeniji način, a za dekodiranje poruka nije dovoljno odgonetnuti samo ono što je verbalizirano, nego i neverbalne znakove. Suprotno tomu, u **komunikaciji kod kultura jednostavnog konteksta** govornici se više oslanjaju na verbalne nego na neverbalne poruke. Izjava poput: *Dobro si to napravio* u komunikaciji jednostavnog konteksta znači upravo to što je rečeno, dok u komunikaciji složenog konteksta može značiti i potpuno suprotno, ako se uz verbalnu poruku upotrijebi neverbalni znak (kao npr. sarkastičan ton glasa). Dakle, neke kulture, primjerice u

Japanu ili Kini, općenito više koriste neverbalne kodove, dok se kulture zapadne Europe u većoj mjeri oslanjaju na verbalne poruke (Salak i Carović, 2013).

Kulturna raznolikost postaje sve istaknutija na radnom mjestu u zdravstvenim ustanovama koje se nalaze na područjima velikih demografskih promjena i migracija ljudi. U današnjem raznolikom svijetu interkulturalna komunikacija postaje sve važnija, jer mnogi zdravstveni djelatnici moraju naučiti učinkovito komunicirati s ljudima iz drugih kultura. Općenito, za mnoge tvrtke učinkovita interkulturna komunikacija znači povećanje poslovanja i moguću dobit; međutim, za zdravstvene ustanove, ona je važna jer utječe na tjelesno i mentalno zdravlje pacijenata (Lin Ulrey i Amason, 2001). Brislin (1993; prema Lin Ulrey i Amason, 2001) ističe da zdravstveni djelatnici mogu učinkovito komunicirati s pacijentima iz drugih kultura samo ako su „kulturno osjetljivi". Kulturna osjetljivost uključuje spremnost na korištenje znanja o kulturi te razumijevanje i poštivanje vrijednosti, uvjerenja i stavova sugovornika u interakciji s pacijentima tijekom rasprave i davanja preporuka za liječenje drugih. Dakle, zdravstveni profesionalci moraju prepoznati važnost kulturne osjetljivosti u svojim kliničkim praksama i raditi na povećanju vlastite interkulturalne kompetencije. Nedostatak kulturne osjetljivosti dovodi do loše komunikacije, što uzrokuje nezadovoljstvo i stres bilo kod kliničara bilo kod pacijenata. Primjerice, ljudi iz različitih kultura ne pokazuju uvijek bol na isti način, što lako može dovesti do pogrešne komunikacije u svezi s postavljanjem dijagnoze i definiranjem liječenja. Tako su Aboridžini uvjerenja da bolest i bol mogu biti uzrokovani kršenjem tradicije ili kršenjem tabua u vanjskom svijetu, zbog čega se stide žaliti na bolest i bol. Takvo razumijevanje boli koja je povezana s vanjskim svijetom, u suprotnosti je s perspektivama kliničara koji znaju da je bol uzrokovana bolešću ili tjelesnom ozljedom (Degrie i sur., 2017). Pružatelji zdravstvenih usluga moraju biti osjetljivi i fleksibilni prema kulturnim razlikama u liječenju pacijenata. Moraju poznavati sebe i svoju kulturu, kao i kulturu svojih pacijenata, moraju biti osjetljivi na vrijednosti i uvjerenja pacijenata, pa čak ako je moguće i učiti njihove jezike. Također se moraju prilagoditi njihovoj verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji. Učinkovita interkulturalna komunikacija zdravstvenih profesionalaca pomaže pacijentima u njihovom oporavku te povećava zadovoljstvo zdravstvenom skrbi (Lin Ulrey i Amason, 2001).

3.9.3. Klinički rad na interkulturalnoj razini

Interkulturalni komunikacijski stil kliničara može se promatrati kao kombinacija općih komunikacijskih vještina usmjerenih na pacijenta i specifičnih interkulturalnih komunikacijskih vještina (Paternotte i sur., 2017). Učinkovita interkulturalna komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenata iz drugih kultura i jezika neophodna je za pružanje visokokvalitetne zdravstvene skrbi. Takva kompetentna komunikacija poboljšava ishod liječenja, povećava zadovoljstvo pacijenata te pridonosi i zadovoljstvu zdravstvenog djelatnika na poslu. U tom kontekstu Paternotte i sur. (2016) navode da je kompetentan kliničar za interkulturalnu komunikaciju sposoban: (1) pokazivati poštovanje i pouzdan stav (prijateljski i otvoren stav) bez predrasuda prema pacijentu; (2) koristiti konkretan jezik; (3) imati dovoljno vremena za konzultacije; (4) pokazati empatično ponašanje; (5) aktivno slušati; (6) neverbalnim ponašanjem pokazati zabrinutost, iskrenost i suosjećanje prema pacijentu; (7) dati informacije u malim količinama kroz određeno vremensko razdoblje; (8) razmišljati o osjećajima pacijenta; (9) koristiti različite načine za davanje objašnjenja i informacija; (10) tretirati pacijenta s pažnjom i poštovanjem tijekom kliničkog pregleda; (11) provjeravati jesu li bolesnik i/ili rodbina razumjeli dana konkretna objašnjenja, informacije i preporuke, te pomoći razjasniti moguće nesporazume; (12) provjeriti predznanje pacijenta o bolesti ili očekivanim mogućnostima liječenja; (13) pokazivati svijest o kulturnim razlikama; (14) adekvatno reagirati na moguće kulturne razlike; te (15) provjeravati jezične sposobnosti pacijenta.

Kulturne razlike u kliničkom radu Côté (2013) razmatra kroz tri dimenzije:

1. odnos zdravstveni djelatnik-pacijent;
2. organizacijsku strukturu;
3. kulturne kompetencije.

Prva dimenzija se odnosi na međuljudske interakcije, na komunikacijske odnose zdravstveni djelatnik-pacijent, dok se druga i treća dimenzija bave strukturnim problemima kako poboljšati i optimizirati pružanje zdravstvene skrbi. Organizacijska pitanja povezana su s obrazovanjem i stjecanjem kulturnih kompetencija te su definirana kao skup stavova, prakse i politike potrebne za kulturni razvoj zdravstvenih profesionalaca.

Kulturne kompetencije Côté (2013) opisuje kroz četiri glavna elementa:

1. kulturnu svijest,
2. kulturno znanje,
3. komunikacijske vještine,
4. stavove o kulturnoj kompetenciji.

Kulturna svijest je samorefleksivan proces kroz koji pojedinac razvija svijest vlastitih kulturnih odrednica (vrijednosti, stereotipi, predrasude, ideologija, komunikacijski obrasci, emocionalni prikazi, odnosi moći i sl.). Kulturno znanje je proces kroz koji se pojedinac razvija i stječe znanja o različitim kulturnim identitetima, njihovoj povijesti, vrijednostima i društvenim strukturama, kao i o njihovim vizijama svijeta, uključujući zdravlje i bolest. Razvijanje komunikacijskih vještina je proces kroz koji pojedinac razvija komunikacijske strategije kako se prilagoditi pacijentima iz drugih kultura. Stavovi o kulturnoj kompetenciji podrazumijevaju otvorenost i želju za uključivanjem u dinamiku razmjene znanja, istraživanja i učenja o kulturnim različitostima.

Svaki interkulturalni susret u zdravstvenoj ustanovi shvaća se kao dinamičan proces između kliničara i pacijenta, kojemu je cilj uspostavljanje povjerenja ili rješavanje poteškoća i sukoba. Kao najčešća ograničenja interkulturalne komunikacije u kliničkoj praksi Paternotte i sur. (2016) navode **jezične barijere, kulturne razlike** te **atmosferu u komunikaciji**.

Glavni uzrok problema u interkulturalnom razgovoru kliničara i pacijenata su **jezične barijere** koje mogu dovesti do nesporazuma i problema na dubljoj razini kod postavljanja dijagnoze ili definiranja terapije. Kada nastane jezična barijera, potrebno je prilagoditi svoj stil komunikacije (da govor bude jasniji i glasniji ili sporiji, da se više koristi neverbalni način komunikacije) te da se provjerava je li pacijent razumio dobivene naputke, što se posebno odnosi na objašnjenja i informirani pristanak pred dijagnostički ili terapijski postupak (Paternotte i sur., 2016).

Degrie i sur. (2017) navode kako niska jezična sposobnost utječe na ukupnu kvalitetu zdravstvene skrbi, pristup uslugama, procjenu potreba pacijenta, sudjelovanje u odluci o načinu liječenja te na ukupno zadovoljstvo pacijenata. Također, neki pacijenti imaju i poteškoća u razumijevanju zdravstvenih djelatnika zbog brzine govora i nerazumijevanja medicinske terminologije ili zbog nepostojanja složenih medicinskih pojmova za određene postupke liječenja na njihovom materinjem jeziku. Dobra komunikacija sa sveobuhvatnim informacijama, naprotiv, pacijentima daje mogućnost kontrole vlastitog zdravstvenog stanja te mogućnost uključenosti u planiranje liječenja. Zbog slabe jezične sposobnosti kliničara i

nedostatka prevoditelja u bolnici (drugi zdravstveni djelatnik ili profesionalni tumač koji poznaju konkretan jezik) pacijenti teže mogu objasniti svoje potrebe, postavljati pitanja ili tražiti informacije. Dostupnost prevoditelja u zdravstvenoj ustanovi mogla bi poboljšati interkulturalni dijalog, iako mnogi pacijenti prema Degrieu i sur. (2017) izražavaju sumnju u točan prijevod i pouzdanost dobivenih podataka. Pacijenti se, kako bi ostvarili što učinkovitiju komunikaciju, češće oslanjaju na članove svojih obitelji koji zagovaraju pacijentove potrebe. Također, Degrie i sur. (2017) navode da ključnu ulogu ima i neverbalna komunikacija kao što su govor tijela, izrazi lica, geste, dodir, pogled, intonacija i brzina govora. Neverbalni izrazi različito se tumače za svaku različitu kulturu. Pogrešna tumačenja u tom smislu mogu negativno utjecati na proces interkulturalne komunikacije. U tom smislu pacijenti su vrlo osjetljivi na neverbalne poruke, osobito kada je njihova jezična sposobnost niska.

Kulturne razlike ne smatraju se jednako važnima kao jezične barijere, međutim zdravstveni djelatnici trebali bi biti upućeni kako se ponašati prema pacijentima drugih kultura ili vjeroispovijesti koji dolaze u zdravstvenu ustanovu (Paternotte i sur., 2016). Očekivanja, stavovi i ponašanje pacijenata koji borave u bolnici pod utjecajem su određenih vrijednosti, uvjerenja, tradicije i prakse kulturnog okruženja iz kojeg dolaze. Tako kod dolaska u zdravstvenu ustanovu postoji razlika očekivanja iz vlastitog kulturnog konteksta pacijenta s jedne strane i realnosti bolničke skrbi s druge strane. Degrie i sur. (2017) ističu da svaki pacijent ima jedinstvena očekivanja s obzirom na zdravstvenu skrb, koja su ugrađena u njegov specifični kulturni kontekst. Religija i molitva su važan dio svakodnevnog života za mnoge pripadnike različitih kultura. Mnogi daju značenje svojoj bolesti, liječenju i bolničkoj skrbi putem vjere u Boga ili u više duhovno biće. U tom pogledu mnogi pacijenti očekuju da tijekom boravka u bolnici mogu moliti, provoditi svoju vjersku praksu ili primiti duhovnu pomoć. Pacijenti također cijene zdravstvene djelatnike koji su osjetljivi na njihova prava na privatnost, koji ih ohrabruju, koji im pomažu u njihovim higijenskim ili prehrambenim zahtjevima. Suprotno tomu, nedostatak poštovanja prema pacijentima te nedostatak kulturne osjetljivosti može omesti komunikacijski proces.

Atmosfera u komunikaciji može utjecati na samu interakciju zdravstvenog djelatnika i pacijenta. U prosjeku, potrebno je više vremena i truda kako bi kliničari uspostavili ležeran razgovor i dobili određenu razinu povjerenja sa stranim pacijentom nego s domicilnim (Paternotte i sur., 2016). Degrie i sur. (2017) naglašavaju kako se loša atmosfera u odnosu između zdravstvenih djelatnika i pacijenata može dogoditi zbog jezičnih barijera, oskudice bolničkim resursima, zbog razlika u kulturnim tradicijama, razlika u značenju bolesti i načina

liječenja, zbog negativnih stavova pacijenata ili zdravstvenih djelatnika, zbog nevoljnog i nezainteresiranog pružanja zdravstvene skrbi, nedostatka vremena, nedostatka fleksibilnosti i usmjeravanja pažnje na tehnički dio skrbi umjesto na empatiju, što pridonosi napetosti u komunikaciji te osjećaju razočaranja pacijenata.

Komunikacija s ljudima iz drugih kultura te pojava određenih ograničenja u komunikaciji izaziva situaciju koja često uzrokuje tjeskobu i stres, što se kod zdravstvenih djelatnika povezuje s nižim zadovoljstvom s poslom, nižim samopoštovanjem, višim razinama straha te većim sagorijevanjem na poslu. Smanjenje stresa na poslu posebno je važno za zdravstvene djelatnike koji rade s pacijentima drugih jezika i kultura. Što je zdravstveni djelatnik kulturno osjetljiviji i učinkovitiji interkulturalni komunikator razina stresa se smanjuje. Dakle, u takvim specifičnim situacijama stres na radnom mjestu može se smanjiti stjecanjem znanja o drugim kulturama, uz pozitivan kontakt s pojedincima iz drugih kultura (Lin Ulrey i Amason, 2001).

3.9.4. Interkulturalna komunikacija i migrantska kriza

Od početka migrantske krize 2015. godine – koja je nastala kao posljedica pokušaja uspostave Islamske države i pogoršanja geo-političkih odnosa među državama Blitskog istoka, što je dovelo i do pogoršanja gospodarske situacije u tim državama – veliki broj stanovnika iz većinski muslimanskih zemalja zapadne Azije, Pakistana i subsaharske Afrike započeo je s migracijama prema državama Europske unije. Hrvatska kao članica Europske unije od samog se početka krize suočava s izbjegličkom problematikom, jer je kao dio balkanske rute važna tranzitna država za migrante koji se kreću prema razvijenim državama zapadne Europe, što ne predstavlja samo političko-socijalni izazov već i javnozdravstveni problem. Rotar-Pavlič i Vičič (2017) navode kako se europske države suočavaju s različitim izazovima pri rješavanju zdravstvenih potreba migranata koji dolaze iz krizom zahvaćenog Bliskog istoka i Afrike.

„U Europi još uvijek ne postoji dorečen standardizirani pristup procjeni zdravstvenih potreba migranata i izbjeglica, od kojih su mnogi tijekom više tjedana i mjeseci prošli različite oblike transporta i imali različite mogućnosti pristupa hrani, vodi i smještaju. Zbog mnogobrojnih čimbenika bili su izloženiji riziku od ozljeda i obolijevanja, a uz to su imali različite mogućnosti pristupa zdravstvenim uslugama“ (Rotar-Pavlič i Vičič, 2017; str. 69).

Kod pružanja zdravstvene skrbi migrantima i izbjeglicama koji su došli u Hrvatsku iz ratom opustošenih područja Bliskog istoka liječnici i drugi zdravstveni djelatnici radi osiguravanja kvalitetne zdravstvene skrbi trebaju se raspitati o zemlji podrijetla, uvjetima u izbjegličkim kampovima i centrima za prihvat azilanata, kulturnim i jezičnim barijerama, mogućim latentnim infekcijskim zarazama, kroničnim bolestima, lijekovima koje već koriste, mogućim ozljedama ili mučenju te s tim povezanim posttraumatskim stresnim sindromom.

Rotar-Pavlič i Vičič (2017) ističu da je u susretu hrvatskih i slovenskih zdravstvenih djelatnika s izbjeglicama i migrantima koji se kreću „balkanskom rutom“ najveći problem loša komunikacija. „Zbog nje su zdravstveni djelatnici pod znatno većim stresom zbog moguće pogrešno postavljene dijagnoze i/ili pogrešno određenog liječenja jer je, kao u svim ostalim zdravstvenim disciplinama, i kod skrbi za migrante dobra anamneza ključna za što bolju pruženu skrb. Kao i u radu s „lokalnim“ pacijentima, i kod skrbi za izbjeglice i migrante komunikaciju treba prilagoditi svakom pojedincu. Tu se u komunikaciji javlja i dodatni problem – jezik. Iako prisutnost tumača i kulturnih posrednika u načelu u mnogome olakšava komunikaciju, istraživanja su pokazala da oni mogu imati i negativnu ulogu. Najprije treba osigurati da budu odgovarajućeg spola (npr. žene tumači kod pregleda migrantica; isto vrijedi i za zdravstvene djelatnike). Kad su tumači, odnosno prevoditelji, u srodstvu s bolesnikom, može doći do pogrešne interpretacije; rodbini se neki simptom može činiti više ili manje važan nego onome tko prikuplja anamnezu, zato ga zbog emocionalnog angažmana predstavlja drukčije. Osim toga, u slučaju prisutnosti službenog tumača prilikom pregleda kod osobe se može pojaviti osjećaj srama i nelagode, što ponovno pridonosi netočnosti pruženih informacija koje za zdravstveno osoblje mogu biti od ključne važnosti. Kod rada s pojedincima iz drugog kulturnog okruženja dobro je poznavati „kulturno uvjetovane sindrome“ koji definiraju interakciju i komunikaciju između pacijenta i zdravstvenog osoblja. Neki predstavnici etničkih manjina na zdravstvene probleme reagiraju vrlo emocionalno. Zbog nerazumijevanja njihova načina izražavanja, zdravstveni djelatnik može ih neodgovarajuće etiketirati kao neurotične. Neki pacijenti, koji pripadaju ekonomskim migrantima, u strahu za radno mjesto minimaliziraju svoje probleme, a liječnika nenamjerno usmjeravaju na drugi dijagnostički algoritam“ (Rotar-Pavlič i Vičič, 2017; str. 70-71).

Kao moguće rješenje za poboljšanje komunikacije s izbjeglicama i migrantima Rotar-Pavlič i Vičič (2017) predlažu stručno osposobljenog tumača ili međukulturnog posrednika koji bi prevodio u takvom kliničkom okruženju. Često u tako složenim komunikacijskim situacijama kod prijevoda pomažu migrantovi prijatelji, odnosno rodbina, koji razumiju jezik

zdravstvenog osoblja, odnosno jezik koji razumiju oba sugovornika. Međutim, oslanjanje na takve nestručne prijevode može dovesti do neodgovarajućih i manjkavih dijagnoza, pogrešnog liječenja, prečestih posjeta liječniku te produljenih razdoblja liječenja. Također, tijekom pružanja zdravstvene skrbi migrantima mnogi zdravstveni djelatnici koriste se internetskom uslugom *Google Translate*, što može pružiti dodatnu pomoć u komunikaciji, ali to ne bi smio biti glavni oblik komunikacije, jer se time mogu izgubiti mnoge važne medicinske informacije. Međutim, danas postoje drugi višejezični internetski zdravstveni prevoditelji i rječnici kao što je europski projekt *Take Care* gdje su navedeni osnovni izrazi za hitne zdravstvene slučajeve koji pomažu liječnicima i zdravstvenom osoblju u sporazumijevanju s migrantima i izbjeglicama u kliničkom radu. Riječ je o popisu najčešće postavljanih pitanja u hitnim zdravstvenim situacijama, a na raspolaganju je terminologija na 17 jezika: engleskom, arapskom, bugarskom, kineskom, hrvatskom, nizozemskom, francuskom, njemačkom, grčkom, litavskom, poljskom, portugalskom, rumunjskom, ruskom, španjolskom, turskom i ukrajinskom.

3.10. TIMSKI RAD I UČINKOVITA KOMUNIKACIJA

Timski rad danas je sve prisutniji u kliničkoj praksi, a njegova sinergija i kohezija omogućavaju veću brzinu donošenja odluka i protočnosti medicinskih informacija. Pravodobne i točne medicinske informacije omogućavaju članovima tima da pažljivo razmotre različite aspekte zdravstvenih problema kod donošenja zajedničkih odluka. Kroz timski rad zdravstveni djelatnici s različitim stručnim znanjima moraju uskladiti svoj plan intervencije prema kompetencijama i postavljenim ciljevima ostalih članova zdravstvenog tima. Samo učinkovita komunikacija može omogućiti uspješno ostvarivanje zajedničkih ciljeva i obavljanje radnih zadataka kroz timski rad. U ovom poglavlju obuhvaćene su sljedeće teme:

- **Što je to timski rad?**
- **Zdravstveni timovi**
- **Učinkovita komunikacija i timski rad**
- **Komunikacija unutar zdravstvenih timova**

3.10.1. Što je to timski rad?

Društvene promjene koje diktiraju današnju dinamiku poslovanja te sve složeniji poslovni procesi zahtijevaju umreženost ljudskih resursa i različitih struka kako bi se ostvarili ciljevi radnih organizacija. Danas je timski rad sve prisutniji u različitim organizacijama, a njegova sinergija i kohezija omogućavaju veću brzinu odlučivanja i protočnosti informacija. Trend timskog rada prisutan je od 80-ih godina prošloga stoljeća i zadržao se do danas. Ovaj popularni oblik poslovanja organizacijske strukture može biti primjenjiv u svim organizacijama (Turkalj, Fosić i Marinković, 2012).

Turkalj, Fosić i Marinković (2012) tim definiraju kao „rezultat spoja zavidnih vještina i sposobnosti više individua koje međusobno nadopunjuju svoja znanja zajedničkim radom u ugodnoj atmosferi i skladnim međusobnim odnosima i istodobno vlastitim naporima provode niz aktivnosti radi ostvarenja određenog organizacijskog cilja“. (Turkalj, Fosić i Marinković, 2012; str. 249)

Timski rad Kobolt i Žižak (2007) definiraju kao „najrašireniji oblik izvođenja složenih profesionalnih zadataka za čije ostvarenje su potrebna bilo znanja iz različitih profesionalnih područja, bilo specijalizirana znanja iz istog ili sličnih profesionalnih područja. Svrha stvaranja timova i timskog rada je integriranje znanja i iskustva članova tima pri rješavanju istog problema“ (Kobolt i Žižak, 2007; str. 367). U svojoj profesionalnoj karijeri kroz timski rad stručnjaci različitih ili istih struka proživljavaju pozitivne i negative emocije, radne odnose neovisnosti i povezanosti, slaganje i suprotstavljanje, suradnju i sukobe (Kobolt i Žižak, 2007).

„Stručna i timska uloga se međusobno isprepliću. Dobar je onaj tim koji pojedincima omogućava ostvarenje različitih uloga koje se međusobno konstruktivno dopunjavaju i tako postižu sinergijski učinak zajedničkog djelovanja. Takav se tim pobliže određuje pojmovima: funkcionalnost i zadovoljstvo, pri čemu se zadovoljstvo odnosi na ozračje u skupini. Kvalitetan i uspješan rad rezultat je kako funkcionalnosti tako i timskog ozračja“ (Kobolt i Žižak 2007; str. 375).

Prema Ivrlaču i Golubu (2013) „timski rad je metoda koja omogućava nekolicini osoba sa zajedničkim ciljem da svoje sposobnosti najbolje iskoriste međusobnim upotpunjavanjem svojih vještina i iskustava“ (Ivrlač i Golub, 2013; str. 155).

Nikić (2004) navodi koje su kompetencije potrebne za uspješno djelovanje unutar radnog tima:

- **Empatija ili međuljudsko razumijevanje.** Osobe koje posjeduju moć empatije, koje znaju i hoće suosjećati s drugima, prikladne su za timski rad.
- **Suradnja i zajednički trud.** Kako bi jedan radni tim uspješno funkcionirao, potrebno je da se u njemu stvori ozračje suradnje i spremnosti da se zajedničkim trudom ostvare svi definirani zadaci i ciljevi. Rasprava koja prethodi donošenju odluke ili rješenju nekog problema mora biti racionalna, objektivna i konstruktivna. Suprotno tomu, ako se rasprava pretvori u otvoreni rat, onda se poremete međuljudski odnosi, a takvi sukobi i druga nerazriješena emocionalna stanja ometaju sposobnost planiranja, odlučivanja i zajedničkog rada.
- **Otvorena komunikacija.** Za učinkovitu komunikaciju u radnom timu, treba znati biti taktičan i strpljiv, znati slušati druge, treba se naučiti usklađivati sa sugovornicima te ih tretirati kao ravnopravne, a ne u podređenoj ulozi, treba poštovati različitosti i uvažavati argumente sugovornika.
- **Postavljanje jasnih normi i očekivanja te suočavanje s članovima tima koji loše rade.** U timskom radu važno je postavljati jasne ciljeve i odrediti norme ponašanja i djelovanja. Kod definiranja ciljeva treba znati procijeniti da isti ne budu preveliki i neobjektivni kako ne bi došlo do neželjenog razočaranja. Također, tijekom provođenja radnih zadataka važno je identificirati osobe koje loše rade ili koče djelovanje tima te ih treba suočiti s njihovim neradom.
- **Samosvijest i samokritičnost u obliku procjene svojih sposobnosti i slabosti u timu.** Članovi radnog tima trebali bi biti svjesni postavljenih radnih ciljeva, kao i odgovornosti u ispunjavanju svoga zadatka. U timskom radu svaki član tima treba biti kritičan prema sebi – treba objektivno procijeniti svoje sposobnosti i svoje slabosti te imati hrabrosti prihvatiti i priznati svoj dio odgovornosti za mogući neuspjeh.
- **Inicijativa i zauzimanje proaktivnog stajališta prema rješavanju problema.** U rješavanju problema koji nastanu u procesu ostvarenja nekog cilja ili zadatka svi članovi tima trebaju biti proaktivno orijentirani, što znači da zajednički ulože napor u traženju pravog rješenja, a ne da se pred problemima povlače.

- **Samopouzdanje i motivacija cjelokupnog tima.** Od velike važnosti za učinkovit timski rad su ljudi (voditelji) koji dobro motiviraju druge i surađuju s njima, koji imaju dar za pokretanje i održavanje radnih projekata. Također i svi članovi jednog radnog tima trebaju imati čvrsto povjerenje u ono što se radi. Kad se pojedinca uvjeri da nešto može postići, onda se on neće lako predavati kad naiđe na moguće poteškoće te će osjećati još veće zadovoljstvo kad postigne teško ostvarivi cilj.
- **Fleksibilnost u načinu obavljanja zajedničkih zadaća.** U svom radu tim treba imati jasno definirane ciljeve i zadatke te odlučnost u djelovanju, a u ostvarivanju ciljeva treba biti fleksibilan. Suprotno tomu, tvrdoglavost dovodi do nesigurnosti i labilnosti, a posljedica su negativni radni rezultati.
- **Organizacijska svijest.** Vođa tima treba dobro poznavati svoje suradnike, njihove dobre i loše kvalitete, kako bi svakome mogao povjeriti onaj dio posla koji će dotični najbolje učiniti. Vođa tima treba stvarati atmosferu zajedništva i prijateljstva, motivirati članove tima da svoje osobne interese podvrgnu zajedničkim ciljevima, stvoriti uvjerljivu viziju uspjeha, predstaviti svoj program na zanimljiv i privlačan način te nadahnjivati druge svojim entuzijazmom.
- **Sposobnost donošenja prave odluke**. Za uspješan timski rad potrebno je donošenje prave odluke te prihvaćanje odgovornosti da se ista što prije ostvari.

3.10.2. Zdravstveni timovi

Razvojem medicinske struke te sve većeg broja različitih specijalizacija u medicini, kao i zbog multidimenzionalnosti zdravstvenih problema, posljednjih desetljeća razvila se potreba za timskom suradnjom različitih struka unutar zdravstvenih institucija. Kroz timski rad zdravstveni djelatnici s različitim stručnim znanjima moraju uskladiti svoj plan intervencije prema kompetencijama i postavljenim ciljevima ostalih članova zdravstvenog tima.

Dobro organiziran i učinkovit zdravstveni tim podiže kvalitetu profesionalnog djelovanja, što dovodi do većeg zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga i njihovih obitelji. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije „timski rad predstavlja rad više stručnjaka na postizanju zajedničkog cilja. Taj rad ne smije biti fragmentaran i nepovezan već dobro koordiniran od voditelja tima“. Brojni autori u svojim studijama navode da je optimalan tim manja skupina stručnjaka (optimalan broj članova tima je 3-12 osoba) koji posjeduju komplementarna znanja, vještine te određene razine iskustava i koji su svojim zajedničkim

radom usmjereni ka postizanju zajedničkih definiranih ciljeva, a za što su i zajednički odgovorni. Dobro organiziran timski rad i učinkovita komunikacija s pacijentima i članovima njihovih obitelji može značajno prevenirati pogreške u radu, nezadovoljstvo pruženom uslugom i spriječiti pritužbe na zdravstvene djelatnike. To zahtijeva da članovi tima žrtvuju svoju autonomiju, dopuštajući da njihova aktivnost bude koordinirana od strane tima, bilo kroz odluke voditelja tima ili kroz zajedničko donošenje odluka. Kao rezultat toga, odgovornosti stručnjaka koji rade kao članovi tima ne uključuju samo aktivnosti koje pružaju zbog svojih specijaliziranih vještina ili znanja, nego i one koje proizlaze iz njihove obveze da prate aktivnosti koje izvode njihovi suradnici, uključujući i upravljanje sukobima koji također mogu nastati. U zdravstvu timski rad, kada je pojačan interprofesionalnom suradnjom, može imati niz pogodnosti kao što su smanjenje medicinskih pogrešaka, poboljšanje kvalitete skrbi za pacijente, rješavanje pitanja radnog opterećenja, izgradnja kohezije i smanjenje sagorijevanja zdravstvenih djelatnika na poslu. Primjerice, timska suradnja u djelatnosti hitne medicinske službe u američkim bolnicama rezultirala je smanjenjem stope kliničkih pogrešaka s 30.9% na 4.4% tijekom 12-mjesečnog razdoblja (Clements, Dault i Priest, 2007). Članovi učinkovitih zdravstvenih timova imaju povjerenja u sposobnost rješavanja problema, pozitivni su u odnosu na svoje aktivnosti i vjeruju jedni drugima. Oni mogu odrediti područja za poboljšanje i preraspodijeliti resurse kako bi to postigli. Djelotvorni timovi svjesni su svoga doprinosa u kreiranju pozitivnih rezultata. U zdravstvu, to uključuje poboljšane ishode i suradnju s pacijentima te kompetentnost ili stabilnost samog tima (Clements, Dault i Priest, 2007).

Ristić, Mrkonjić i Rukavina (2018) ističu kako je preduvjet za zadovoljavajući timski rad u zdravstvenoj ustanovi poštovanje struke i to tako da sve osobe u timu imaju jednaka prava i odgovornosti u međusobnim odnosima s kolegama i drugim osobama. „Obilježja su uspješnog timskog rada: zadovoljavajući doprinos svih članova, kohezija grupe, konsenzus u odlukama, većina članova pridržava se odluke, rezultati timskog rada kontinuirano se vrednuju, tim ima jasne ciljeve, otvoreno se raspravlja o sukobima, predlažu se alternativna rješenja, vodstvo tima predstavlja najstručnija osoba, otvoreno se raspravlja o osjećajima članova tima. Problemi u timu najčešće nastaju zbog osjećaja podijeljenosti, pretjerane uporabe autoriteta (autoritativnost, zlouporaba ovlasti), rukovoditelj nije osigurao jasnu podjelu posla i uloge (previše „sivih zona“ odgovornosti), slaba komunikacija i nesporazumi oko toga što treba učiniti, nejasno prenesene odluke onima koji ih moraju provesti“ (Ristić, Mrkonjić i Rukavina, 2018; str. 92).

Kreatori zdravstvenih politika na nacionalnim razinama poduzimaju značajne pokušaje da transformiraju radna mjesta u sustavu zdravstva u djelotvorna timska okruženja. Za korisnike zdravstvenih usluga učinkovit timski rad je više nego nužan, a u sustavu zdravstva razlikuju se interprofesionalni i multidisciplinarni timovi (Vyt, 2008).

Većina znanstvenika i teoretičara timski rad u zdravstvu promatra kao kontinuum koji se odvija interdisciplinarnom ili multidisciplinarnom suradnjom. Satin (1994; prema Ellingson, 2002) opisuje i dva modela odnosa među zdravstvenim djelatnicima koji nisu definirani kao timski rad: **unidisciplinarni odnos** – gdje poslove zdravstvene skrbi neovisno jedni o drugima obavljaju članovi različitih struka (disciplina), bez svijesti ili interesa za aktivnostima drugih zdravstvenih profesija, i **paradisciplinarni odnos**, u kojem postoji svijest o timskoj suradnji među članovima različitih disciplina, ali bez koordinacije ili zajedničkog poslovnog planiranja.

Interdisciplinarna ili interprofesionalna suradnja pruža bolje razumijevanje problema s pacijentom. Interdisciplinarni tim čine osobe koje rade stalno zajedno i u stalnoj su svakodnevnoj međusobnoj komunikaciji kako bi pružile bolesniku optimalnu potrebnu skrb. Svaki zdravstveni djelatnik u suradnji s drugim članovima tima djeluje u okviru svojih znanja i nadležnosti. Ovakav oblik timskog rada koristi se kod složenih bolesti i ozljeda ili u radu s osobama s invaliditetom, koje zahtijevaju suradnju različitih kliničkih stručnjaka (liječnici, fizioterapeuti, medicinske sestre, biokemičari, psiholozi i sl.) koji su ravnopravni u djelovanju te imaju odgovornosti u okviru svoje struke i svojih kompetencija. Učinkovitost interdisciplinarne suradnje u smislu isplativosti ovisi o kvaliteti osoba koje rade zajedno unutar tima (Vyt, 2008).

Multidisciplinarni zdravstveni tim sudjeluje u rješavanju kompleksne problematike bolesnika u dijagnostičkom i/ili terapijskom smislu, a čine ga zdravstveni djelatnici različitih specijalnosti (npr. internisti i traumatolozi) ili osobe različitih struka (ortoped, fizioterapeut, radni terapeut) koji su uključeni u postizanje zajedničkog cilja. Multidisciplinarni timovi ne surađuju svakodnevno već djeluju kada za to postoji potreba, uglavnom kod rješavanja aktualne problematike pojedinog kliničkog slučaja ili skupine bolesnika. Dakle, kod multidisciplinarnog timskog rada zdravstveni djelatnici nisu uvijek zajedno na istom mjestu i u isto vrijeme, tako da su učinkovita komunikacija i upravljanje informacijama glavni problemi ovog oblika suradnje. U rješavanju takve problematike te kako bi se postigla što učinkovitija međuprofesionalna suradnja, zdravstveni djelatnici koriste suvremene

komunikacijske tehnologije poput telemedicine i sustava mobilnog zdravstva (putem elektroničkog zdravstvenog kartona), čime mogu brže komunicirati jedni s drugima (Vyt, 2008).

Ellingson (2002) kao pozitivne ishode kliničkog timskog rada navodi: smanjenje dužine boravka u bolnici, povećana kvaliteta zdravstvene skrbi pacijenata, povećano zadovoljstvo pacijenata, bolja koordinacija zdravstvene skrbi o pacijentima, povećana upotreba usluga bolničke rehabilitacije, poboljšana kontrola boli, manje upisa u domove za zdravstvenu njegu nakon bolničke hospitalizacije te smanjeni ukupni troškovi zdravstvene zaštite.

3.10.3. Učinkovita komunikacija i timski rad

Komunikacija omogućuje interakcije između članova radnog tima. Voditelj tima trebao bi biti prvi koji će pažljivom i učinkovitom komunikacijom uspostaviti **suradnju** između članova tima te dobar **međuljudski odnos**, koji je ne-konfrontacijski i koji se temelji na postizanju **zajedničkih ciljeva**. Samo učinkovita komunikacija može omogućiti uspješno ostvarivanje zajedničkih ciljeva i dovršenja zadataka kroz timski rad. Bucăţa (2017) ističe da komunikacija unutar tima:

- **stvara zadovoljstvo poslom među zaposlenicima kao članovima tima:** dobra komunikacija donosi samo koristi, motivira zaposlenike na bolji i kvalitetniji rad, čini ih osjetljivim za tvrtku; otvorena komunikacija sprječava pojavu konflikata i pomaže u bržem rješavanju istih;
- **povećava produktivnost:** učinkovita komunikacija u timu je važno pitanje za uspjeh ili neuspjeh timskog rada; voditelji tima moraju definirati, temeljito objasniti zadane ciljeve, komunicirati sa zaposlenicima o njihovim odgovornostima i dužnostima koje moraju ispunjavati;
- **učinkovito koristi resurse:** kada se pojave problemi, krize i sukobi zbog nedostatka komunikacije između zaposlenika, javljaju se nepotrebna kašnjenja u svakodnevnoj rutini, a to se svodi na trošenje resursa, što može rezultirati smanjenjem produktivnosti.

Za upravljanje komunikacijom u timu mora se uzeti u obzir nekoliko uvjeta:

- sažeta i precizna formulacija poruke koju treba razumjeti jednostavno i potpuno,
- brz prijenos poruke,
- tečnost i sigurnost povratne informacije,
- korištenje jednostavnog načina govora između pošiljatelja i primatelja informacija,
- pojednostavljenje komunikacijskih kanala,
- osiguravanje fleksibilnosti i prilagodljivosti sustava komunikacije koja će se koristiti u bilo kojoj situaciji (Burnside-Lawry, 2011; prema Bucăţa, 2017).

Interpersonalna komunikacija, grupna dinamika i timski rad od vitalne su važnosti u bilo kojoj radnoj organizaciji uslužnog sektora kao što su zdravstvo, bankarstvo, turizam i sl. Komunikacija u takvim radnim organizacijama odvija se na tri razine: međuljudskoj, unutar tima te na razini radne organizacije, i to kroz dva glavna oblika: usmeni i pisani (Mohanty i Mohanty, 2018). Komunikacija zaposlenika mora imati stratešku ulogu u organizaciji kako bi mogla biti učinkovita. Mohanty i Mohanty (2018) i Jurković, (2012) navode da smjer i tijek komunikacije može biti: (1) **vertikalna komunikacija prema dolje** (odvija se od ljudi na višim organizacijskim razinama ili voditelja tima prema onima na nižoj razini u organizacijskoj hijerarhiji); (2) **vertikalna komunikacija prema gore** (slanje povratne informacije zaposlenika na prethodno opisani smjer komunikacije) te (3) **horizontalna i lateralna komunikacija** (podrazumijevaju razmjenu informacija između djelatnika na istim razinama organizacijske strukture).

Također, komunikacija i grupna dinamika igraju važnu ulogu što se tiče učinkovitosti timskog rada u organizacijama. Unutar radne organizacije ili tima komunikacija ima četiri osnovne funkcije, a to su: kontroliranje, motiviranje, emocionalno izražavanje i informiranje. „Da bi organizacija uspješno djelovala, ona treba održavati kontrolu nad svojim zaposlenicima, stimulirati njihov rad, omogućiti im izražavanje osjećaja te upriličiti donošenje odluka“ (Jurković, 2012; str. 391).

3.10.4. Komunikacija unutar zdravstvenih timova

Sigurnost pacijenata predstavlja jedan od najvećih izazova za zdravstvo u 21. stoljeću. Prepoznavanje pojave medicinskih pogrešaka sa štetnim posljedicama za pacijente i zdravstvene ustanove dovelo je do toga da je i Svjetska zdravstvena organizacija počela sve više ukazivati na važnost komunikacije i rada unutar zdravstvenog tima kao odrednice kvalitete i sigurnosti pružanja zdravstvene skrbi pojedincima (Da Silva Nogueira, 2015).

Neuspjesi u timskom radu i loša komunikaciji između zdravstvenih djelatnika jedan su od glavnih čimbenika koji pridonose medicinskim pogreškama i štetnim posljedicama, a time i smanjenju kvalitete zdravstvene skrbi. Za razvoj učinkovite komunikacije među članovima zdravstvenog tima ključni su čimbenici kao što su: kontakt očima, aktivno slušanje, potvrda razumijevanja poruke, jasno vodstvo, uključenost svih članova tima, zdrava rasprava o relevantnim medicinskim informacijama te razumijevanje trenutnog okruženja i sposobnost da se predvide mogući problemi. Glavni problemi koji mogu sputavati učinkovitu komunikaciju među članovima zdravstvenog tima mogu biti: raznolikost u stručnoj spremi zdravstvenih djelatnika, pri čemu se komunikacijske kompetencije mogu razlikovati među pojedincima; tendencija da jedna profesionalna kategorija komunicira više unutar sebe nego s drugima (primjerice liječnici u odnosu na medicinske sestre, fizioterapeute i dr.); i utjecaj hijerarhije, općenito se odnosi na liječnike koji zauzimaju položaj s najvećim autoritetom, što je situacija koja može ograničiti komunikaciju s ostalim članovima nižih hijerarhijskih razina. Takve poteškoće i šutnja pojedinih članova tima smatraju se preprekom za dobru komunikaciju i učinkovit timski rad, što može rezultirati izostavljanjem davanja važnih medicinskih informacija, nedostatkom točnosti ili dosljednosti informacija, te prekidima i čestim šumovima koji umanjuju jasnoću poruke koja se prenosi unutar zdravstvenog tima. Dakle, snaga timskog rada jest u suradnji zdravstvenih djelatnika različitih vještina i znanja sa svrhom postizanje zajedničkog cilja. Kako bi timovi što učinkovitije radili, svi članovi moraju razumjeti vještine i potencijale svojih kolega i suradnika (Da Silva Nogueira, 2015).

Jedan od glavnih izazova voditelja zdravstvenih timova je upravljanje sukobima unutar tima. Sukob predstavlja dio procesa rada zdravstvenog tima te omogućava donošenje odluke. Ponekad se članovi tima prilagođavaju volji drugih u grupi umjesto da se zauzmu za vlastite ideje, što često dovodi do loših odluka. Takve situacije nazivamo „grupno razmišljanje“. Poticanje članova tima od strane voditelja na izražavanje različitih suprotstavljanih ideja je najbolji način za izbjegavanje „grupnog razmišljanja“, što omogućava timu da istraži različite

perspektive o složenosti zdravstvenog problema i sprječava donošenje preuranjenih odluka. Sukob je također uzbudljiv oblik komunikacije koji potiče uključenost i pozornost članova tima na razvoj korisnih kreativnih kompromisa za pomoć u rješavanju složenih zdravstvenih problema. Ipak, sukob unutar tima može biti opasan ako se njime ne može učinkovito upravljati. Često se pojedinci koji nisu vješti u argumentiranom suprotstavljanju ideja mogu upustiti u neprijateljsko, pa čak i nasilno ponašanje, što može umanjiti učinkovitost timskog rada. U takvom radnom okruženju bitno je usredotočiti se na idejni sukob nasuprot osobnom sukobu. Kroz idejni sukob ispituju se različite suprotstavljene ideje, perspektive i gledišta, dok se osobni sukob usredotočuje na napadanje osobnosti i karaktere pojedinih članova tima. Osobni sukobi u timovima trebaju se izbjegavati jer udaljavaju članove tima i potkopavaju kooperativne međuljudske odnose. Vješti voditelji timova potiču članove tima da komuniciraju bez kritiziranja zbog različitih stavova ili ideja – što znači biti otvoren prema vrijednostima ideja drugih koje se razlikuju od naših – i tražiti mogući kompromis između različitih ideja izraženih u zdravstvenom timu (Kreps, 2016).

Kako bi timski rad u zdravstvenim ustanovama rezultirao većom produktivnošću te poboljšanjem komunikacije i donošenjem jasnih odluka, a članovi tima poboljšali samopoštovanje te psihološku i socijalnu potporu, Da Silva Nogueira (2015) ističe kako bi se menadžeri u zdravstvu te voditelji zdravstvenih timova trebali educirati, s naglaskom na pitanja kao što su vodstvo, uzajamna potpora i povjerenje u zdravstvenoj ustanovi ili timu, komunikacija i uloga svakog člana tima – čime bi se otkrivale ili minimalizirale pogreške u radu te poboljšale vještine timskog rada.

Kao ključne alate za učinkovitu komunikaciju unutar zdravstvenog tima Da Silva Nogueira (2015) navodi strukturirane komunikacijske protokole te standardizirane načine prezentiranja medicinskih informacija o pacijentu. Strukturirani komunikacijski protokoli obuhvaćaju informiranje (unaprijed) i izvještavanje (nakon) poduzimanja određenih postupaka kao što su, primjerice, kirurški zahvati ili porodi. Prije postupka raspravlja se o raznim temama koje bi mogle dovesti do problema, kao što su komorbiditeti, nedostatak osoblja, umor, poteškoće ili očekivane tehnike, dok se nakon postupka raspravlja o identificiranim problemima i načinu na koji su se članovi tima bavili istima. Standardizirani način prezentiranja informacija o pacijentu, poznat kao **SBAR** (eng. kratica: *Situation, Background, Assessment, Recommendation*) osigurava strukturu za komunikaciju među članovima zdravstvenog tima s obzirom na zdravstveno stanje pacijenta te omogućuje zdravstvenim djelatnicima da predvide

sljedeće korake te da promijene, ako je potrebno, i model liječenja kako bi se izbjegle moguće pogreške, primjerice, kod doziranja i načina davanja lijekova.

Članovi tima moraju biti spremni i sposobni dijeliti relevantne informacije sa svojim suradnicima radi postizanja zajedničkih ciljeva tima. Pravodobne i točne zdravstvene informacije omogućuju članovima tima da pažljivo razmotre različite aspekte zdravstvenih problema kod donošenja zajedničkih odluka. Primjerice, ljekarnici mogu imati informacije o novim lijekovima za određenog pacijenta za koje ostali članovi tima možda i ne znaju. Dakle, članovi tima trebaju međusobno dijeliti relevantne informacije na temelju njihovih specifičnih znanja i iskustava o nekom zdravstvenom problemu. Važno je da članovi tima međusobno dijele medicinske informacije kod donošenja važnih timskih odluka u rješavanju zdravstvenih problema (Kreps, 2016).

Nije dovoljno samo dijeliti opće informacije o lijeku ili terapijskom postupku. Članovi tima trebaju primijeniti takve zdravstvene informacije na specifični zdravstveni slučaj. Trebaju znati kako koristiti te informacije za rješavanje određenog kliničkog problema te što znače takve informacije za same postupke liječenja ili potencijalne rizike. Pronalaženje i dijeljenje relevantnih medicinskih informacija primarni je cilj zdravstvenog tima. Članovi tima moraju, uz prikupljanje medicinskih informacija, znati i kako ih dijeliti kako bi ih drugi mogli razumjeti sa svoje točke gledišta. Članovi tima moraju jasno, temeljito i uvjerljivo predstaviti svoje informacije drugim članovima tima da bi zajednički mogli odrediti kako najbolje iskoristiti takve informacije za rješavanje zdravstvenih problema koji se razmatraju (Kreps, 2016).

Osim informiranja, neophodno je da članovi tima budu dobri slušatelji kako bi mogli ocijeniti informacije ostalih članova tima. Učinkovito slušanje kolega unutar tima nije tako lako, posebice kada se dijele komplicirane zdravstvene informacije. Učinkoviti komunikatori u timu pružaju povratne informacije drugima te pokazuju razumijevanje i empatiju prema svojim suradnicima. Primjerice, kada fizioterapeuti ili medicinske sestre naglašavaju zabrinutost zbog zdravstvenog stanja pacijenta, ostali članovi tima trebaju pokazati da i oni ozbiljno shvaćaju takvu zabrinutost kod donošenja daljnjih odluka o liječenju. U timskom radu važno je pokazivanje poštovanja i suosjećanja (istinskog razumijevanja) za stavove drugih članova tima. Dakle, empatija je ključna u izgradnji interpersonalnih i kooperativnih odnosa unutar zdravstvenih timova (Kreps, 2016).

U izgradnji učinkovitih zdravstvenih timova bitan je razvoj interpersonalnih odnosa među članovima tima kako bi si na određeni način pomogli u ostvarivanju zajedničkih timskih ciljeva. Unutar tima potrebno je uspostaviti ugodnu i skladnu interakciju koja se temelji na poštovanju, prijateljstvu i suradnji. Razvijanjem dobrih odnosa unutar tima potiču se članovi da međusobno dijele informacije, da pažljivo slušaju ono što im se govori te da se tako uspostavi odnos povjerenja i suradnje. Kada su odnosi među članovima tima loši, teško je postići zajedničke ciljeve jer nisu potaknuti na međusobnu suradnju, na razmjenu medicinskih informacija ili se čak međusobno niti ne poštuju (Kreps, 2016).

„Svaki put kad s nekim komuniciramo takva interakcija utječe na naš odnos s tom osobom. Takva interakcija ili nam pomaže izgraditi jaču suradnju (odnosi se na razvoj odnosa) ili ona umanjuje suradnju (što se naziva relacijskim pogoršanjem). Stoga, važno je za članove tima da nauče kako koristiti komunikaciju unutar tima kako bi izgradili učinkovite timske odnose. Kada se uspostavi odnos, moramo pratiti način na koji komuniciramo jedni s drugima kako bi održali naš odnos koji se kreće u pozitivnom smjeru – što se naziva relacijskim održavanjem. To znači da način na koji komuniciramo u zdravstvenom timu vrlo je važan za izgradnju i održavanje učinkovitih timskih odnosa“ (Kreps, 2016; str. 4).

Važan dio uspostavljanja učinkovitih odnosa u timu predstavlja „samootkrivanje“, što podrazumijeva upoznavanje drugih sa sobom, svojim idejama i ciljevima. Ipak, samootkrivanje može biti rizično, jer se odričemo privatnosti svaki put kad otkrijemo informacije o nama samima. Samootkrivanje najbolje funkcionira u izgradnji interpersonalnih odnosa kada je uzajamno i kada obje strane koje grade takav odnos dijele slične informacije o sebi, kao što su osobni podatci o tomu gdje i s kime žive ili što rade u slobodno vrijeme. Kroz timski rad važno je potaknuti članove tima na dijeljenje osobnih podataka kako bi se mogli međusobno upoznati, posebno podataka o njihovim područjima stručnosti i kompetencijama, kako bi se osjećali više povezani jedni s drugima unutar tima (Kreps, 2016).

Ristić, Mrkonjić i Rukavina (2018) istraživali su razinu komunikacije unutar tima u operacijskim dvoranama Kliničke bolnice *Sveti Duh* u Zagrebu, gdje su ispitivali znakove „problematične komunikacije” u zdravstvenom timu, odnosno, u operacijskoj dvorani. Prema rezultatima provedenog istraživanja zaključuju da je u operacijskim dvoranama preduvjet timskog rada pozitivna komunikacija. „Utvrđuje se da u timu često možemo primijetiti ljutnju, sarkazam, nedostatak entuzijazma te nedostatak sudjelovanja u grupnim diskusijama i odlukama. Također je prisutna nespremnost na suradnju te ogovaranje članova druge struke.

Za pozitivan stupanj komunikacije potrebno je postići dogovor svih članova tima. To se postiže pažljivim slušanjem i otvorenošću prema drugim mišljenjima, bez nadglasavanja, izbjegavanjem agresivnosti, argumentima te zadržavanjem vlastita stava bez obzira na mogući sukob. Preduvjet je pozitivne komunikacije i povjerenje. Iznevjereno povjerenje u timu ugrožava rad u operacijskoj dvorani“ (Ristić, Mrkonjić i Rukavina, 2018; str. 93).

Prema istraživanjima koja su proveli Mills, Neily i Dunn (2008) te Kertesz, Walker i Maliwat-Bandigan (2019) također se navodi da je procjena učinkovitosti suradnje i komunikacije među kirurškim timovima od ključne važnosti za pravovremeno rješavanje problema u liječenju kirurških bolesnika. Komunikacija i timski rad bitne su komponente sigurne kirurške skrbi za pacijente. Pogreške u komunikaciji u operacijskoj sali nisu neuobičajena pojava te mogu ugroziti sigurnost pacijenata. Prema tome, procjena učinkovitosti komunikacije prilikom kirurških zahvata omogućava članovima tima pravovremeno rješavanje problema kroz potencijalne intervencije u pružanju kirurške skrbi. Jednom prihvaćen u svakodnevnoj rutini, učinkovit timski rad i učinkovita komunikacija povećavaju zadovoljstvo medicinskog osoblja i pacijenata, dok se u isto vrijeme olakšava postizanje optimalnih kliničkih ishoda. Kada se takva ponašanja ne prakticiraju, neuspjesi u timskom radu i komunikaciji mogu značajno pridonijeti događajima koji uključuju kirurške postupke na pogrešnim mjestima ili s pogrešnim pacijentima. Dakle, operacijska dvorana predstavlja dinamično, visoko-tehničko i stresno okruženje u kojem pacijent može biti izložen povećanom riziku od medicinske pogreške. Izbjegavanje moguće štete postiže se učinkovitom komunikacijom u timu i odgovarajućim ponašanjem u timskom radu.

3.11. SUKOBI U KOMUNIKACIJI

Kada govorimo o sukobima u komunikaciji, ne misli se samo na otvorene sukobe poput vikanja, svađanja ili otvorene verbalne i fizičke agresije. Sukob nastaje i šutnjom te neslaganjem, odnosno nedjelovanjem i prilagođavanjem na situacije koje nisu jasno određene, bilo u odnosu prema samome radu, pacijentima ili suradnicima. Unutar zdravstvenih ustanova postoji specifična radna dinamika, veliki broj ljudi (pacijenata te zdravstvenih djelatnika i drugog nemedicinskog osoblja) kao i intenzitet događanja, koji zahtijevaju jasne smjernice, prava i dužnosti te kodeks ponašanja. Zdravstvene ustanove su, dakle, plodno tlo za nastanak sukoba u komunikaciji. U ovome poglavlju razmatrat će se:

1. **Obilježja sukoba**
2. **Sukobi u zdravstvenom okruženju općenito**
3. **Sukobi s pacijentima i u timu (specifičnost radnog okruženja)**
4. **Smjernice za rješavanje sukoba u zdravstvenim ustanovama prema kanadskom modelu RNAO**

3.11.1. Obilježja sukoba

Biti nenasilan nije strategija koju koristimo povremeno ili samo danas, a već sutra odbacujemo; nenasilje nije povodljivo kao nasilje; ono je usađivanje pozitivnih stavova umjesto negativnih koji dominiraju nama. Manje-više sve što činimo i mislimo uvjetovano je sebičnim motivima – što ja time dobivam? U materijalističkom društvu koje cvjeta na grubom individualizmu, niti jedan od tih negativnih koncepata djela i misli ne pridonosi razvoju homogenih obitelji, zajednica, društava ili nacija. Nenasilje znači dopustiti pozitivnom u sebi izlazak na površinu, dopustiti da u nama dominira ljubav, poštovanje, razumijevanje, zahvalnost, suosjećanje i briga za druge, a ne egocentrični, sebični, pohlepni stavovi puni mržnje, predrasuda, sumnjičavosti i agresivnosti. Svijet je onakav kakvim smo ga sami stvorili. Ako je nemilosrdan danas, to je zato što smo ga svojim stavovima učinili takvim. Ako se mi promijenimo, možemo promijeniti svijet. Mijenjanje samih sebe počinje i mijenjanjem načina komunikacije. To je značajan prvi korak prema stvaranju suosjećajnog svijeta (Rosenberg, 2006).

Nauman (2017) ističe kako se sukob odnosi na agresivno nastojanje za željenim ishodom koji, ako se postigne, sprječava druge da ostvare svoj željeni ishod. To je ujedno i proces u kojemu jedan pojedinac smatra da ga drugi pojedinac osporava ili negativno utječe na njegove interese. Sukob je neizbježan u gotovo svim sferama života i rada, a karakterizira ga stanje disharmonije i razmimoilaženja u razmišljanju ili ponašanju. Sam pojam možemo poistovjetiti s riječima spor, svađa, sučeljavanje te konflikt. Svakodnevno iskustvo u poslovnom okruženju govori nam da je sukob socijalni proces koji proizlazi iz određene situacije te implicira sam tijek događaja koji je sastavljen od više epizoda različitih intenziteta i manifestacija. Dinamičnost, promjenjivost i nedokučiv karakter otežavaju jednoznačno definiranje sukoba. Također, sukob je situacija u kojoj postoji namjera da jedna strana ostvari svoje ciljeve na račun druge, gdje pritom postoje suprotstavljeni interesi. Nauman (2017) navodi kako sukob

postoji na različitim razinama – intrapersonalnoj, interpersonalnoj, unutargrupnoj i međugrupnoj. **Intrapersonalni sukob** javlja se unutar osobe i odvija se kada pojedinac mora birati između alternativa, dok se **interpersonalni sukob** materijalizira između dvoje ljudi. Slično tomu, **unutargrupni sukob** razvija se unutar jedne skupine ljudi, dok se **međugrupni sukob** javlja između najmanje dvije skupine ljudi.

Globalno izvješće o ljudskom kapitalu Svjetskog ekonomskog foruma otkrilo je da velika većina, koja iznosi 85% zaposlenika na svim razinama, u određenoj mjeri doživljava sukobe. Kao takav, današnji pogled pruža sljedeće razumijevanje sukoba: (1) to je autohtoni dio života; (2) nesumnjivo se događa u svim radnim okolinama; (3) to ne znači da radni odnos ide loše, jer može biti pozitivno iskustvo; (4) to je jak emocionalni proces koji pokreće razvoj novih ideja. S obzirom da je sukob destruktivan i razoran za radno okruženje, on je ujedno i upozorenje upravi da nešto nije u redu i da treba potaknuti traženje novih rješenja kroz rješavanje problema, klasifikaciju ciljeva, uspostavljanje grupnih normi i određivanje granica grupa (Nauman, 2017).

U radnome okruženju do sukoba dolazi i zbog nedostatka moći, resursa, društvenog položaja, shvaćanja i prihvaćanja različitih vrijednosti unutar sustava te zbog postojanja različitih potreba, želja i interesa. Jedan od najranijih radova o upravljanju sukobima napisala je Mary P. Follett 20-ih godina prošlog stoljeća. Istaknula je tri osnovna načina pristupa konfliktu: dominaciju, kompromis i integraciju te potom izbjegavanje i potiskivanje (Follett, 1940; prema Nauman, 2017). Na ovome tragu, suočavanje s konfliktom svrstava se u dvije oprečne dimenzije „brige za sebe“ i „brige za druge“. Prvi se aspekt odnosi na to koliko osoba pokušava udovoljavati vlastitim interesima tijekom sukoba, dok se drugi aspekt odnosi na to koliko osoba pokušava zadovoljiti potrebe suprotne strane. S druge strane, Nauman (2017) smatra sukobe neophodnim pokretačima društvenih promjena u modernim pluralističkim društvima. Kompleksnost samog sukoba nosi i određene posljedice te je važno koliko ga se uspješno kontrolira prije nego što poprimi destruktivne razmjere. Pozitivne strane razrješenja sukoba mogu poboljšati kvalitetu međuljudskih odnosa prigodom zajedničke suradnje i donošenja odluka, poticati kreativnost i inovativnost, povećati interes i radoznalost u timu, postati sredstvo za smanjenje napetosti te, u konačnici, omogućiti bolju prilagodbu promjenama. Primjerice, članovi radne grupe, povjerenstva ili tima otvorenim iznošenjem suprotnih mišljenja nalaze učinkovitija rješenja te krajnji rezultat rada skupine ljudi koji različito razmišljaju može biti znatno bolje kvalitete. U poslovnome okruženju, na radnome mjestu, u suradnji s ostalim članovima tima nemoguće je odvojiti pojedinca od skupine kojoj

pripada, kao ni dio skupine od šire organizacije, te činjenice da su psihološka stanja osobe većim dijelom određena vanjskim događajima, pripadanjima i identitetima. Istraživanja pokazuju da menadžeri znatan dio radnog vremena provode rješavajući sukobe, što upućuje na važnost poznavanja uzroka, mehanizama i načina rješavanja sukoba unutar ustanove. Nauman (2017) tako navodi tri moguća ishoda konfliktne situacije: (1) „pobjeda – poraz“, (2) „poraz – poraz“, (3) „pobjeda – pobjeda“. Dobar i kvalitetan je samo onaj sukob koji dovodi do trećeg rješenja.

Kao uvriježene uzroke nastanka sukoba između zaposlenika na radnom mjestu Nauman (2017) navodi:

- različite osobnosti,
- različite sustave vrijednosti,
- nejasna radna zaduženja,
- ograničene resurse,
- nepoznavanje modela komunikacije,
- međuovisna radna zaduženja,
- nerealna i nejasna pravila i norme,
- neriješene i potisnute prijašnje sukobe.

3.11.2. Sukobi u zdravstvenom okruženju općenito

Organizacija zdravstvene skrbi vrlo je složena, okarakterizirana je brojnim zamršenim međuzavisnim odnosima i nejasnoćama u poslu koje stvaraju stres i proizvode sukobe. Složenost zdravstvene zaštite povezana s vremenskim pritiskom, kritičnim odlukama o životu i smrti, neizrečenim očekivanjima od suradnika i golemim opterećenjima te rad u smjenama doprinose sukobu. Alshammari i Dayrit (2017) navode najčešće uzroke sukoba u zdravstvenim organizacijama: (1) natjecanje među zdravstvenim profesionalcima, (2) razlike u ekonomskim i profesionalnim vrijednostima među članovima zdravstvenog tima, (3) ograničeni resursi, (4) promjene zaduženja, (5) nedostatak jasno definiranih uloga i očekivanja, (6) sposobnost funkcioniranja zdravstvenog tima, (7) vještine međuljudske komunikacije te (8) različita očekivanja u svezi s razinom izvedbe različitih uloga medicinskih djelatnika.

U medicinskom okruženju, odnosno u zdravstvenim ustanovama pri svakodnevnom provođenju radnih zadataka postoji također puno nepodudarnosti u mišljenjima, poslovnim ciljevima, načinu rada te u interpretaciji medicinskih informacija. Sve navedeno potencijalan je okidač za nastanak sukoba. Sukobi u zdravstvenim organizacijama pojavljuju se u različitim oblicima:

1. **Sukob uloga** – događa se kada se uloge identificiraju te kada status i razgraničenje dužnosti nisu jasno definirani (Crossman, 2016; prema Alshammari i Dayrit, 2017).
2. **Sukob komunikacije** – oblik sukoba koji se događa kada pojedinci neuspješno razgovaraju o svojim razlikama (Clark i Brennan, 1991; Alshammari i Dayrit, 2017).
3. **Sukob cilja** – kategorija sukoba koja se pojavljuje kada dva suprotna cilja imaju različite razine relevantnosti za pojedinca ili nekoliko pojedinaca (Singh, 2012; Alshammari i Dayrit, 2017).
4. **Sukob osobnosti** – sukob koji postoji kada su neskladne ili suprotstavljene osobnosti prisutne na radnom mjestu te se sukobljavaju (Lebowitz, 2015; Alshammari i Dayrit, 2017).
5. **Sukob vrijednosti** – vrsta sukoba koja se događa kada pojedinci pripadaju različitim vrijednosnim skupinama i stavovima (rad u praksi, vjerovanja, običaji, jezična barijera i sl.), a ostali to smatraju neprihvatljivim (Maiese, 2003; Alshammari i Dayrit, 2017).

Postoji pet mogućnosti kako se može odgovoriti na sukob:

1. **Izbjegavanje**: povlačenje iz situacije; održavanje neutralnosti; cilj je odgoditi sukob.
2. **Održavanje**: zadovoljiti potrebe i brige drugih nad vlastitima; održavati sklad; cilj je donijeti sklad.
3. **Agresivnost – dominacija – natjecanje**: biti samouvjeren i slijediti vlastite brige; borba za vlast; cilj je pobijediti u sukobu.
4. **Kompromis**: minimalno prihvatljiv za sve; neoštećeni odnosi; cilj je pronaći neutralnost.
5. **Suradnja**: proširiti raspon mogućih opcija; postizanje rezultata pobjede ili dobitka; cilj je pronaći „pobjeda – pobjeda“ rješenje (Alshammari i Dayrit, 2017).

Međutim, ako se sukobom ne upravlja učinkovito, može doći do ozbiljnih pogoršanja u produktivnosti i učinkovitosti zaposlenika. Sukob u zdravstvenim ustanovama povezan je s

kontraproduktivnim ponašanjem na radnom mjestu. Stoga se procesom komunikacije te izbjegavanjem eventualnih sukoba treba učinkovito upravljati kako bi se postigli uspjesi u liječenju i minimalizirale moguće štete. Upravljanje međuljudskim odnosima, pa i sukobima, unutar neke zdravstvene ustanove specifično je i zbog same činjenice da se radi o tipu zaposlenja u kojem postoji povezivanje (s drugim zdravstvenim djelatnicima, nemedicinskim osobljem, ali i s pacijentima), suradnja, interes za pacijente i njihove potrebe te naglašena briga za druge. U samoj je biti medicinske djelatnosti čovjek. Takvo dinamično okruženje zahtijeva od pojedinca da transparentno i objektivno daje i prima informacije, da iskazuje otvorenost za rješavanje svih pitanja te predlaže korisna rješenja bez stvaranja tenzija. Samo takav afirmativan stil u komunikaciji, bez interesa za osobnom koristi te uz naglašenu brigu za dobrobit drugih može donijeti rezultate i stvoriti zdravu radnu atmosferu (Alshammari i Dayrit, 2017).

Negativni učinci sukoba između medicinskog osoblja su sljedeći:

1. Ometanje uspješnih kliničkih ishoda.
2. Smanjeno zadovoljstvo poslom, što rezultira smanjenjem predanosti, izostancima, povećanom učestalošću pritužbi, čestim zamjenama i rotacijama djelatnika te povećanim razmišljanjem o napuštanju profesije.
3. Stalni stres koji dovodi do propusta u pamćenju, psihosomatskih bolesti, straha, razdražljivosti, smanjenog samopoštovanja i izolacije.
4. Slaba ili nikakva suradnja koja dovodi do smanjenja produktivnosti, smanjenja učinkovitosti i povećanja učestalosti medicinskih pogrešaka.
5. Povećanje troškova zbog izgubljenog vremena koje je utrošeno na rješavanje sukoba na radnom mjestu te na sudske tužbe (Alshammari i Dayrit, 2017).

Iskustvo nam govori da veliki broj pogrešaka u zdravstvenoj skrbi potječe od komunikacijskih problema, a događaju se zbog sukoba mišljenja, neizrečenih detalja, šutnje ili, još gore, zbog izbjegavanja komunikacije s pacijentom. Također, to se naziva i „nevidljivim“ sukobom (jer ne dolazi do otvorenih sukoba ili svađa). S tim u svezi, malo je vjerojatno da će unutar sustava jedan zdravstveni djelatnik komunicirati s drugim vezano za ishod liječenja ili praćenje pacijenta (osim ako to nužno moraju kada rade u timovima). Bitno je istaknuti da komunikacija u svakom slučaju mora postojati prije nego što se liječenje dogodi. Ona je ključna za sam ishod liječenja. Upravo takva komunikacija nakon procesa liječenja diktira

njezin daljnji ishod. Ona određuje, primjerice, ima li institucija sposobnost učenja i usavršavanja iz iskustva, te također ima li sposobnost otvorene komunikacije s bolesnikom i obitelji. Budući da je, dakle, iskrena komunikacija prije i poslije liječenja bit dobre zdravstvene zaštite, važno je za zdravstvenu skrb neke ustanove da može predvidjeti u kojoj mjeri će komunikacijske vještine te vještine rješavanja sukoba postati njeni prioriteti. Te su odrednice primarni pokazatelji sposobnosti jedne ustanove da napreduje u poboljšanju kvalitete i sigurnosti pacijenata te će stoga opremiti svoje zdravstvene djelatnike znanjima i vještinama na ovome području. Oni koji prihvate ovaj pristup, mogu očekivati poboljšanja u poslovanju, manje „izgaranja“ zdravstvenih djelatnika, povećanu iskrenost prema pacijentu te niže stope medicinskih pogrešaka. Slični zahtjevi dodani su i za voditelje zdravstvenih timova te se smatra da je potrebno „instalirati“ pristup/smjernice za upravljanje konfliktima s pacijentima (Peters, Lipkus i Diefenbach, 2006).

Postojeći zdravstveni sustav (s previše pacijenata na jednog liječnika, medicinsku sestru ili fizioterapeuta) stvara potencijalne sukobe u komunikaciji koji se očituju u pomanjkanju dovoljne količine vremena za pacijenta. Zdravstvo je zbog toga jedinstveno na mnogo načina. Kada se nešto dogodi unutar ustanove što bi moglo dovesti do propitivanja nečije profesionalne odgovornosti kao, primjerice, liječenje pacijenta s neizvjesnim ili drugačijim ishodom od očekivanog, do pritužbe od strane kolega, do podnošenja prigovora ili tužbe vezane za sigurnost pacijenata, postoje mnogi institucionalni procesi koji ukazuju na poželjne putove komunikacije za rješavanje takvih situacija. Svaki od tih putova ovisi o kapacitetu i potencijalu zdravstvenih djelatnika da ostave iza sebe svoje osobne probleme te uključe emocionalne filtre i ponašaju se profesionalno. Paralelno s tim, ne smiju se ograničavati pristupi informacijama tijekom rada s pacijentima koji su potrebni za smanjenje sukoba ili na bilo koji način onemogućavati organizaciji da uči i da se poboljša. U slučaju incidenta ili sukoba kada pacijent ili obitelj imaju dodatna pitanja o ishodu liječenja, ustanova, ali i svaki zdravstveni djelatnik, moraju imati istu moralnu i etičku predanost pacijentu kao i na početku kada je pacijent prvotno zatražio skrb. Svi bi trebali nastaviti djelovati na ujednačen način, u najboljem interesu pacijenta. Dugoročne interese i reputaciju ustanove najbolje čuvaju ista profesionalna i disciplinirana ponašanja. Ali vrlo je teško brzo i učinkovito razriješiti sukob te podučavati djelatnike kako se najbolje ponašati kada se sukob već dogodi (Peters, Lipkus i Diefenbach, 2006).

3.11.3. Sukobi s pacijentima i u timu (specifičnost radnog okruženja)

U bilo kojem trenutku pri susretu s pacijentom, zdravstveni djelatnik trebao bi jasnim, razumljivim i pristojnim odgovaranjem na pacijentove nedoumice i pitanja, razmjenom informacija na suradnički način jačati svoje komunikacijske vještine te time predstavljati ustanovu. Tek tada se i pojava konflikta može „bezbolno“, za obje strane, razriješiti. Krajnji cilj u provođenju profesionalne komunikacije nije samo izbjegavanje potencijalnih sukoba ili „čuvanje svojih leđa“ već, u konačnici, i poboljšanje cjelokupnog sustava skrbi i ishoda liječenja. Implikacije za zdravlje pacijenata su značajne jer se zbog neuspješne komunikacije događaju ozbiljni zdravstveni i neplanirani ishodi. Ako se, primjerice, liječnik ne slaže s medicinskom sestrom kojoj predaje brigu o pacijentu, možda neće biti sklon razgovoru s njom, a koji bi trebao trajati koliko god je potrebno, kako bi temeljito bile prenesene sve potrebne informacije o pacijentu. Dakle, prije svega je potrebno osvijestiti objektivnost i profesionalnost u kontaktu s pacijentima (Shah, 2017).

Najvažniji aspekt liječenja je pružanje prilike i pacijentu i liječniku da im se omogući dovoljno vremena kako bi razgovarali. Izuzetno je važno da se potiče iskrena komunikacija s pacijentom o ishodima i procesu liječenja te transparentno objasni što se želi postići tijekom liječenja u koje smo uključili samog pacijenta. Čuti pacijentovu priču te ga upoznati i kao čovjeka, ideal je kojem se teži u komunikaciji i liječenju. Pacijentova priča obično je bogata i vitalna te je tzv. detektor za razumijevanje stanja u kojem se on nalazi. Osviještena neverbalna komunikacija ovdje igra bitnu ulogu. Primjerice kada pacijent priča, ne treba ga naglo prekidati, treba isključiti dramatična pojašnjenja ili bilješke tijekom razgovora, slušati bez pogledavanja sa strane, u računalo, na sat ili paralelnog razgovora s drugima.

Time se postavlja teren za suradnički pristup rješavanju problema. Ako postoji želja da se i od pacijenata uči iz onoga što nam oni kažu o sebi, i ako naša reakcija nije obrambena već uvažavajuća, s potrebom za suradnjom i dijeljenjem informacija, proces komunikacije bez sukoba može funkcionirati. Emocionalna inteligencija uvelike doprinosi uspjehu u procesu liječenja kroz prepoznavanje pacijentovih emocija te, u konačnici, i u samoj komunikaciji. Važno je razmišljati o komunikaciji s pacijentom kao o procesu u kojem gradimo odnos povjerenja te pristati na dijeljenje informacija u zdravstvenom timu kako bi svi imali cjelokupne činjenice na osnovu kojih mogu raspraviti slučaj i donositi zaključke. Za prevenciju sukoba također je važno uvažiti pacijentovu percepciju o postupcima i načinu

komunikacije pri prvom susretu, ali i na kraju liječenja, te obratiti pozornost na to kako pacijent doživljava to što se događa oko njega unutar zdravstvene ustanove (Shah, 2017).

Također sa svrhom prevencije sukoba, radeći u timu unutar zdravstvenih ustanova od izuzetne je važnosti poštovati hijerarhiju unutar različitih struka, odnosno točno slijediti smjernice o zaduženjima, odgovornosti i pravima, bez uplitanja u tuđi prostor. Kako bi se ta razina postigla, vrlo je važno kvalitetno obrazovanje koje bi kasnije, u radu u struci, a u kombinaciji s iskustvom i praksom otklonilo nestručnost ili nemar, kako u samoj brizi za pacijenta tako i u samoj komunikaciji s njim (Hetzler, Messina i Smith, 2011).

Zdravstveni djelatnici suočavaju se s mnogim izazovima i zamkama u svakodnevnom radu s kolegama, radeći u timovima koji povećavaju nesuglasice te produbljuju sukobe zbog nedostatka ili promjene osoblja, ograničenih resursa, čestih dežurstva i prekapacitiranosti pacijentima. S druge strane, sukob između zdravstvenih djelatnika štetan je i za pacijente i za rad tima. Radeći u okruženju u kojemu male ljudske pogreške mogu dovesti do ozbiljnih ishoda, pružanje zdravstvene zaštite u komunikacijski nerazjašnjenim situacijama može biti prilično stresno. Ovakvo ozračje u kombinaciji s ranije navedenim izvorima stresa i umora može biti jak okidač za pojavu sukoba (Hetzler, Messina i Smith, 2011).

U medicinskoj djelatnosti, zdravstveni timovi mogu se podijeliti prema: **populaciji bolesnika** (kao što su, primjerice, gerijatrijski timovi); **vrsti bolesti** (kao što je, primjerice, neurološki tim); ili pružanju **usluga zdravstvene skrbi** (kao što je, primjerice, tim primarne zdravstvene zaštite). Pri tome je od izuzetne važnosti, bez obzira o kojoj se vrsti tima radi, jasnoća u ciljevima i zadaćama svakog člana tima ponaosob, bez uplitanja u zaduženja ostalima.

Hetzler, Messina i Smith (2011) identificirali su nekoliko razloga za potencijalni sukob unutar zdravstvenih timova:

1. generacijska pitanja i razlike u percepciji radnih zadataka,
2. tračevi,
3. uočeni administrativni neuspjeh prilikom prijave problema,
4. nedostatak vjere u pravodobno rješavanje pitanja sukoba,
5. nedostaci u komunikaciji između medicinskog osoblja vezano za pacijente,
6. rijetka ili nepotpuna komunikacija između osoblja i vodstva,
7. nedovoljne vještine rješavanja sukoba kod pojedinaca,

8. nedostatak znanja o formalnim i zakonskim procesima koji se odnose na kodeks ponašanja i druga kršenja politike zdravstvene ustanove.

Budući da je konflikt ipak neizbježan u radnom okruženju, odgovornost svakog zdravstvenog djelatnika je povećati vlastitu svijest o destruktivnoj snazi sukoba aktivnim sudjelovanjem u strategijama upravljanja i ublažavanja sukoba. Krešić (2013) ističe da je razumijevanje sukoba i srodnih posljedica ključno za razvoj strategija za upravljanje sukobom, kao i za njegovo ublažavanje. Svaki zdravstveni djelatnik može sudjelovati u treningu rješavanja sukoba koji uključuje komunikacijske vještine kako bi na odgovarajući način izrazio osjećaje, kontrolirao ljutnju i savladao strategije za smirivanje eskaliranih situacija. Angažiranje zdravstvenih timova za sudjelovanje u razvoju organizacijske strukture za upravljanje sukobom može osnažiti timove za zdravstvenu skrb kako bi identificirali, izvijestili i na odgovarajući način reagirali na situacije sukoba povećavajući njihovo razumijevanje i razinu međusobnog povjerenja.

Upravljanje sukobima zahtijeva posebnu obuku koja promiče timski pristup u rješavanju problematike. Eskalirani sukob povećava frustracije vezane za nezadovoljene potrebe i lošu izvedbu posla, što rezultira **odgodom odgovornosti** i na kraju **odgođenom skrbi za pacijenta**. Stoga bi cilj zdravstvenih timova u razvoju strategija za upravljanje i ublažavanje sukoba bio povećanje kvalitete radne dinamike i, posljedično, poboljšanje zdravstvene njege. Neprihvatljiva ponašanja kao što su prijetnje, diskriminacija, nasilje, agresivno ponašanje, vikanje i psovanje, podupiru razvoj negativističkog radnog okruženja. Sudjelovanje te promicanje uvjeta rada u suradničkoj atmosferi pruža osnovu za učinkovitu identifikaciju, procjenu i upravljanje sukobima unutar zdravstvenog tima. Iako postoje mnogobrojne koristi za rješavanje sukoba, **primarna korist jest poboljšanje u liječenju i sigurnosti pacijenata** (Krešić, 2013).

Fisher i Brown, (1998; prema Krešić, 2013) navode kvalitete dobrih radnih odnosa:

- balansiranje razuma i emocija,
- razumijevanje potreba i interesa drugih u timu,
- poticanje dobre komunikacije,
- samopouzdanje,
- korištenje uvjeravanja umjesto prisile,
- uzajamno prihvaćanje.

Stojčić i sur. (2014) ističu kako je zdravo radno okruženje za medicinske sestre praksa koja maksimalizira zdravlje i dobrobit medicinskih sestara, kvalitetne ishode liječenja pacijenta i organizacijske performanse. Bolnice danas mijenjanju kulturu odnosa i komunikacije s pacijentima, ali i između djelatnika, kako bi se održali zdravi međuljudski odnosi koji samim tim dovode do uspješnijih ishoda u liječenju. Kultura suradnje mora biti ključna prednost unutar ustanova s ciljem što boljeg utjecaja na proces liječenja. Stvaranjem osviještenog radnog okruženja s naglaskom na prevenciji sukoba te njihovo pravovremeno rješavanje u komunikaciji, kvaliteta skrbi prilikom liječenja može se povećati, a troškovi se, s druge strane, mogu smanjiti (Stojčić i sur., 2014).

3.11.4. Smjernice za rješavanje sukoba u zdravstvenim ustanovama prema kanadskom modelu RNAO

Udruga medicinskih sestara u Ontariju (RNAO – eng. *Registered Nurses' Association of Ontario*, 2012). u Torontu 2012. godine pod pokroviteljstvom kanadskog ministarstva zdravstva objavila je projekt pod nazivom „Smjernice za upravljanja i ublažavanja sukoba u zdravstvenim timovima".

Kako bi se u potpunosti razumjele i pojasnile metode za rješavanje sukoba, potrebno je osvrnuti se na cjelokupno obrazovanje zdravstvenih djelatnika koje uključuje: formalno i neformalno **obrazovanje za zdravstvene djelatnike** kako bi razvili sposobnosti prepoznavanja, sprječavanja, upravljanja i ublažavanja sukoba na radnom mjestu; prepoznavanje različitih **vrsta sukoba** i naknadnih ishoda na osobno zdravlje, karijeru, dinamiku rada i učenje; odgovarajuće **komunikacijske strategije** za reagiranje na sukob na radnom mjestu s pacijentima, zdravstvenim djelatnicima, liječnicima, administrativnim osobljem; te **akademsku suradnju** s organizacijama za zdravstvenu skrb radi razvijanja programa prakse i mentorstva. Sustavno provođeni nastavni planovi za zdravstvene djelatnike mogu senzibilizirati budući kadar za razumijevanje načina komunikacije na radnome mjestu te za prevenciju sukoba. Integracija edukacije o sukobima i komunikaciji je, dakle, osnova prije uključivanja u proces rada u zdravstvenim ustanovama. Ovi rani programi su važan prvi

korak u širenju kompetencija pri prevenciji sukoba među zdravstvenim profesionalcima te, najvažnije, u radu s pacijentima. Temeljne kompetencije za sprječavanje, upravljanje i rješavanje sukoba trebaju biti integrirane u sve nastavne planove i programe (kurikulume), počevši od prve godine studija. Sadržaj bi trebao uključivati: učinkovito rješavanje sukoba, osobitosti interpersonalne komunikacije, samosvijest, rad u različitim radnim grupama, razvoj i poboljšanje kompetencije emocionalne inteligencije, prepoznavanje vrste sukoba koji se pojavljuju tijekom rada, način kako upravljati odnosima na radnom mjestu, složenost organizacije u kojoj medicinsko osoblje radi i kako ta složenost može dovesti do sukoba (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

U sklopu rada u zdravstvenoj ustanovi profesionalna, odnosno regulatorna tijela trebaju voditi računa: (1) o edukaciji za sve zdravstvene djelatnike za upravljanje i ublažavanje sukoba u zdravstvenim timovima; (2) o razvijanju standardnih kompetencija za voditelje timova koji daju prioritet upravljanju sukobima; (3) o uključivanju upravljanja sukobima i ublažavanju istih na svim razinama zdravstvene skrbi; (4) o minimaliziranju nejasnoća u zdravstvenim profesijama stvaranjem standarda koji jasno definiraju i razlikuju uloge i odgovornosti; (5) o suradnji s donositeljima odluka kako bi se podržalo ublažavanje i upravljanje sukobom u svim zdravstvenim ustanovama; (6) o partnerstvu sa zdravstvenim i akademskim organizacijama za procjenu primjenljivih politika, standarda, smjernica i obrazovnih resursa; te (7) o zagovaranju istraživanja, obrazovanja, politika za rješavanje sukoba na radnom mjestu. Posebice se preporuča stil aktivnog upravljanja u kojemu dolazi do rasprave ili konfrontacije, što rezultira odgovornim i izravnim oblikom upravljanja sukobima. Pojedinci koji koriste aktivan stil otvoreno raspravljaju o razlikama u mišljenju, izražavaju svoju zabrinutost, razmjenjuju informacije kako bi zajedno rješavali probleme. (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

Smjernice, koje je objavila RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) 2012. godine, potiču stvaranje zajedničkih misija i ciljeva na razini cijele radne jedinice s jednakim doprinosom svih zaposlenih te jasno definiranje pojedinačnih uloga i odgovornosti, uključujući upravljanje i vodstvo liječnika kao voditelja zdravstvenog tima. Povremeno se preporuča i revizija dužnosti i zadataka svih zaposlenih, kao i praćenje razvoja, uspjeha i napretka (primjerice redovito anketiranje osoblja, fokusne grupe, procjene kolega i članova tima) uz provođenje ocjena rada i osiguravanje sredstava za potporu kako bi se poboljšali učinci tamo gdje je to potrebno. Uz sve navedeno, potrebno je pozivanje na odgovornost i pravovremeno praćenje rada kako bi se otkrila neprihvatljiva ponašanja, uz poticanje i

nagrađivanje uzornih i primjerenih ponašanja unutar zdravstvene jedinice i ustanove. Vrlo je važno afirmirati pozitivan odnos prema samome poslu i radnim zaduženjima uz širenje optimizma nasuprot negativizmu, poticanje suradničke atmosfere i suzbijanje omalovažavanja te pridržavanje pravila i procedura bolničkog odjela. U svrhu prevencije sukoba važno je poticanje komunikacije koja otvara vrata ljubaznosti, aktivnom slušanju i reagiranju, te se na taj način osoblje osjeća sigurnim u iznošenju mišljenja bez straha od napada kolega ili kritike. Unutar zdravstvene ustanove mora postojati i spremnost na sudjelovanje u kreativnom rješavanju problema bez straha od komunikacije. Važno je pokazati i suosjećanje prilikom uključivanja u odgovarajuću društvenu interakciju. Treba izbjegavati ogovaranje, kritiziranje ili komentiranje rada suradnika. Odgovorno i profesionalno ponašanje i komunikacija također uključuje i traženje povratnih informacija od strane suradnika o vlastitoj izvedbi i ponašanju. Potrebno je promicati uzajamno poštovanje, što uključuje prepoznavanje istinske vrijednosti svih suradnika na radnom mjestu; izbjegavanje pogrdnih riječi i fraza u vokabularu; razgovor s ljudima, a ne o njima; vježbanje empatije; „zarađivanje“ poštovanja kolega i suradnika svojim ponašanjem; razmišljanje o svom utjecaju na druge; dostojanstveno i ljubazno ponašanje (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

Kanadska udruga medicinskih sestara koja je izradila ove smjernice za upravljanje i ublažavanje sukoba među zdravstvenim djelatnicima koji rade u timu preporuča savjete kako ostati smiren tijekom sukoba: (1) aktivno slušajte; (2) postavljajte pitanja; (3) predajte se rješavanju sukoba; (4) obratite pažnju na način komunikacije i ponašanja kada ste u sukobu; (5) promijenite način na koji djelujete istražujući mogućnosti, razdvajajući probleme od ljudi, istražujući razloge vlastitog otpora; (6) odlučite se educirati o načinu rješavanja sukoba.

Prepreke u rješavanju sukoba mogu biti: vremensko ograničenje, slaba komunikacija, nejasne uloge unutar zdravstvenog tima, raznolikost u radnim zadaćama, neuravnoteženost energije, emocionalno nabijene situacije, umor, stres, izbjegavanje. Većina sukoba proizlazi iz jednostavnog nesporazuma, lošeg izbora riječi u govoru, nedjelotvornih stilova upravljanja konfliktima, nejasnih uloga i odgovornosti, nerazumijevanja i lošeg vodstva. Važno je promijeniti način na koji razmišljamo o našim neslaganjima te, u konačnici, kako se ponašamo u sukobu. Ne postoji „korak-po-korak“ metoda sukoba koja će biti učinkovita za svakoga, svugdje i u svakoj situaciji. Cilj je pronaći **svoj vlastiti način kretanja** unutar svojeg osobnog sukoba, hrabro prepoznati svoje dobre i loše strane kako bi se moglo zrelo pristupiti rješavanju sukoba s ostalima te, ako je potrebno, i mijenjati svoj pristup i način

razmišljanja, a sve sa svrhom optimalizacije radnoga procesa u medicinskome okruženju (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012).

3.12. ETIKA U KOMUNIKACIJI U KLINIČKOJ PRAKSI

Etička pitanja u medicini danas s novim znanjima, korištenjem tehnologija te pojavom nepovredivih prava pacijenata u vidu autonomije u odabiru liječenja nose svoje izazove polazeći od samog medicinskog problema, različitih shvaćanja kliničke slike pacijenta i granica u komunikaciji do različitih temeljnih vrijednosti te obrazovanja pacijenata i kliničara ili, pak, različitih pristranosti ili strategija kliničkog rasuđivanja kod zdravstvenog djelatnika. U ovom poglavlju obuhvaćene su teme:

1. Etika kao znanost unutar zdravstvenog sustava
2. Etički izazovi u susretu s autonomijom pacijenata
3. Što kada komunikacija usmjerena na pacijenta nije dovoljna?
4. Laganje u kliničkoj praksi i etičke pogreške
5. Informirani pristanak kao ideal etičkog postupanja u medicini

3.12.1. Etika kao znanost unutar zdravstvenog sustava

U svakodnevnom životu uobičajeno je koristiti pojmove *etika* i *moral*. Povezani su s ljudskim djelovanjem i procjenom ljudskih radnji, kao što su *dobro* ili *loše*. Etika predstavlja uzor ponašanja ili skup navika koje su dobre i mogu biti prihvaćene od strane mnogih ljudi ili određenih zajednica. Prema Rickyju W. Griffinu i Ronaldu J. Ebertu (2011; prema Alfikri, 2016), etika je procjena ispravnog i pogrešnog na području ljudskog djelovanja. Vrijednosti individualnog/osobnog i kolektivnog/grupnog moralnog konteksta određuju smatra li se asocijalno ponašanje etičkim ili neetičkim ponašanjem. Etičko ponašanje podrazumijeva odgovarajuće ponašanje prema društvenim normama koje su prihvaćene u svezi s djelovanjem dobra. Na temelju navedenog, može se reći da je etika skup pravila koja se koriste od strane

pojedinaca ili skupina kao vodič za ponašanje i djelovanje tako da aktivnosti ne štete drugoj osobi. Barkow (2000; prema Alfikri, 2016) etiku definira kao multidisciplinarni koncept koji se odnosi na pravila ponašanja, dok su etičke vrijednosti sustav pravila ponašanja koji pripadaju pojedinoj filozofskoj struji, religiji, skupini ili kulturi. Očekuje se da etička pravila uključuju i pisana pravila koja se jasno odnose na specifično područje. Primjerice, područja kao što su politika, pravo, medicina, mediji i upravljanje uključuju i vlastita načela (Alfikri, 2016).

Principe medicinske etike prvi je put opisao Thomas Pervical 1803. godine. Kasnije, 1847. godine na etičkim načelima Pervicala, etičke smjernice priprema Američki liječnički zbor i revidira 2001. godine (Alfikri, 2016). Iako su principi medicinske etike klasificirani na različite načine u literaturi, ova su načela općenito grupirana kao poštovanje autonomije pacijenata, nenanošenje štete i pravednost. Osim toga, iako razmjena informacija, poštovanje povjerljivosti i integriteta, izbjegavanje diskriminacije, poštovanje i jednakost u pružanju medicinske usluge, komunikacija i pristanak, proces odlučivanja o nekompetentnim pacijentima i profesionalna tajna nisu među osnovnim načelima, oni se smatraju načelima medicinske etike (Alfikri, 2016).

Razlozi kao što su nejednaka raspodjela informacija, negativni učinci u zdravstvenim uslugama te nemogućnost u namjeri javnih vlasti da osiguraju pravdu u pružanju zdravstvenih usluga čine dio izvora etičkih problema u zdravstvu U tom kontekstu, neujednačenost informacija s jedne, autoritet zdravstvenog djelatnika s druge te autonomija pacijenta s treće strane nameću potrebu za jasnom implementacijom etičkih načela pri pružanju zdravstvenih usluga (Alfikri, 2016).

Strategije u praksi uvelike se oslanjaju na etičku metodu uspostavljanja etičke osnove za djelovanje na temelju posebnih načela autonomije, neškodljivosti, dobročinstva i pravde. Ostali etički/filozofski pravci, uključujući ***utilitarizam*** i ***deontologiju***, mogu pružiti dodatne etičke osnove i znanja za komunikaciju usmjerenu na pacijenta. Prema utilitarizmu, pravo djelovanje (ili praksa) je ono, iz dostupnih mogućnosti, koje maksimizira ukupnu sreću ili „korisnost“ učinkovite komunikacije. Zdravstvene ustanove će biti u stanju bolje utvrditi preferencije, potrebe i vrijednosti pojedinaca i populacije te će stoga moći pružiti tretman koji je u skladu s tim, a pacijenti će, s druge strane, biti zadovoljniji sa skrbi koja je u skladu s njihovim preferencijama, potrebama i vrijednostima. Široko rasprostranjena implementacija komunikacije usmjerena na pacijenta poboljšava način na koji društvo gleda na zdravstvenu

skrb i smanjuje nepovjerenje javnosti ili cinizam spram sustava zdravstvene zaštite. Ovi faktori ukazuju na to da utilitarizam podržava napore za promicanjem komunikacije usmjerene na pacijenta (Alfikri, 2016).

Zahvaljujući Immanuelu Kantu, najvišom deontološkom etičkom teorijom smatra se da su svi ljudi moralno obvezni poštovati autonomiju drugih osoba (Reich, 1995; prema Forgon, 2017). Središnje pitanje koje deontologija postavlja je odnos između komunikacije i autonomije usmjerene na pacijenta. Ako je komunikacija usmjerena na pacijenta u suglasju s pacijentovom autonomijom, onda je to moralno dobro. Etika komunikacije usmjerene na pacijenta značajna je u mjeri u kojoj svi podržavaju njezinu etičku važnost. Jasno je da je komunikacija usmjerena na pacijenta od vitalnog značaja za etičku zdravstvenu skrb (Forgon, 2017).

3.12.2. Etički izazovi u susretu s autonomijom pacijenata

Zdravstvene ustanove imaju jedinstvene etičke obveze. Iako profitabilnost može biti važna motivacija, od zdravstvenih ustanova se očekuje da nastoje ispuniti zdravstvene potrebe zajednica kojima služe (Allhoff i sur., 2006). Jedan od načina koje ustanove za zdravstvenu skrb provode kako bi ispunile svoje društvene uvjete i ispunile svoje etičke obveze je **komunikacija usmjerena na pacijenta** koju karakterizira poštovanje i postupanje sukladno pacijentovim preferencijama, potrebama i vrijednostima. Svaka vrsta komunikacije koja utječe na pacijente uključuje usmenu i pismenu komunikaciju između pacijenata i zdravstvenih djelatnika; pacijenata i zdravstvenih ustanova; te između zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih ustanova. Etička važnost komunikacije usmjerene na pacijenta odražava se u nekoliko profesionalnih kodeksa, smjernica i standarda za zdravstvene ustanove, koji povezuju etičke postupke i samu komunikaciju. Pružatelji zdravstvenih usluga imaju specifične etičke obveze vezane uz komunikaciju usmjerenu na pacijenta, a prema Allhoff i sur. (2006) pokriva tri važna područja:

1. zdravstvene ustanove moraju **održavati i štititi autonomiju korisnika zdravstvene skrbi**;
2. zdravstvene ustanove moraju **osigurati kvalitetnu skrb**;
3. zdravstvene ustanove moraju **održavati jednakost među korisnicima zdravstvene skrbi.**

1. **Uvažavanje autonomije korisnika zdravstvene skrbi** ključno je za svako etičko ispitivanje komunikacije usmjerene na pacijenta. Allhoff i sur. (2006) navode kako je u SAD-u objavljeno više dokumenata koji se na neki način odnose na važnost autonomije pacijenta. Primjerice, prema Američkom udruženju bolnica, etičko ponašanje kroz postupke zdravstvene skrbi kao i politike zdravstvene ustanove mora poštovati i promicati odgovornost pacijenta za donošenje odluka (*American Hospital Association* – AHA 1992; prema Allhoff i sur., 2006). Nadalje, *Etički kodeks medicinskih sestara* zahtijeva da medicinske sestre poštuju strpljivo samoodređenje i autonomiju pacijenata (*The American Nurses Association* – ANA, 2001; prema Allhoff i sur., 2006). Američko liječničko udruženje te Američko farmaceutsko udruženje objavili su dokumente *Principi medicinske etike* i *Etički kodeks za farmaceute* gdje se također naglašava kako liječnici i farmaceuti moraju poštovati dostojanstvo i autonomiju pacijenata (*The American Medical Association* – AMA, 2004; *The American Pharmacists Association* – APhA, 1994; prema Allhoff i sur., 2006). Prelazak iz paternalističkog modela interakcije u suradnički model medicine sugerira da pacijent mora biti „izvor kontrole“ kako bi se poboljšala kvaliteta zdravstvene skrbi u SAD-u. U okviru zdravstvenog sustava postoji suglasnost da je podržavanje autonomije korisnika zdravstvenih usluga i prepoznavanje individualnih potreba i vrijednosti od vitalnog značaja za pružanje zdravstvene skrbi na etičan način. Ova obveza ne može se ispuniti bez komunikacije usmjerene na pacijenta. Američko udruženje bolnica (AHA) objavilo je dokument *Etičko ponašanje u zdravstvenim ustanovama* u kojem se navodi da „zdravstvene ustanove trebaju osigurati da se kod pacijenata i obitelji poštuju psihološke, socijalne, duhovne i fizičke potrebe te kulturna uvjerenja“. Takve smjernice odnose se na pitanja jezika i komunikacije, navodeći da bi „zdravstvene ustanove trebale osigurati skrb za pacijente, od strane svih djelatnika, koji su kompatibilni s njihovim kulturnim, zdravstvenim uvjerenjima i preferiranim jezikom, na djelotvoran, razumljiv način prožet poštovanjem“. S time u svezi zdravstveni djelatnici moraju biti obrazovani za razumijevanje, poštovanje i interakciju s pacijentima iz bilo koje kulture (Allhoff i sur., 2006).

2. Druga etička obveza zdravstvenih ustanova govori o **osiguravanju kvalitetne skrbi.** Svaki od ranije navedenih dokumenata bavi se i obvezama u svezi s kvalitetom i tvrdi da zdravstvene ustanove moraju pružiti svim korisnicima zdravstvene skrbi pažnju koja zadovoljava priznate standarde kvalitete. Komunikacija usredotočena na pacijenta u središtu je i ove etičke obveze, jer je od vitalnog značaja za osiguranje i poboljšanje kvalitete same zdravstvene skrbi. Korištenje komunikacije usmjerene na pacijenta može otkriti područja u kojima su neke skupine pacijenata „nepoželjne“ ili primaju zdravstvenu uslugu slabije

kvalitete. Nadalje, ako zdravstvene ustanove i zdravstveni djelatnici komuniciraju s pacijentima i klijentima na način koji odgovara njihovim navikama, potrebama, uvjerenjima i vrijednostima, pacijenti imaju veću vjerojatnost dobiti odgovarajuću skrb (na osnovi temeljito prikupljenih informacija), te će posljedično biti zadovoljniji, a sam će proces izlječenja teći kvalitetnije. Komunikacija usmjerena na pacijenta povećava povjerenje u zdravstveni sustav te kvalitetu same skrbi na način da se otvara tradicionalno nedovoljno zastupljenim zajednicama. Takav pristup može dramatično poboljšati pristup i kvalitetu zdravstvene skrbi koje će pacijenti u tim zajednicama primiti (Allhoff i sur., 2006).

3. Treća etička obveza zdravstvenih ustanova koja se referira na **održavanje jednakosti među korisnicima zdravstvene skrbi**, također ima uporište u ranije spomenutim dokumentima. Allhoff i sur. (2006) navode da bi zdravstvene ustanove trebale biti pravedne te pružati skrb koja se ne razlikuje po kvaliteti zbog osobnih karakteristika kao što su spol, etnička pripadnost, geografski položaj i socioekonomski status. Komunikacijske prepreke pojavljuju se u situacijama kada su kultura, jezik, pismenost ili osobnost pacijenta međusobno različite ili u suprotnosti s našim osobnim uvjerenjima.

Kulenović (2012) navodi da i sljedeće informacije i znanja mogu pomoći prilikom etičkih nedoumica zdravstvenih djelatnika: (1) Komunicirati i surađivati s etičarima, posebno u pitanju etičkog uspostavljanja odnosa s pacijentom; (2) Koristiti odrednice etičkih dokumenata obvezujućih za liječnike i druge zdravstvene djelatnike (objavljenih od strane određene nacionalne zdravstvene komore): *Ženevske i Helsinške deklaracije, Internacionalnog kodeksa etike za medicinske profesionalce* (uključuje i medicinske sestre); (3) Upoznati problematiku bioetike, kako bi se znalo pristupiti rješavanju etičkih nedoumica s kojima se zdravstveni djelatnici suočavaju.

U današnje doba velikih ekonomskih nejednakosti zdravstvene ustanove suočavaju se s ograničenjima resursa (prvenstveno zdravstvenih profesionalaca) te moraju uložiti velike napore kako bi osigurale jednak pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti za sve. Svaki zdravstveni djelatnik, a posebice liječnici, zbog karaktera profesije kojom se bave stalno su u vlastitom propitivanju odgovornosti za poduzete odluke i radnje, a zbog kojih su pod stalnim povećalom javnosti. Uz činjenicu da je etičnost sastavni dio kliničkog rada, treba istaknuti i zahtjev za stalnim obnavljanjem znanja kako bi se stekla sigurnost u odgovorima na pitanja

koja suvremena medicina svakodnevno postavlja pred zdravstvene djelatnike (Kulenović, 2012).

3.12.3. Što kada komunikacija usmjerena na pacijenta nije dovoljna?

Etika je usredotočena na proces određivanja načela koja će riješiti konfliktne želje ljudi. U bilo kojoj stvari o kojoj se odlučuje o nekom slučaju, ako postoji prijepor između dviju vrijednosti, javljaju se etičke dileme. Etička dilema se definira i kao situacija dvije ili više mogućnosti u svakoj situaciji i sukobu etičkih obveza (Kirilmaz, Akbolat i Kahraman, 2015). U pružanju zdravstvenih usluga, etičke dileme nastaju tijekom profesionalnih radnji i odluka o liječenju i postupcima. Etička pitanja osjećaju se prilikom pokušaja holističkog pristupa pacijentu, kod pacijentove autonomije u odlučivanju te sukoba s kolegama unutar prakse. Dokazano je kroz različita istraživanja da se etička osjetljivost razvijala s porastom dobi, dakle posljedično i radnoga staža, što predstavlja optimističan podatak (Ozturk i sur., 2009; González-de-Paz i sur., 2012; Ersoy i Goz, 2001; Basak, Uzun i Arslan, 2010; Tosun, 2005; Ersoy i Gundogmus, 2003; prema Kirilmaz, Akbolat i Kahraman, 2015). Kroz navedena istraživanja autori tvrde da su se etičko ponašanje i tendencija kritičkog mišljenja te znanje o etičkim kodeksima ponašanja povećali s povećanjem profesionalnog iskustva zdravstvenih djelatnika. Razvoj zdravstvene skrbi, posebno u tehnologiji, komunikaciji te pravima pacijenata, prisiljava na promjenu odnosa i prijenosa informacija između kliničara i pacijenta u korist pacijenata te vodi do potencijalnih etičkih dilema u pružanju zdravstvenih usluga. Proces liječenja i zdravstvene skrbi sklon je biti prostorom za sukob između vrijednosti i očekivanja pacijenata te vrijednosti i obveza liječnika i medicinskih sestara. Prioritet je omogućiti učinkovitije i djelotvornije pružanje zdravstvenih usluga koji će pozitivno utjecati na zadovoljstvo pacijenata sa svrhom prevencije sukoba i nasilja u zdravstvenim ustanovama do kojih dolazi osobito zbog nedostatka komunikacije. Stvaranje etičkih povjerenstava u bolnicama, pružanje savjetodavnih usluga liječnicima i medicinskim sestrama koji imaju etičke dileme u pružanju zdravstvenih usluga te edukacije liječnika i medicinskih sestara u području etičkog odlučivanja pridonijet će razvoju etičkih vrijednosti zdravstvene ustanove (Kirilmaz, Akbolat i Kahraman, 2015).

Fernandez (2002) navodi da postoje slučajevi kada komunikacija usmjerena na pacijenta može otkriti etičke dileme. U komunikaciji zdravstveni djelatnik može otkriti da pacijent ima različite vrijednosti ili uvjerenja, te da odluke koje donosi mogu imati negativan utjecaj na njegovo zdravlje (npr. osobno uvjerenje u duhovno iscjeljenje koje vodi u nepridržavanje propisane terapije). U takvoj situaciji, odgovornost za podržavanjem autonomije pacijenta dolazi u sukob s odgovornošću za pružanje kvalitetne zdravstvene skrbi. Treba li liječnik poštovati pacijentovu autonomiju i dopustiti mu da donese odluku koja može u konačnici rezultirati lošim zdravstvenim ishodom ili, pak, pokušati navesti pacijenta na drugačiji smjer, možda žrtvujući određeni stupanj njegove autonomije? U tim slučajevima, zdravstveni djelatnici mogu educirati takve pacijente o njihovom zdravstvenom stanju i liječenju otklanjanjem svih zabluda ili nesporazuma (Fernandez, 2002).

Temeljna etička pitanja u radu s pacijentima u kliničkoj praksi uključuju pitanja i kriterije provođenja biomedicinskih istraživanja, pitanja idealnog i dostupnog lijeka ili terapijskog postupka, prava fetusa, prava djece, prava pacijenata, prava mentalno oboljelih, prava osoba s invaliditetom, prava svjesnog umiranja, eutanaziju, smisao ljudskog života s bolešću, pravo na zdrav život i dužnost prema zdravlju, život u starosti. Forgon (2017) u temelje medicinske etike također svrstava i odnos liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika prema pacijentu i njegovoj obitelji koji može postati potencijalni izvor komunikacijskih nesporazuma zbog različitih stavova. Sa stavom da je pacijent samo skup organa koje treba „popraviti“, nitko od liječnika danas ne bi bio uspješan. U prošlosti, samo je liječnik donosio odluku hoće li ili neće liječiti pacijenta te na koji način. U prošlosti pacijent nije imao moć odlučivanja. Danas pacijent ima pravo odabrati liječnika, ima pravo uvida u svoju dokumentaciju i može, primjerice, odlučiti prekinuti liječenje. Pacijent se također oslanja na profesionalnu medicinsku tajnu i zbog toga povjerava liječniku sve informacije za koje misli da bi mogle biti povezane s njegovom bolešću. Time se stvara određeni osobni odnos između liječnika i pacijenta. Osim toga, pacijent očekuje potporu liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika koji će ga obavijestiti o svemu što je važno prilikom liječenja. Pacijentima je važno da se mogu osloniti na zdravstvene djelatnike, u smislu povjerenja i potpore (Forgon, 2017).

Pacijent poštuje zdravstvene djelatnike, ali ih se u određenom smislu i boji. Ovi strahovi uzrokovani su samom bolešću te pacijent očekuje željenu i požrtvovnu pomoć zdravstvenih djelatnika. Posljedično, mnogi pacijenti očekuju „milosrdne laži“ od liječnika, ako je sama dijagnoza loša. Neki liječnici i zauzimaju takav pristup prema pacijentima. Međutim, kasnije pacijenti moraju proći kroz veći šok kada shvate istinu. Ovakav neprofesionalan odnos

dugoročno uzrokuje gubitak povjerenja u zdravstvene djelatnike. **Pacijent uvijek mora biti svjestan ozbiljnosti bolesti i zdravstvenog stanja, iako je potrebno pri prijenosu informacija uzeti u obzir njegovo mentalno stanje.** U prošlosti se tijekom liječenja očekivalo od pacijenta da strogo slijedi liječničke upute te očekuje da će se njegovo zdravstveno stanje poboljšati ako ga sluša. Takav stav također stvara jednu od najvećih liječničkih pogrešaka. Danas je pacijenta potrebno stalno motivirati tijekom liječenja, ali ipak uz poštovanje liječnikovih točnih uputa, samo pridržavanje liječenja treba biti briga pacijenta. Vjerojatnije je da odrasli pacijenti ne postupaju u skladu s danim uputama, u odnosu na djecu zbog roditeljskog nadzora. Uobičajeno je da pacijent prestane uzimati lijekove kada se bolje osjeća. Istraživanja pokazuju da 30-50% pacijenata ne koriste na ispravan način lijekove, tj. skloni su zlouporabi. Nadalje, kontakt pacijenta i liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika specifičan je i prema dobnoj skupini bolesnika (djeca, adolescenti, odrasli i stariji) i samoj vrsti bolesti. Odnos između liječnika i pacijenta nije nešto što je zadano, već se razvija tijekom vremena te ovisi o međusobnoj komunikaciji. Dobra komunikacija čini i do trećine uspješnog rada kliničara (Forgon, 2017).

Tomašević (2009) daje povijesno-teološki osvrt na medicinsku etiku u kliničkoj praksi te ističe da je kršćanstvo, osim što je prihvatilo Hipokratovu liječničku etiku, uvelo i nove pojmove i vrijednosti kroz svoj nauk i praksu. Stvoren je kršćanski personalizam koji naglašava da cjelovitost čovjeka čine i duh i tijelo, on je jedinstven, i da je kao Božje stvorenje postavljen u svijet i Bogu Stvoritelju odgovoran za razvoj svijeta i života. Kršćanski nauk govori i da liječnik prvenstveno treba biti filozof, tj. znati uspostaviti ispravan odnos s pacijentom koji nije običan broj već osoba te ne smije biti samo tehničar, tj. mora najprije doznati tko je njegov pacijent, a tek onda ga liječiti. Nadalje, liječnik mora najprije biti sluga onima koji trpe i brat Kristovoj bolesnoj braći, dakle on je u teološkom smislu, milosrdni Samaritanac, tj. sam Krist koji olakšava patnje bolesnima. Upravo na osnovu takvog nauka Crkva je razvila svoju moralnu teologiju koja jasno naglašava svetost i nepovredivost života svakoga čovjeka, osuđuje abortus, čedomorstvo, eutanaziju, sakaćenje te je razvila svoju medicinsku etiku (Tomašević, 2009).

Kako bi, dakle, zdravstveni djelatnici odgovorili na sve profesionalne izazove suvremene kliničke prakse, svoj rad moraju zasnivati ne samo na najnovijim znanjima i spoznajama, već i na temeljnim vrijednostima koje im omogućuju visoku etičku orijentaciju, kako u životu općenito, tako i u profesionalnom radu. Kalauz (2008) ističe da istinska vrijednost skrbi i liječenja podrazumijeva visoku motiviranost etikom koja mora biti iznad individualnih

vrijednosti zdravstvenih djelatnika te usmjerena ka dobrobiti bolesnika. Također je od izuzetne važnosti značaj timskog rada unutar kojeg treba voditi računa o specifičnim kompetencijama pojedinih profesija, kako niti jedna ne bi izgubila vlastitu autonomiju, odnosno identitet. Najveća dobrobit za pacijenta može se ostvariti tek uz usklađeni timski rad kompetentnih profesionalaca. Nepriznavanje profesionalnih kompetencija jedne profesije na štetu druge ruši harmoniju timskog rada i onemogućava postizanje terapijskih ciljeva (Kalauz, 2008).

3.12.4. Laganje u kliničkoj praksi i etičke pogreške

Michael Parker (2004; prema Richard, Lajeunesse i Lussier, 2010) u svojoj knjizi *Etika komunikacije* ističe da je dobro djelo ono koje rezultira maksimalnim dobrom, uzimajući u obzir interese svih uključenih strana. Prema tome, u kliničkoj praksi ponašanje u komunikaciji kao što je upotreba eufemizama, dvosmislenost, izbjegavanje ili izostavljanje činjenica, obmanjivanje te laganje ne može biti etički opravdano jer ne promiče dobrobit pacijenta. Načelo **„maksimalnog dobra“** uključuje načelo blagosti, što znači izbjegavanje bilo kakvih negativnih posljedica za pacijenta. Laganje je, bez obzira na sve okolnosti u kliničkog praksi, nemoralan čin i stoga zabranjen, čak i ako posljedice laganja mogu značiti „veće dobro“ za pacijenta. Stoga je u svakom slučaju pogrešno i neetično lagati pacijentu bez obzira na krajnje rezultate liječenja. U situacijama kada se suoče sa složenijim kliničkim primjerima, liječnici razmatraju etička pitanja poput: *Je li sada trenutak da depresivnom pacijentu kažem o njegovom raku?; Trebam li govoriti o mogućoj nuspojavi ili o riziku, jer bi to moglo rezultirati da pacijent odbije potreban tretman?; Trebam li razgovarati o prognozi bolesti ako znam da bi to moglo izazvati reakciju anksioznosti?; Trebam li uskratiti određene podatke ili ih predstaviti u povoljnijem svjetlu?* Drugim riječima: *Mogu li lagati/obmanjivati pacijenta?* Cjelokupna liječnička procjena temelji se na kliničkom kontekstu, ali i na osobnim i profesionalnim vrijednostima liječnika. U kontekstu opisanog sukoba ili nedoumica između poštovanja autonomije pacijenta na temelju pravila informiranog pristanka i brige za pacijenta s liječničke strane, liječnik mora pokušati pomiriti svoje obveze prema pacijentu s etičkim zahtjevom da predoči istinu (Parker, 2004; prema Richard, Lajeunesse i Lussier, 2010).

Palmieri i Stern (2009) ističu da namjerna obmana ili prešućivanje u odnosu zdravstveni djelatnik-pacijent može biti velika prepreka učinkovitoj kliničkoj skrbi i čini se nespojivom s

dobronamjernom kliničkom praksom, stoga je teško naći bilo kakvo opravdanje za laži i obmane u medicini. Zdravstveni djelatnici shvaćaju da se precizna dijagnoza oslanja na sveukupnost pouzdanih informacija od strane pacijenta i članova obitelji, te da pametno i suosjećajno liječenje ovisi o učinkovitoj dvosmjernoj komunikaciji između pacijenta i zdravstvenih djelatnika. Nažalost, i pacijenti i kliničari često se suočavaju s kompliciranim situacijama, a posljedično i komunikacijama, primjerice ako svaka strana uskraćuje, iskrivljuje, izmišlja činjenice ili laže o podatcima. Takve neistine i manipulacija informacijama mogu oštetiti odnose i kompromitirati liječenje. Nadalje, razmjena informacija odvija se na različite načine, primjerice elektroničkim putem te je sve manje interakcija „licem u lice“ s liječnikom i drugim zdravstvenim djelatnicima, što čini komunikaciju još izazovnijom. Vremensko ograničenje u susretu i komunikaciji s pacijentom dodatno pojačava pritisak, koji posljedično može uzrokovati medicinsku pogrešku. Stoga zdravstveni djelatnici i pacijenti sve više „surađuju“ kao partneri u procesu liječenja te polažu veću pažnju u samom odnosu i otvorenoj razmjeni informacija (Palmieri i Stern, 2009).

Palmieri i Stern (2009) naglašavaju da je laganje čin jedne osobe koja namjerava prevariti drugu, namjerno, bez prethodne obavijesti o toj svrsi. Takvo ponašanje uključuje prikrivanje i falsificiranje. Verbalne strategije prijevare/obmane uključuju uporabu poricanja, izobličenja, izbjegavanja, izmišljanja, nevažnosti, neodgovornosti i propusta u prezentaciji medicinskih podataka. Na žalost, obmane u odnosu zdravstveni djelatnik-pacijent su uobičajene. Kliničari vrlo često minimaliziraju probleme, ne govore cijelu istinu ili pribjegavaju pretjerano pojednostavljenim objašnjenjima. Dvije važne situacije za potencijalne propuste su prenošenje loših vijesti pacijentu te prihvaćanje pogrešaka od strane liječnika. Zadatak prijenosa loših vijesti je stresan. Primjerice, loše pripremljeni liječnici mogu ili sakriti informacije i time obmanjivati pacijente ili ih prikazati na previše znanstveni, zbunjujući i sterilni (neempatski) način. Otkrivanje pogrešaka od strane liječnika je još jedno „minsko polje“ u odnosu zdravstveni djelatnik-pacijent. Liječnici obično pružaju minimalne informacije pacijentima nakon medicinskih pogrešaka i rijetko nude isprike. Također selektivno koriste razmjenu informacija kao dio terapijskog procesa te navode razloge za ograničavanje; ne žele zbuniti pacijente, izazvati nepotrebnu bol ili eliminirati nadu u ozdravljenje. U takvim okolnostima, altruistička želja da se ne nanese veće „zlo“ može biti u sukobu s autonomijom pacijenta; može biti nejasno čiji su osjećaji zapravo zaštićeni. Osim toga, zdravstveni djelatnici mogu lagati kako bi umanjili krivnju za loše ishode tijekom liječenja, negirali svoje neznanje te nemoć da kontroliraju tijek bolesti i kako bi odgovorili na

intenzivne pritiske od strane nadređenih. Laganje i obmanjivanje mogu „pomoći“ kliničaru da izbjegne interpersonalne sukobe ili razgovor o teškim temama. Pacijenti, s druge strane, koji se osjećaju prevarenima i izdanima, često podnose tužbe te traže financijsku i pravnu zadovoljštinu. Nepotpuna te obmanjujuća komunikacija u oba smjera ugrožava skrb za pacijenta. Laži koje se ne prepoznaju mogu promicati dezinformacije i dovesti do neprikladnog ili štetnog liječenja. Stoga je najvažnije usredotočiti se na stvaranje okruženja koje potiče poštenje i iskrenost u odnosu i komunikaciji u medicinskom okruženju (Palmieri i Stern, 2009).

Bok (1999; prema Palmieri i Stern, 2009) je osporio ideju da pacijenti ne žele čuti loše vijesti, da je istinitost nemoguća te da su istinite informacije štetne. Čitava istina u komunikaciji s pacijentom može katkad biti izvan dosega trenutne situacije u kojoj se nalaze oboje – i pacijent i zdravstveni djelatnik, ali to nikako ne isključuje iskreno obraćanje pacijentima. Važno je imati individualizirane odluke i postupke prema svakom pojedinom pacijentu, s teretom za zdravstvenog djelatnika da mora moći opravdati bilo kakva prikrivanja ili eventualno uskraćivanje informacija (Palmieri i Stern, 2009).

Fernandez (2002) ističe da su otvorenost, iskrenost i povjerenje ideal odnosa između zdravstvenih djelatnika i pacijenata. Liječnici i ostali zdravstveni djelatnici nikada se ne bi trebali upuštati u ponašanja koja potkopavaju stvoreno međusobno povjerenje. Zdravstveni djelatnici trebali bi u svom svakodnevnom radu dati sve kako bi pacijentima objasnili ciljeve i postupke liječenja te im na taj način nastojali pomoći da razumiju prirodu i svrhu mogućih dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Takvim ponašanjem smanjuje se rizik od neugodnosti, iznenađenja te osjećaja izdaje povjerenja kod pacijenata, što u konačnici dovodi do prevencije tužbi i parničnih postupaka (Fernandez, 2002).

Palmieri i Stern (2009) postavljaju pitanje: *Može li obmanjivanje pacijenata biti etički prihvatljivo?* U kliničkoj praksi često se komunikacija svodi na uporabu tkz. „terapeutske povlastice“ putem laži (tj. namjernim odstupanjem od istine) te putem obmane (tj. namjernim mijenjanjem istine o medicinskim činjenicama koje su važne za odluke pacijenta, bez očiglednog laganja). Primjerice, kod otkrića ozbiljne bolesti poput raka ili kod teško depresivnog pacijenta, laž bi uključivala situaciju u kojima liječnik svjesno skriva činjenice od pacijenta (primjerice, pacijent pita: *Je li to ozbiljno, doktore?*, a liječnik odgovara: *Ne, ne brinite ni o čemu.*). Obmana obuhvaća situacije u kojima liječnik indirektno odgovara na pacijentova pitanja (primjerice, pacijent pita: *Je li to ozbiljno, doktore?*, a liječnik odgovara:

Ne brinite se, mi ćemo paziti na vas.). Obmana također uključuje namjerno korištenje složenog medicinskog žargona ili njegove suprotnosti s prekomjernim pojednostavljenjem danih informacija. U oba slučaja, prijevara nastaje kada pacijent nije u stanju shvatiti opseg situacije ili potvrđuje da vjeruje u pogrešno tumačenje situacije (Palmieri i Stern, 2009).

Korištenje takozvanih „terapeutskih povlastica“ može se stoga smatrati prihvatljivim samo ako je za pacijentovo dobro i korisno u liječenju. Očekujući od pacijenta reakciju tuge, ljutnje ili očaja, zbog koje bi se zdravstveni djelatnik osjećao neugodno, Sokol (2007; prema Palmieri i Stern, 2009) navodi opravdane razloge za korištenje „terapeutske povlastice“ što uključuje:

1. sprječavanje donošenja odluka u vrijeme relativne nesposobnosti uzrokovane prevelikom tjeskobom ili stresom,
2. sprječavanje fizičke ili psihičke posljedice kako bi se spriječila teška psihička bolest,
3. očuvanje nade,
4. održavanje dugoročne autonomije pacijenta.

U navedenim situacijama, liječnik i drugi zdravstveni djelatnici moraju staviti u perspektivu dobrobit, ali i potencijalnu štetu. Dakle, nameće se pitanje je li putem modificiranja istine vjerojatnije da će se proizvesti veće dobro za pacijenta ili će se barem dovesti do manje štete? Liječnik mora znati da se kada pribjegne „terapeutskim povlasticama“ događa sljedeće:

1. poriče se pravo pacijenta da zna i ne poštuje se njegova autonomija;
2. može rezultirati lošim odlukama pacijenta na temelju tih izmijenjenih informacija (Palmieri i Stern, 2009).

Ne samo da zdravstveni djelatnik mora imati dobre razloge za primjenu „terapeutskih povlastica“, već mora biti i siguran da postoji vjerojatnost da će mu pacijent vjerovati. Ako ono što kaže nije vjerodostojno, može očekivati da će imati negativan utjecaj, kao što je gubitak povjerenja pacijenta, i to je vjerojatnije da će na kraju dovesti do veće štete. Stoga mora biti siguran da su koristi od uskraćivanja informacija veće od nedostataka. Osim gubitka povjerenja, slijede i drugi primjeri negativnih posljedica ako pacijent otkrije istinu:

1. gubitak povjerenja u zdravstveni sustav,
2. emocionalni stres ili šok te zaprepaštenje i obeshrabrenje,
3. osjećaj bijesa zbog izdaje povjerenja,
4. razočaranje bez vidljive koristi koja bi to kompenzirala (Palmieri i Stern, 2009).

3.12.5. Informirani pristanak kao ideal etičkog postupanja u medicini

Koncept informiranog pristanka predstavlja promjenu u odnosu zdravstveni djelatnik-pacijent, koja se u punom zamahu razvila u drugoj polovini 20. stoljeća. Informirani pristanak postao je sveprisutan koncept kod zdravstvenih profesionalaca te također u svijesti pacijenata. Predstavlja kontinuiranu komunikaciju između dviju ravnopravnih, kompetentnih i autonomnih osoba, kliničara i pacijenta, te zajedničko donošenje odluka o medicinskim postupcima i terapijama. Načelo informiranog pristanka počelo je dobivati i svoje legalne okvire kada je Američki kongres 1974. godine osnovao Nacionalnu bioetičku komisiju, koja je obavljala ekspertize pojedinih slučajeva, davala istraživačima etičke preporuke i smjernice za ponašanje u humanim istraživanjima. Ove preporuke poslužile su američkoj vladi kao osnova za izradu nacionalnih propisa na polju informiranog pristanka. Nacionalna bioetička komisija istaknula je tri osnovna etička načela koja predstavljaju temelj informiranog pristanka: (1) poštovanje osobe, (2) dobročinstvo i (3) pravednost. Informirani pristanak danas predstavlja ključ odnosa zdravstveni djelatnik-pacijent i kao takav predmet je mnogih medicinsko-etičkih rasprava te predstavlja praktičnu primjenu etičkog načela u medicinskoj praksi (Jeremić, 2013).

Načelo autonomije predstavlja pravo osobe da autonomno, tj. nezavisno odlučuje o svom životu i djeluje u skladu sa svojim autonomnim odlukama. Preneseno u kontekst medicine, autonomija je pravo bolesnika na vlastito mišljenje i procjenu vlastitog zdravstvenog stanja. O predloženim medicinskim intervencijama pacijent ima pravo u skladu sa svojim mišljenjem i stavom donijeti odluku o prihvaćanju ili odbijanju terapijskog ili dijagnostičkog postupka. Beauchamp i Childress (1994; prema Jeremić, 2013) navode tri uvjeta bitna za realizaciju načela autonomije pacijenta: (1) **sloboda** (nezavisnost od kontrolirajućih utjecaja), (2) **djelovanje** (kapacitet za namjerno djelovanje) i (3) **razumijevanje.**

Nakon razdoblja paternalističke medicinske prakse i omalovažavanja stava pacijenata, napokon je sazrela svijest o značaju poštovanja **načela autonomije,** stoga informirani pristanak nastaje kao rezultat ovog načela. Prema tome, informirani pristanak predstavlja, „autonomnu dozvolu (koju pacijent daje) za provedbu medicinske intervencije ili sudjelovanje u istraživanju“. Ono što je glavni cilj načela informiranog pristanka, davanje je mogućnosti bolesniku da bude sudionik u donošenju odluka o svom zdravlju. Kako bi informirani

pristanak bio valjan, neophodno je da budu ispunjeni sljedeći uvjeti: (1) **kompetentnost bolesnika,** (2) **adekvatnost informacije** i (3) **dobrovoljnost. Kompetentnost** je sposobnost osobe da razumije informaciju relevantnu za donošenje odluke, da shvati važnost i značaj informacije u danoj situaciji, da zaključuje koristeći informaciju te da izabere i izrazi svoj izbor. Ako je bolesnik nekompetentan, pravo odlučivanja u njegovo ime steći će najbliži član obitelji ili staratelj. **Adekvatnost informacije** odnosi se na moralnu dužnost zdravstvenog djelatnika da bolesniku na njemu razumljiv način objasni kako će se intervencija provesti, koje su moguće posljedice te da mu predoči moguću alternativu. Dobra komunikacija između kliničara i bolesnika ima ključni značaj za ovakav način informiranog pristanka. **Dobrovoljnost** podrazumijeva da bolesnik donosi odluku samovoljno, bez tuđeg utjecaja, prisile, obmane i manipulacije. Dobrovoljnost lako može biti narušena u specifičnim uvjetima medicinske prakse, zbog nesrazmjera u znanju i moći između liječnika i pacijenta u slučajevima vulnerabilnih bolesnika, kao što su psihijatrijski bolesnici, zatvorenici, djeca ili beskućnici (Jeremić, 2013).

Zavisni odnos između pacijenta i kliničara može dovesti do toga da se bolesnik osjeća obveznim sudjelovati u medicinskom istraživanju, u strahu da će se zdravstveni djelatnik loše brinuti o njemu ako odbije, i upravo je uloga informiranog pristanka u tome da se pacijent uvjeri da njegovo odbijanje sudjelovanja u istraživanju neće imati nikakve loše posljedice za liječenje. Danas se smatra da je razgovor središnji i najvažniji dio informiranog pristanka. S obzirom da je u pitanju njegovo zdravlje, svaki pacijent je u manjoj ili većoj mjeri vulnerabilan, pa u skladu s tim zdravstveni djelatnik mora uzeti u obzir okolnosti u kojima se odvija razgovor, tako da izbjegne pokroviteljski stav i potrudi se da bolesnik razumije i prihvati sve dobivene informacije. Sumnja da pacijent ne može razumjeti složenu medicinsku informaciju vrlo lako može rezultirati neprihvatljivim paternalističkim stavom kliničara, što je u povijesti medicine često imalo katastrofalne posljedice. Cilj informiranog pristanka trebao bi biti povećanje bolesnikova razumijevanja vlastitog zdravstvenog stanja, prirode i rizika predložene medicinske intervencije, kao i znanje o mogućoj alternativi i njenim rizicima, kako bi mu se omogućilo da s razumijevanjem odluči hoće li intervenciju prihvatiti ili ne. Samo prenošenje informacija najlakši je dio posla dok veći izazov predstavlja evaluacija razumijevanja dane informacije. Zdravstveni djelatnik mora obratiti pažnju na faktore koji mogu utjecati na razumijevanje informacija (stupanj obrazovanja pacijenta, socijalno-kulturno okružje, trenutno emocionalno stanje, jezik) te na autonomiju, tj. dobrovoljnost odlučivanja

samog pacijenta kao što su npr. članovi obitelji koji mogu utjecati na donošenje odluke i sl. (Jeremić, 2013).

Jeremić (2013) navodi tri **standarda adekvatnog informiranja**:

⇒ Prvi je **standard razumnog zdravstvenog djelatnika,** koji je zadan praksom medicinske zajednice, tj. kliničar je taj koji određuje koja količina i kakvih informacija su u najboljem interesu za pacijenta. Ovaj standard fokusira se na dobrobit pacijenta, čak i u slučaju narušavanja njegove autonomije te je rasprostranjen u pravnom okviru većine europskih zemalja.

⇒ Drugi je **standard razumnog pacijenta,** koji uzima u obzir potrebe za informacijama samog pacijenta, radije nego mišljenje zdravstvenog djelatnika o pacijentovim potrebama. Ovaj standard u centar stavlja pacijentovu autonomiju i pravo na samoodređenje te podrazumijeva količinu i kvalitetu informacija koje bi „razumnom pacijentu“ bile dovoljne da donese autonomnu odluku. Ovaj standard prisutan je u pravnom i zdravstvenom sustavu SAD-a, Njemačke, Švicarske i Engleske.

⇒ Najpoželjnijim se smatra treći **„subjektivni“ standard** koji naglašava da količina i kvaliteta informacija moraju biti prilagođene individualnim potrebama svakog pacijenta, njegovim intelektualnim kapacitetima, kao i socijalnom i kulturnom kontekstu kojemu pripada. Ovaj posljednji, subjektivni pristup zahtijeva velik angažman i trud zdravstvenog djelatnika. Informiranje ne može trajati par minuta, već mora biti kontinuirani proces u kojem kliničar mora upoznati pacijenta, steći njegovo povjerenje i naći najbolji način da mu prenese informacije o bolesti, prirodi dijagnostičko-terapijskog tretmana, mogućim rizicima, kao i o alternativi, na način da ih pacijent razumije.

Budući zdravstveni djelatnici trebali bi steći ove vještine tijekom obrazovanja te moraju spoznati važnost objašnjavanja i davanja odgovora na pitanja pacijenata. Značaj informiranog pristanka leži i u sprječavanju obmane i prisile pacijenta. Također vrlo je važna količina informacija koja se daje pacijentu. S jedne strane, previše informacija koje uključuju tehničke i usko stručne detalje vezane uz medicinsku proceduru može preopteretiti i najobrazovanijeg i najenergičnijeg pacijenta te ga omesti u rasuđivanju, dok s druge strane, šture generalizirane

informacije mogu dovesti pacijenta u situaciju da donosi odluke bez potpunog razumijevanja. Rješenje bi moglo ležati u **postupnom informiranju** pacijenta. Ako je pacijent razumio prethodno dane općenitije informacije, zdravstveni djelatnik ga može dalje uvoditi u detaljnija objašnjenja procedura i rizika, ovisno o pacijentovoj želji da se dalje informira. Na taj način sam pacijent odlučuje do koje razine će se informirati. Pored toga, pacijentu se mora objasniti da u svakom trenutku može poništiti svoj pristanak i odustati od procedure. Ova mogućnost odustajanja predstavlja najvažniju zaštitu od obmane i prinude (Jeremić, 2013).

Pichler (2014) ističe da pristanak pacijenta na medicinski zahvat predstavlja etički koncept koji se odražava i u pravnoj doktrini. Najvažnija aktualna pitanja pravne doktrine informiranog pristanka, prije no što su postala predmetom prava, bila su pitanja etičkog imperativa. U literaturi se navodi da svaki medicinski postupak predstavlja povredu prava osobnosti pacijenta ukoliko je poduzet bez valjanog pristanka pacijenta ili bez druge pravne osnove koja opravdava takav zahvat. Ovaj stav izraz je načela autonomije u biomedicinskoj etici. Načelo autonomije zahtijeva poštovanje prava na samoodređenje, tj. sposobnosti određene osobe da odredi što predstavlja njegovu dobrobit. Ovim se objašnjava zašto pacijent mora dati svoj pristanak, čak i za medicinski zahvat koji je siguran, jednostavan i nedvojbeno koristan. Suprotnost načelu autonomije predstavlja načelo paternalizma. Medicinski paternalizam možemo odrediti kao uzurpaciju pacijentovog odlučivanja ili miješanje u proces pacijentovog donošenja odluke o medicinskom zahvatu od strane kliničara. Razlikujemo **blagi** (*soft*) i **strogi** (*hard*) paternalizam. Blagi paternalizam odnosi se na pacijente koji nisu sposobni za donošenje odluke o medicinskom zahvatu te stoga ne predstavlja uzurpaciju pacijentovog prava na odlučivanje. Strogi paternalizam intervenira u odluku o medicinskom zahvatu pacijenta koji je sposoban za odlučivanje ili tu odluku ignorira. Opravdanje za teoriju paternalizma je u dužnosti liječnika da čini sve što može u cilju dobrobiti pacijenta. Danas je, polazeći od prava na samoodređenje i tjelesni integritet, prevladalo mišljenje da je pacijent taj koji odlučuje o svom tijelu i zdravlju. U suvremenim pravnim sustavima paternalizam se napušta (Pichler, 2014).

Definicija pojma *informirani pristanak* koja se često citira u literaturi je ona američke znanstvenice s Instituta Kennedy, Ruth Faden (1986; prema Pichler, 2014), koja je i doktorirala na temi informiranog pristanka: „Izjava pacijenta ili ispitanika nekog znanstvenog istraživanja, koja liječnika, ili medicinskog istraživača opunomoćuje da provede određene mjere, terapiju, ili da uključi ispitanika u istraživački protokol“ (Faden, 1986; prema Pichler, 2014; str. 93). Također, informirani pristanak određuje se i kao: „dobrovoljno dopuštenje, od

strane pacijenta ili subjekta istraživanja, s potpunom sposobnošću razumijevanja uključenih rizika, za dijagnostički ili istraživački postupak, i za medicinski i kirurški zahvat“ (Pichler, 2014; str. 93).

O pitanju pravne prirode pristanka pacijenta na medicinski postupak postoje različita mišljenja kako u stranoj tako i u domaćoj pravnoj teoriji. Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda iz 1950. godine određuje da je „pravo svakoga na život zaštićeno zakonom te da nitko ne smije biti namjerno lišen života“. Pravni izvor prava na informirani pristanak predstavlja i *Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine* iz 1999. godine, koja određuje: „Zahvat koji se odnosi na zdravlje može se izvršiti samo nakon što je osoba na koju se zahvat odnosi o njemu informirana i dala je slobodan pristanak na njega. Osobi se prethodno daju odgovarajuće informacije o svrsi i prirodi zahvata, kao i o njegovim posljedicama i rizicima. Osoba može slobodno i u bilo koje vrijeme povući svoj pristanak“ (Pichler, 2014).

Definiciju informiranog pristanka daju i zakoni koji predstavljaju pravne izvore u Republici Hrvatskoj. Prvu takvu definiciju dao je *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama* iz 1997. godine: „Pristanak je slobodno dana suglasnost osobe s duševnim smetnjama za provođenje određenoga liječničkog postupka, koja se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, prirode, posljedica, koristi i opasnosti toga liječničkog postupka i drugih mogućnosti liječenja“ (Pichler, 2014). Također, *Zakon o zdravstvenoj zaštiti* određuje da: „svaka osoba u ostvarivanju zdravstvene zaštite ima pravo na odbijanje liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije položenoga stručnog ispita i ishođenog odobrenja za samostalan rad i odbijanje pregleda i liječenja, osim u slučaju kada bi odbijanjem ugrozila zdravlje drugih“ (Pichler, 2014). Pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog ili terapijskog zahvata, znanstvenog istraživanja ili uključivanja u medicinsku nastavu uređuje i *Zakon o zaštiti prava pacijenata* koji naglašava: „Pravo na suodlučivanje pacijenta obuhvaća pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka“ (Pichler, 2014).

Prema navedenim pravnim dokumentima Pichler (2014) ističe da pacijent ima pravo dobiti informacije na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti te ima pravo biti potpuno obaviješten o:

– svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka,
– preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje,
– mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata,
– svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima,
– mogućim zamjenama za preporučene postupke,
– tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite,
– daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite,
– preporučenom načinu života,
– pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.

3.13. KOMUNIKOLOŠKE SPECIFIČNOSTI U KLINIČKOJ PRAKSI

Uspjeh i rezultati rada zdravstvenih djelatnika u kliničkoj praksi ne ovise samo o njihovom kliničkom znanju i tehničkim vještinama u pružanju zdravstvene skrbi, već i o učinkovitoj komunikaciji koja postoji između njih i pacijenta. S obzirom na važan utjecaj komunikacije zdravstvenih djelatnika i pacijenata na učinke pružanja zdravstvene zaštite, vrijedno je trajno ulagati u usvajanje i usavršavanje komunikacijskih kompetencija koje zdravstvenim djelatnicima mogu olakšati posao. U ovom poglavlju opisuju se specifične komunikacijske situacije:

- **Medicinski intervju**
- **Savjetovanje pacijenata**
- **Komunikacija s pacijentima treće životne dobi**
- **Komunikacija u palijativnoj skrbi**

3.13.1. Medicinski intervju

Nezaobilazni dio kod postavljanja medicinske dijagnoze te kliničkog razumijevanja bolesti su vještina dobivanja podataka od bolesnika o njegovim tegobama kroz medicinski intervju (anamnezu) i vještine fizikalnog pregleda. Medicinski intervju je najvažniji dio kliničkog pregleda, a zdravstveni djelatnik tako prikuplja informacije o pacijentovom subjektivnom doživljaju bolesti i njegovu sadašnjem zdravstvenom stanju, dosadašnjim bolestima, načinu življenja, te o bolestima u obitelji koje mogu imati nasljedno obilježje (Čustović, 2007).

Zbog bolesti pacijenti su često napeti, anksiozni, apatični ili uplašeni za svoju budućnost, obitelj i socijalno-ekonomski položaj. „Stoga bolesniku valja objasniti svrhu razgovora, a potom ga navesti da svojim riječima iznese sve svoje probleme. Pozornim slušanjem može se shvatiti bolesnikov problem i stvoriti uvid u njegov doživljaj i odnos prema bolesti. Na osnovi dobivenih podataka mogu mu se lakše objasniti mogućnosti liječenja i prognoza, te u bolesnika stvoriti osjećaj sigurnosti i zaštite“ (Čustović, 2007; str. 11).

Brajković, Đorđević i Braš (2011) ističu kako je medicinski intervju složeniji proces od samog prikupljanja medicinskih informacija u cilju postavljanja dijagnoze te je izrazito važan kod uspostave odnosa između kliničara i pacijenta. Kroz medicinski intervju zdravstveni djelatnik upoznaje pacijenta kao osobu, a ne samo kao medicinski problem, čime može prosuditi što je najbolje za pojedinca te da i sam bude zadovoljan zbog uspostave zdravog odnosa s korisnikom zdravstvene usluge. Shvaćanje medicinskog problema pacijenta gdje zdravstveni djelatnici u obzir uzimaju i međudjelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika koji dovode do bolesti omogućava ne samo bolje dijagnosticiranje i planiranje terapijskih postupaka, već i kod pacijenata razvija osjećaj povjerenja i zahvalnosti za napore koje kliničari ulažu u pružanju zdravstvene skrbi.

U kliničkoj praksi Brajković, Đorđević i Braš (2011) razlikuju dva modela/razine medicinskog intervjua koji u zajedničkoj kombinaciji omogućavaju bolje postavljanje dijagnoze i učinkovitije liječenje pacijenta – **intervju usmjeren bolesniku** i **intervju usmjeren zdravstvenom djelatniku**.

Intervju usmjeren bolesniku ima fokus na razumijevanju pacijentovog viđenja bolesti, bolesnik više govori, a liječnik usmjerava razgovor. Kroz intervju na temelju pitanja otvorenog tipa (primjerice: *Opišite svoje tegobe i od kada traju?*) pacijent opisuje bolest i

postojeće simptome, dok za to vrijeme kliničar u sebi osmišljava daljnja pitanja koja će poslije postaviti pacijentu kako bi postavio radnu dijagnozu. Važno je ne prekidati pacijenta te koristiti se vještinom aktivnog slušanja. Ako pacijent nije opušten u razgovoru i ne izražava se slobodno, potrebno ga je ohrabriti te koristiti se parafraziranjem. Također, kroz ovaj model intervjua potrebno je ispitati i emocionalno stanje pacijenta na način da ga se pita, primjerice, kako se osjeća s obzirom na osobnu situaciju u kojoj se nalazi vezano za bolest. Intervju usmjeren bolesniku upotrebljava se u svim situacijama, bilo da je riječ o prvom pregledu ili kontroli, o hitnim stanjima ili konzultacijama. Međutim, ovakva vrsta intervjua nije prikladna:

- ako je zdravstveno stanje bolesnika iznimno ugroženo,
- ako je takva vrsta razgovora neugodna za pacijenta,
- ako intelektualni status bolesnika ne dopušta ovakvu vrstu komunikacije.

Nakon što je pacijent opisao svoju bolest i simptome, zdravstveni djelatnik prelazi s bolesniku usmjerenog intervjua na **intervju usmjeren zdravstvenom djelatniku.** Ovakav intervju uključuje postavljanje specifičnih pitanja otvorenog tipa (primjerice: *Rekli ste da imate bolove u leđima, možete li detaljnije opisati bol?*) i zatvorenog tipa (primjerice: *Rekli ste da je bol prisutna na desnoj strani križa, širi li se bol niz desnu nogu?*) s ciljem postavljanja dijagnoze i definiranja terapijskih ciljeva. Međutim, najčešće se zanemaruju važni osobni podatci o pacijentu, njegovoj osobnosti i emocijama, što otežava uspostavu povjerenja (Brajković, Đorđević i Braš, 2011).

Pri prvom susretu s pacijentom, kao i kasnije, zdravstveni djelatnik mora ostaviti pozitivan dojam na pacijenta i njegovu obitelj. Zbog toga je važan njegov izgled, urednost, ljubaznost i profesionalan pristup. Korektan odnos stvorit će uzajamno povjerenje i dojam da je riječ o zdravstvenom djelatniku koji će se brinuti o pacijentovu zdravstvenom stanju. Medicinski intervju mora teći opušteno, a za to je bitno da zdravstveni djelatnik postavi dobru komunikacijsku strategiju prema pacijentu i njegovoj obitelji. Čustović (2007) opisuje osnove komunikacijske strategije kod medicinskog intervjua:

⇒ **Uspostaviti verbalni kontakt.** Nakon upoznavanja s pacijentom, zdravstveni djelatnik postavlja osnovna pitanja. Ona moraju biti jednostavna i razumljiva, primjerena pacijentovu intelektualnom stupnju. Pitanja mogu biti otvorenog tipa (primjerice: *Što vas je navelo da potražite liječničku pomoć?*) na koja pacijent ima mogućnost vlastitim riječima opisati tegobe, svoje viđenje i stav prema bolesti, ili

mogu biti ciljana pitanja zatvorenog tipa na koja pacijent odgovara kratkim potvrdnim ili odričnim odgovorom s *Da* ili *Ne*. Također, pitanja koja zadiru u pacijentovu intimu, etička pitanja ili moralna načela moraju biti zatvorenog tipa (primjerice: *Pijete li alkoholna pića?* Ili: *Jeste li preboljeli neku spolnu bolest?*), a odgovori moraju biti kratki i jasni (*Pijem dva decilitra rakije* ili *Nisam prebolio nikakvu spolnu bolest*.).

⇒ **Primijeniti načelo „razumjeti i biti shvaćen“.** Pitanja tijekom intervjua moraju biti jasno i točno formulirana bez stručne medicinske terminologije kako bi pacijentu bila razumljiva (primjerice: *Imate li bolove u prsima? Opišite bolove*.).

⇒ **Objašnjavanje pojmova.** Ponekad pacijent iznosi nedovoljno jasne i definirane podatke o svojoj bolesti koje bi trebao objasniti (primjerice: *Objasnite mi što podrazumijevate pod tamnom stolicom?*).

⇒ **Kontrola brzine i tijek razgovora.** Zdravstveni djelatnik koji vodi medicinski intervju treba stalno nadzirati tijek razgovora dajući mu određeni tempo. Predugo izlaganje pacijenta treba prekinuti, osobito kada skreće u širinu opisa ili prelazi na opis tegoba koje u tom trenutku nisu vezane za bolest. Potpitanjima treba vratiti razgovor na sadašnji medicinski problem.

⇒ **Voditi razgovor logičnim redoslijedom.** Postoji uobičajena shema prikupljanja anamnestičkih podataka tijekom medicinskog intervjua:

1. **Opći podatci o pacijentu** (ime i prezime, dob, zanimanje).
2. **Izvor podataka i procjena vjerodostojnosti navoda** – mnogi su pacijenti tijekom medicinskog intervjua napeti, uplašeni, negativistički raspoloženi ili zbog zdravstvenog stanja nisu u mogućnosti dati informacije o tegobama ili bolesti. U takvim slučajevima anamnestičke podatke valja prikupiti od članova obitelji, susjeda, prijatelja ili očevidaca koji su imali uvid u pacijentovo zdravstveno stanje. Taj način dobivanja anamnestičkih podataka naziva se **heteroanamneza**. Pritom valja procijeniti koliko su podatci točni i odgovaraju li pacijentovu zdravstvenom stanju.
3. **Razlog dolaska liječniku**. To su obično pitanja: *Koji su razlozi da ste primljeni u bolnicu?*, *Navedite glavne tegobe zbog kojih ste se obratili liječniku*. Kroz navedena pitanja zdravstveni djelatnik mora pokušati dobiti odgovore o naravi

smetnji i trajanju tegoba (primjerice: *Boli me u križima od prije tri dana*. *Dvije posljednje noći se gušim.*).

4. **Sadašnje tegobe**. Pitanja o sadašnjoj bolesti ili ozljedi kronološki moraju obuhvaćati sve simptome i zbivanja od početka bolesti do trenutnog razgovora sa zdravstvenim djelatnikom. Takva pitanja moraju obuhvaćati i simptome i zbivanja koja su u međuvremenu prestala, ali su važna za razumijevanje sadašnjih tegoba. Uzimanje podataka o sadašnjoj bolesti najvažniji je dio anamneze. Razgovor u ovoj fazi intervjua može biti kratak, jednostavan i jasan, kao kod, primjerice, pacijenta koji je ozlijedio nogu, ili složen i dug kao kod pacijenta koji opisuje komplikacije nastale tijekom neke dugogodišnje kronične bolesti.
5. **Ispitivanje simptoma po tjelesnim sustavima**. U ovom dijelu anamneze nastoje se otkriti dodatni simptomi koje bolesnik nije iznio spontano, misleći da nisu bitni za razumijevanje njegovih tegoba, čime se smanjuje mogućnost previda simptoma bitnih za razumijevanje sadašnjih tegoba.
6. **Dosadašnje bolesti**. Kroz medicinski intervju zdravstveni djelatnik treba pacijenta pitati i o prijašnjim bolestima, operacijskim zahvatima i ozljedama te utvrditi je li liječen kod kuće ili u bolnici, koliko je izostao s posla ili iz škole, koje je lijekove uzimao i koliko dugo, te kako je tekao oporavak. Također, važno je utvrditi je li pacijent prebolio neku ozbiljnu bolest u djetinjstvu koja može biti usko povezana sa sadašnjom bolesti, te boluje li od neke kronične bolesti koja se periodično pojavljuje, a u budućnosti može izazvati teške posljedice.
7. **Informacije o bolestima članova najuže obitelji** – roditelja, braće, sestara i djece (obiteljska anamneza) važne su za otkrivanje iste ili slične bolesti od koje pacijent boluje. Neke su bolesti nasljedne, dok za druge nema znanstvenih dokaza da se nasljeđuju, ali se pojavljuju u nekim obiteljima te kod pojedinaca postoji strah da će se prerano razboljeti od bolesti od kojih su im umrli otac ili majka (primjerice od koronarne bolesti i nekih drugih bolesti srca ili malignih tumora).
8. **Informacije o lijekovima koje pacijent uzima**. Potrebno je kroz intervju utvrditi i koje lijekove pacijent uzima. Često bolesnici ne znaju koje lijekove troše već navode: dvije žute tablete po danu, te jednu crvenu navečer, dok mnogi koriste i lijekove uvezene iz inozemstva, čija tvornička imena kliničari ne poznaju. U takvim slučajevima korisno je od pacijenta zatražiti da pri sljedećem susretu donesu kutijice u kojima su lijekovi pakirani. U medicinskoj dokumentaciji

lijekove treba navoditi generičkim imenom te pri tome navesti i dnevnu dozu korištenja.

9. **Socijalna i radna anamneza**. Ovaj dio medicinskog intervjua obavlja se pri kraju razgovora kada je zdravstveni djelatnik već stekao pacijentovo povjerenje i kada je on opušteniji. Pitanja u ovom dijelu intervjua zadiru u vrlo osjetljivu intimnu sferu pacijentova okruženja, obitelji i odnosa u njoj, te u njegove loše navike. Takvim pitanjima zdravstveni djelatnik se upoznaje s pacijentovim društvenim položajem, uvjetima života, navikama i interesima, o odnosima u obitelji, mogućim bračnim, seksualnim ili financijskim problemima, teškoćama s djecom ili starijim osobama. Odnosi u kući mogu utjecati na bolesnikovo pozitivno ili negativno raspoloženje prema bolesti ili zdravlju. Dobiveni podatci mogu uputiti na moguće probleme vezane za bolest te njihovo lakše shvaćanje bilo kao izravnih uzroka (vezano za posao, naviku uzimanja alkohola, pušenje) ili otežavajućih okolnosti u bolesti.

Lichstein (1990) ističe da je u kliničkoj praksi medicinski intervju najvažniji put uspostavljanja odnosa između kliničara i pacijenta koji se temelji na povjerenju i predanosti. Stoga zdravstveni djelatnik treba aktivno koristiti tehnike intervjuiranja za promicanje takvog odnosa i to kroz pokazivanje zainteresiranosti za pacijentove probleme (aktivno slušanje), empatiju (kroz procjenu emocionalnog stanja pacijenta) i zabrinutost za pacijenta. Ove tehnike ne samo da jačaju odnos između zdravstvenog djelatnika i pacijenta, već i poboljšavaju dijagnostičku moć medicinskog intervjua. Pacijenti koji osjećaju da je njihova priča ozbiljno shvaćena osjećaju se ohrabreno te time postaju aktivniji sudionici u medicinskoj skrbi.

Kako bi se medicinski intervju proveo učinkovito, kliničar mora znati prepoznati i probleme koji se mogu javiti tijekom razgovora. Lichstein (1990) navodi da se problemi kod intervjuiranja mogu podijeliti u tri kategorije:

1. **Problemi s pacijentom** (primjerice: intenzivne emocionalne reakcije, izmijenjeno mentalno stanje, nerealna očekivanja u liječenju).
2. **Problemi s kliničarom** (primjerice: previše usmjeren pristup u ispitivanju medicinskih problema, neuspješno slušanje pacijenta).
3. **Problemi u odnosu zdravstveni djelatnik-pacijent** (primjerice: jezična barijera, neuspjeh u postavljanju zajedničkih terapijskih ciljeva).

S obzirom na složenost procesa intervjuiranja, prvi korak u rješavanju problema je prepoznati da razgovor ne ide dobro. Od prvih minuta intervjua kliničar sam sebi mora postavljati sljedeća pitanja kako bi izbjegao probleme tijekom intervjua: (1) Jesam li uspostavio dobar odnos s ovim pacijentom? (2) Jesam li prikupio dovoljno podataka za točnu dijagnozu o pacijentovim problemima? Također, zdravstveni djelatnik tijekom intervjua treba pratiti svoje reakcije na intervju, kao što su frustracija, ljutnja ili dosada, koji mogu biti znak moguće neučinkovitog intervjua.

Tijekom medicinskog intervjua zdravstveni djelatnik treba pažljivo promatrati ponašanje pacijenta, procijeniti emocionalno stanje kroz neverbalnu komunikaciju – držanje tijela, izrazi lica, pokreti, izgled i ton glasa. Zdravstveni djelatnici mogu nesvjesno izbjegavati praćenje emocionalnih izraza agresivnom kontrolom intervjua. Razlozi za izbjegavanje mogu biti strah od izazivanja pacijenta ili gubitka kontrole nad razgovorom. Tomas-Aragones, Voicu i Marron (2017) ističu kako se u kliničkoj praksi pojavljuju pacijenti koji pokazuju nedostatke u emocionalnom izražavanju u komunikaciji. To su najčešće pacijenti s psihološkim traumama iz djetinjstva koji su iskusili seksualno i fizičko zlostavljanje, osobe koje su doživjele različita mučenja ili obiteljsko nasilje. Kod takvih slučajeva kliničari moraju pokazati strpljenje, uspostaviti dobar terapeutski odnos te kombinacijom otvorenih i zatvorenih pitanja pokušati izazvati emocionalnu komunikaciju.

Potisnute emocije su kontraproduktivne za proces ozdravljenja. Neki ljudi bolje pišu nego što se verbalno izražavaju. Iz tog razloga Tomas-Aragones, Voicu i Marron (2017) predlažu da kliničari uz medicinski intervju gdje procjenjuju simptome bolesti ili ozljede, te opće zdravlje pacijenta, u specifičnim situacijama primjene standardizirane upitnike kao što su ljestvice procjene kvalitete života kao dopunu kliničkom intervjuu.

Brajković, Đorđević i Braš (2011) ističu da komunikacijske vještine vođenja medicinskog intervjua trebaju biti dio osnovne edukacije za liječnike i druge zdravstvene djelatnike kroz formalne i neformalne programe cjeloživotnog obrazovanja. Prema autorima, danas se takva edukacija vođenja učinkovitog medicinskog intervjua temelji na smjernicama prema Calgary Cambridge modelu koji opisuje kako i što učiti u programima temeljenim na komunikacijskim vještinama. Ovaj vodič uveden je od 1998. godine u obvezne edukacijske programe u brojnim zemljama te pomaže u strukturiranju podučavanja i učenja, a uključuje, uz fizikalni pregled, i strukturiranje medicinskog intervjua i izgradnju odnosa između

zdravstvenih djelatnika i pacijenata. Smjernice za vođenje medicinskog intervjua prema Calgary Cambridge modelu opisuju:

⇒ **Početak medicinske konzultacije:** (1) inicijalno uspostavljanje međusobnog odnosa (pozdravljanje bolesnika, osobno predstavljanje zdravstvenog djelatnika); (2) utvrđivanje razloga za dolazak u zdravstvenu ustanovu (zbog kojeg je problema pacijent došao u zdravstvenu ustanovu).

⇒ **Prikupljanje medicinskih informacija:** Zdravstveni djelatnik utvrđuje pacijentove probleme te ga potiče da ispriča vlastitim riječima priču o zdravstvenom problemu od početka do sadašnjeg trenutka, pri čemu se koristi tehnikom otvorenog i zatvorenog načina postavljanja pitanja. Pažljivo sluša pacijenta, promatra neverbalne znakove (držanje tijela, govor, izraz lica, afekt). Potiče pacijenta da izrazi osjećaje. Povremeno sažima što je pacijent rekao kako bi potvrdio svoje vlastito razumijevanje. Poziva pacijenta da ispravi što nije dobro interpretirano ili da omogući dodatne informacije. Utvrđuje točan plan odgovarajućih postupaka s pacijentom i redoslijed njihova izvođenja.

⇒ **Osiguravanje strukture intervjua:** Zdravstveni djelatnik treba paziti na tijek vođenja intervjua i strukturiranje intervjua logičkim slijedom te sažimati rečeno na kraju svake specifične cjeline intervjua s ciljem potvrđivanja razumijevanja, prije nego se prijeđe na sljedeću cjelinu.

⇒ **Izgradnja odnosa:** (1) Korištenje odgovarajućeg neverbalnog ponašanja (kontakt očima, izrazi lica, tjelesnim držanjem, pozicijom, kretanjem, glasovnim karakteristikama; ako čita medicinsku dokumentaciju, piše bilješke ili koristi računalo zdravstveni djelatnik to treba raditi na način koji neće ometati razgovor). (2) Prihvaća pravo pacijenta na vlastita stajališta i osjećaje. (3) Empatičan je u razumijevanju i prihvaćanju pacijentovih osjećaja ili karaktera. (4) Pažljivo se odnosi prema neugodnim i uznemirujućim temama i tjelesnoj boli, uključujući i kad je ona povezana s fizikalnim pregledom. (5) Dijeli razmišljanja s pacijentom da bi potaknuo njegovo sudjelovanje. (6) Za vrijeme fizikalnog pregleda objašnjava što radi te pita pacijenta za dopuštenje.

⇒ **Objašnjavanje i planiranje postupaka:** (1) Pružanje odgovarajuće količine informacija pacijentu (zdravstveni djelatnik daje informacije u prihvatljivoj količini,

provjerava razumijevanje, koristi bolesnikov odgovor kao vodič u daljnji tijek razgovora te procjenjuje pacijentovo dosadašnje znanje). (2) Davanjem obrazloženja u pravo vrijeme izbjegava se prerano davanje savjeta, informacija ili riječi ohrabrenja. (3) Organizira način objašnjavanja (koristi ponavljanje i sažimanje da bi pojačao snagu informacije, koristi sažet i lako razumljiv jezik, izbjegava ili pojašnjava žargon, koristi vizualne metode prijenosa informacija: dijagrame, modele, napisane informacije ili upute, te provjerava pacijentovo razumijevanje danih informacija) (4) Postizanje zajedničkog razumijevanja (pruža prilike i ohrabruje pacijenta da sudjeluje postavljanjem pitanja, traženjem pojašnjenja ili izražavanjem sumnje; odgovara na odgovarajući način). (5) Potiče izražavanje bolesnikovih vjerovanja, osjećaja i reakcija: ponavljanjem danih informacija, termina; potvrđuje i naglašava informaciju ako je potrebno. (6) Uključuje pacijenta u donošenje odluke tako što radije sugerira, nego daje naredbe te ga ohrabruje da doprinese zajedničkom razmišljanju svojim idejama, prijedlozima i vlastitim prioritetima. (7) Dogovara plan postupaka prihvatljiv objema stranama te provjerava prihvaća li pacijent plan te je li još zbog čega zabrinut.

⇒ **Završetak medicinskog intervjua:** (1) Zdravstveni djelatnik dogovara s pacijentom koji su sljedeći koraci, objašnjava eventualne neočekivane ishode, što učiniti ako plan ne uspije te kada i kako tražiti pomoć. (2) Ukratko, sažima konzultaciju i razjašnjava plan skrbi oko pacijenta, provjerava slaže li se pacijent i osjeća li se ugodno u svezi s planom, te ima li kakvih dodatnih pitanja ili drugih predmeta o kojima bi trebalo razgovarati.

3.13.2. Edukacija i savjetovanje pacijenata

Prema podatcima Svjetske zdravstvene organizacije iz 1998. godine, u kliničkoj praksi oko 80% bolesti pojavljuje se u kroničnom obliku. Iako velik dio terapijskih postupaka pokazuje učinkovite rezultate, pojedina medicinska istraživanja naglašavaju kako manje od 50% pacijenata poštuje dobivene upute od strane zdravstvenih djelatnika za pravilno liječenje. Primijećeno je i to da su pacijenti nedovoljno informirani o svom zdravstvenom stanju. Iako je većina kliničara kompetentna u postupcima dijagnostike i liječenja, premalo njih educira svoje pacijente kako da upravljaju svojim zdravstvenim stanjem. Postoji nekoliko razloga

needuciranosti pacijenata, kao što su premalo vremena u kliničkom radu ili nedostatak svijesti kod zdravstvenih djelatnika o potrebi da se to učini (Antsiferov i sur. 1998; Agius, 2014).

Pojam *edukacija pacijenata* Svjetska zdravstvena organizacija definirala je kao pomaganje pacijentima u stjecanju znanja i vještina koje su potrebne kako bi u svakodnevnom životu najbolje upravljali svojom kroničnom bolešću. To je sastavni i kontinuirani dio zdravstvene skrbi pacijenata, a sadrži aktivnosti koje uključuju psihosocijalnu potporu koja je osmišljena tako da pacijente osvijesti i informira o njihovoj bolesti i zdravlju, da razumiju bolest i postupke liječenja, te kako bi se spriječile moguće komplikacije koje mogu nastati. Kroz edukaciju zdravstveni djelatnici te pacijenti, kao i njihove obitelji, međusobno surađuju i preuzimaju odgovornost u poboljšavanju kvalitete svakodnevnog života (Antsiferov i sur., 1998).

U procesu edukacije pacijenata, prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije iz 1998. godine, zdravstveni djelatnici trebaju biti u mogućnosti, pojedinačno i u timovima:

- prilagoditi svoje profesionalno ponašanje pacijentima i njihovoj bolesti,
- neprestano prilagođavati svoje uloge i postupke drugima s kojima surađuju ili zdravstvenim timovima,
- suosjećajno komunicirati s pacijentima,
- prepoznati potrebe pacijenata,
- uzeti u obzir pacijentovo emocionalno stanje, njihovo iskustvo i njihovo viđenje bolesti i postupke liječenja,
- educirati pacijente o postupcima liječenja i korištenju lijekova,
- pomoći pacijentima da što više u svojim mogućnostima upravljaju aktivnostima svakodnevnog života,
- educirati i savjetovati pacijente o upravljanju krizama i čimbenicima koji ometaju normalno upravljanje njihovim zdravstvenim stanjem,
- odabrati i koristiti učinkovite metode za edukaciju pacijenata,
- procijeniti rezultate edukacije pacijenata s obzirom na terapijske učinke te u slučaju potrebe izvršiti korekcije (Antsiferov i sur., 1998).

Posljednjih tridesetak godina pojavila se svijest o važnosti upravljanja kroničnim bolestima. Osim dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji se provode, važno je da pacijenti razumiju

bolest i postupke liječenja, te usklade svakodnevne aktivnosti s ograničenjima svoje bolesti. Edukacija pacijenata prvenstveno je namijenjena bolesnicima s kroničnim stanjima koja uzrokuju česta pogoršanja simptoma i zdravstvenog stanja, kao što su dijabetes, astma, kardiovaskularne bolesti, visoki krvni tlak, zatajenje bubrega, karcinomi, cistična fibroza, miopatije, upalne bolesti crijeva, ciroza jetre, posljedice moždanog udara, multipla skleroza, Parkinsonova bolest, psihijatrijske bolesti, Alzheimerova bolest, pretilost, reumatoidni artritis i degenerativne bolesti kralješnice i sl. Zahvaljujući pridržavanju dobivenih uputa za liječenje (uzimanje lijekova, provođenje dijagnostičkih postupaka, praćenje i kontrola prehrane) te praćenju bioloških parametara, pacijenti mogu izbjeći ili odgoditi pojavu komplikacija i poboljšati si kvalitetu svakodnevnog života (Chevreul i sur., 2014; Naudin, Gagnayre i Reach, 2017).

Kao glavne ciljeve edukacije pacijenata u kliničkom radu Abidli, Piette i Casini (2015) te Safon (2018) navode pomoć pacijentu i njegovoj obitelji ili skrbnicima da razumiju bolest i postupke liječenje, da surađuju sa zdravstvenim djelatnicima, da žive što zdravije te da uz prisutnu kroničnu bolest održavaju ili poboljšavaju kvalitetu svakodnevnog života. Edukacija treba pacijentu omogućiti stjecanje znanja i vještina za optimalno upravljanje životom s bolešću (Abidli, Piette i Casini, 2015; Safon, 2018).

Temelj medicinske profesije je odnos između zdravstvenih profesionalaca i osobe koja traži pomoć u zdravstvenoj ustanovi. Međutim, tradicionalni paternalistički odnos između zdravstvenih djelatnika i pacijenata se promijenio u model suradnje i partnerstva. Personalizirana medicina koja je usmjerena na cjelokupno zdravlje osobe i njene potrebe (kroz holistički i humanistički pristup, a ne samo na problem bolesti) ima potencijal da u temeljima promijeni način na koji se prakticira zdravstvena zaštita. Inicijativu personalizirane medicine podržale su kako Svjetska zdravstvena organizacija tako i brojna međunarodna medicinska udruženja i organizacije koje su stvorile međunarodnu mrežu medicine usmjerene na osobu, a zahvaljujući brojnim istraživanjima pokrenut je 2011. godine i znanstveni časopis *International Journal of Person Centered Medicine* (Đorđević, Braš i Brajković, 2012).

Kroz personaliziranu medicinu gdje je velika pozornost posvećena kvaliteti komunikacije u medicini, pacijenti od zdravstvenih djelatnika očekuju znanje, ali također žele da od istih budu i ohrabrivani i podržani. Pacijenti čiji zdravstveni djelatnici imaju navedene vještine zadovoljniji su i češće se pridržavaju propisanog postupka liječenja i dobivenih uputa. Kako bi se uspostavio dobar odnos s pacijentima, zdravstveni djelatnici trebaju usvojiti vještine

poput: pozornosti i srdačnosti, empatije, poštovanja i potpore. Iskustvo i talent zdravstvenih djelatnika nisu dovoljni za osiguravanje optimalne komunikacije u kliničkoj praksi, a navedene vještine odvijaju se kroz verbalnu i neverbalnu komunikaciju. Većina bolesnika emocije izražava preko neverbalnih poruka, a zdravstveni djelatnici trebaju pažljivo opažati takve znakove tijekom cijeloga komunikacijskog procesa. Iznimno je važno tijekom komunikacije s pacijentom uspostaviti kontakt očima, jer je to osnova aktivnog slušanja i omogućava stvaranje boljeg uvida u emocionalno stanje bolesnika. Također i uspostava socijalnog prostora između zdravstvenog djelatnika i pacijenta važna je u izgradnji odnosa. Vertikalni prostor treba biti sveden na najmanju moguću mjeru (primjerice, nije preporučljivo da liječnik stoji dok bolesnik sjedi) te je važno ne biti ni preblizu ni predaleko od pacijenta (horizontalni prostor) (Brajković, Đorđević i Braš, 2011).

U personaliziranoj medicini ključni čimbenici koji modeliraju pacijentova gledišta na bolest ili medicinski problem uključuju: spol, emotivne veze, zanimanje, razinu obrazovanja, socio-ekonomski status, kulturološke čimbenike, zdravstvenu pismenost, duhovnost/religiju, hobije i životne stresore. Razmjena informacija između zdravstvenih profesionalaca i pacijenata kroz konzultacije i savjetovanje ima za cilj bolesnikovo razumijevanje bolesti i što uspješnije suočavanje s bolesti, kao i liječenje bolesti. „Mnoga istraživanja pokazuju da što više liječnik pruži informacija bolesniku o bolesti, to se smanjuje psihološki stres, simptomi brže nestaju te je ishod liječenja zadovoljavajući. S druge strane, ako liječnik da isključivo pisane informacije o bolesti, kao i samu dijagnozu, bolesnici češće reagiraju razvojem lošijeg raspoloženja i anksioznosti. Trećina pacijenata navodi da ne razumiju ono što im liječnici i medicinske sestre govore, a preko 45% bolesnika iznosi da im nije rečeno koje tjelesne simptome trebaju opažati. Bolesnici žele biti informirani, ali se najčešće boje odgovora na pitanja kao što su primjerice: *Hoću li umrijeti?, Koliko ću živjeti?, Što ako se ne probudim iz anestezije?*; ili se srame postaviti neugodna pitanja poput: *Hoće li bolest utjecati na moj seksualni život?* Bolesnici često čekaju kraj samoga pregleda kako bi postavili za njih neugodna pitanja, zato je važno da ih se potiče na takva pitanja, odnosno da se bolesnika ohrabri da ih postavi“ (Brajković, Đorđević i Braš, 2011; str. 41).

Brajković, Đorđević i Braš (2011) kao učinkovit način razmjene informacija kod savjetovanja pacijenata navode komunikacijsku tehniku tzv. **Pitaj-Reci-Pitaj** – čime se pacijenta stavlja u prvi plan, tako da ima osjećaj da je slušan i prihvaćen, što za ishod ima bolje pridržavanje danih uputa, a što se svakako odražava na sam tijek i ishod bolesti i terapijski učinak.

- Kroz početno **Pitaj** procjenjuju se bolesnikove potrebe, uzevši u obzir sljedeće čimbenike: (1) osigurati „poticajno“ okruženje (bolesnik ne može primiti ili reagirati na informaciju koju dobije ako je stalno prekidan ili ako se razgovor odvija pred većom skupinom ljudi); (2) procijeniti bolesnikov tjelesni i psihički status; (3) procijeniti bolesnikovu potrebu za dodatnim informacijama; (4) procijeniti bolesnikovu medicinsku pismenost i razumijevanje; (5) procijeniti bolesnikove stavove i motivaciju.
- **Reci** daje informacije o bolesti, dijagnostičkim ili terapijskim postupcima ili o drugim aspektima bolesti, a koje treba objasniti jasno i sustavno, bez korištenja stručne medicinske terminologije. Govor mora biti jednostavan, gdje se pacijentu na razumljiv način prezentiraju medicinske informacije, ako je moguće služeći se nekim vizualnim pomagalima.
- Ponovljeno, drugo **Pitaj** javlja se s ciljem propitivanja je li bolesnik razumio danu informaciju te kako se osjeća (Brajković, Đorđević i Braš, 2011).

Saut, Charbonnel i Bertran (2008) naglašavaju da kronične bolesti predstavljaju sve veći teret za zdravstvene sustave razvijenih zemalja. Osim savjetovanja i edukacije pacijenata, autori navode da se kroz individualne razgovore s bolesnikom i njegovom obitelji unutar zdravstvenih ustanova, edukacija može odvijati i kao oblik aktivnosti namijenjenih široj javnosti kroz rad udruga pacijenata. Također, za kontrolu kronične bolesti te savjetovanje i edukaciju pacijenata zdravstveni djelatnici razvojem informacijsko-komunikacijskih tehnologija danas mogu koristiti i različite kanale digitalne komunikacije kao što su sustavi telemedicine, sustavi mobilnog zdravstva, te SMS i e-mail poruke (Saut, Charbonnel i Bertrand, 2008).

Kao poseban oblik savjetovanja pacijenata s kroničnim bolestima, Brajković (2017) ističe metodu motivacijskog intervjua u kojem zdravstveni djelatnik surađuje s bolesnikom, ne nagovara ga već s njim pregovara, sluša više nego što priča, potičući na taj način unutarnju motivaciju bolesnika. „Početkom devedesetih godina prošlog stoljeća, motivacijski intervju se sve više koristi kod bolesnika s kroničnim oboljenjima kod kojih je promjena bolesnikovog ponašanja kao i njegova motivacija, ključna kod remisije bolesti. Pozitivni pomaci, prilikom uporabe ove vrste savjetovanja, su uočeni kod osoba s kardiovaskularnim bolestima, dijabetesom, hipertenzijom, pretilosti, psihozom, kod onkoloških bolesnika, bolesnika koji

zahtijevaju palijativnu skrb, kod patoloških kockara te kod prevencije HIV infekcija. Pokazao se učinkovit u promjenama zdravstvenog ponašanja bolesnika, a predstavlja interakciju u kojoj jedna osoba (zdravstveni djelatnik) pruža svoje vrijeme, pažnju, poštovanje i stručno znanje s ciljem pomaganja bolesniku da razmisli, ispita, otkrije i razjasni vlastite načine života kako bi unaprijedio zdravstvenu dobrobit. Glavni cilj ovakvog savjetovanja je potaknuti bolesnikove sposobnosti identificiranja i rješavanja problema i poticanje samoefikasnosti. Bolesnik sam određuje ciljeve i načine za dosezanje ciljeva, a zadatak stručnjaka je da pomogne bolesniku u razvijanju onih sposobnosti koje su mu potrebne da dosegne anticipirani cilj, uvažavajući bolesnika, empatizirajući te gledajući bolesnikov problem iz njegove perspektive. Motivacijski intervju ima za cilj „iznijeti na vidjelo“ bolesnikove dobre motivacijske kapacitete kako bi došlo do ponašajnih promjena, a u interesu njegove dobrobiti“ (Brajković, 2017; str. 19).

Brajković, Ljubas i Cvek (2011) navode da se često kod pacijenata s kroničnim bolestima može naići na stanja kognitivne disonance (stanje u kojem pojedinac istovremeno ima dva ili više različitih mišljenja ili suprotnih stavova poput, primjerice, stava: *Želim uživati u alkoholu i želim biti zdrav*. Poželjan terapijski ishod je kad osoba razriješi kognitivnu disonancu prihvaćanjem novih razmišljanja, stavova ili ponašanja, odnosno usvajanjem zdravijih načina života. Navedeni autori opisuju tri temeljne vještine motivacijskog intervjua:

- **Postavljanje pitanja** – prilikom savjetovanja pacijenti obično kažu da se bolje osjećaju kad im se postavljaju pitanja otvorenoga tipa jer su na taj način aktivnije uključeni u proces liječenja i u samo savjetovanje. Primjer kratkih pitanja otvorenog tipa koja se mogu uporabiti u većini situacija, a gdje se pacijenta stavlja u središte savjetodavnog procesa su pitanja poput: *Što vas danas najviše zabrinjava u svezi s vašom bolesti?; Što vas najviše brine oko lijekova koje uzimate?; Što se točno dogodi kad osjetite bol?; Što ste prvo primijetili kad je bolest započela?; Koje su vaše sadašnje zdrave navike?*
- **Informiranje** – prilikom informiranja i savjetovanja pacijenata važno je voditi računa o obrazovnom, intelektualnom i dobnom statusu pacijenta, njegovom kulturalnom podrijetlu, obilježjima njegove osobnosti i trenutačnom stanju u kojem se nalazi, kako ne bi došlo do šuma u komunikaciji i eventualnog nerazumijevanja u davanju uputa, odnosno informacija.
- **aktivno slušanje** – osnova je motivacijskog intervjua te je važno jer primamo korisne informacije koje se tiču pacijentove bolesti ili problema, izbjegavamo nesporazume,

pokazujemo zanimanje i pažnju za pacijentove probleme ili potrebe, pomažemo da bolesnik jasnije sagleda problem, te izgrađujemo povjerenje (Brajković, Ljubas i Cvek, 2011).

Edukacijom i savjetovanjem pacijenata daje im se alat potreban za upravljanje samim procesom bolesti, čime se smanjuje broj bolničkih dana i poboljšava kvaliteta života. O savjetodavnoj ulozi medicinske sestre te o iskustvima u kliničkoj praksi u Hrvatskoj pišu Hrastinski i Salopek (2008) te Kičić (2014) koji ističu da pružanje zdravstvene njege znači i osigurati pacijentima u potpunosti dostupnu edukaciju o njihovom zdravstvenom stanju, potrebnom zdravstvenom ponašanju te potencijalnim mogućnostima liječenja.

Hrastinski i Salopek (2008) navode kako je jedna od najvažnijih aktivnosti medicinskih sestara kroz postupke zdravstvene njege edukacija pacijenata i njihovih obitelji, s ciljem postizanja što veće samostalnosti i zadovoljavajuće kvalitete života pacijenata. „Edukacija i savjetovanje bolesnika i obitelji je proces tijekom kojeg medicinska sestra organizirano pomaže bolesniku i njegovoj obitelji da što bolje upoznaju promjene koje su nastale uslijed bolesti te da se što uspješnije savladaju nastale poteškoće, spriječe moguće komplikacije, a poticanjem samostalnosti bolesnika očuvaju zadovoljavajuću kvalitetu života. Uspješnost edukacije ovisi ne samo o njenoj profesionalnoj kompetentnosti nego i o broju i raspoloživosti medicinskih sestara koje provode edukaciju, o poznavanju načina i načela edukacije, kao i o organiziranju vremena i prostora namijenjenih edukaciji i savjetovanju pacijenata i njihovih obitelji. Međutim, zbog nedostatka educiranih medicinskih sestara za savjetovanje i edukaciju pacijenata, kao i nepostojanja vremena i prostora za tu namjenu, medicinske sestre, nažalost, još uvijek nisu u mogućnosti pružiti sve potrebne savjete i informacije“ (Hrastinski i Salopek, 2008; str. 7).

Kičić (2014) ističe da medicinske sestre u svakodnevnoj kliničkoj praksi sve češće mijenjaju svoj dosadašnji način komunikacije s pacijentima, prilagođavaju svoju komunikaciju i način edukacije tehnološkom napretku i stilovima života pacijenta, pri čemu digitalna komunikacija postaje sve zastupljenija. Medicinske sestre digitalne oblike komunikacije trebaju prihvatiti kao jedan od alata s kojim će se uspješno koristiti i unaprijediti svoju profesiju, a nikako kao opterećenje u svom svakodnevnom kliničkom radu. Medicinske sestre u svakodnevnoj komunikaciji s pacijentima koriste se digitalnom komunikacijom u obliku e-pošte i SMS poruka, što se posebno pokazalo dobrim rješenjem za one pacijente koji su dislocirani i

nemaju mogućnost osobnog dolaska u zdravstvenu ustanovu. Pacijenti se tako putem e-pošte mogu naručiti na pregled, dijagnostičku obradu, potvrditi zakazani termin za liječnički pregled, postavljati pitanja koja ih zanimaju, a vezana su uz njihovu bolest, boravak u bolnici ili o načinu ponašanja kod kuće. Prednost digitalnog komuniciranja između zdravstvenih djelatnika i pacijenata su minimalni financijski troškovi, ne troši se vrijeme pacijenata koje bi inače morali izdvojiti za dolazak u zdravstvenu ustanovu te je bolja prohodnost informacija.

3.13.3. Komunikacija s pacijentima treće životne dobi

Zdravstveni djelatnici spadaju pod profesiju koja najčešće dolazi u kontakt sa starijom populacijom. Stoga su i njihovi stavovi prema starijima iznimno važni. Demografski podatci upućuju na sve veći broj starijih osoba u populaciji. Prema popisu stanovništva iz 2011. godine u Hrvatskoj ima 17.7% stanovništva od 65. i više godina (Državni zavod za statistiku, 2011). U Europi 5.1% osoba starijih od 65. godina prima dugotrajnu skrb u institucijama socijalne i zdravstvene skrbi, dok je u Hrvatskoj taj postotak nešto manji i iznosi 2% (Žganec, Rusac i Laklija, 2008). Povećanjem broja stanovništva treće životne dobi mijenja se i odgovornost društva prema potrebama starijih osoba. U literaturi se najčešće navodi kako treća životna dob započinje u 65. godini života i dijeli se na tri podskupine: mlađi stari (osobe od 65. do 74. godine), stariji (od 75. do 84. godine) i jako stari (od 85. godine na više). Svaka od navedenih skupina ima svoje zdravstvene specifičnosti te mogu imati različitu socijalnu potporu i psihološke potrebe. Primjerice, vjerojatnije je da će jako stare osobe imati kognitivne disfunkcije, lošije tjelesno zdravlje, lošije financijske i socijalne resurse u odnosu na mlađe stare osobe; dok će mlađi stari imati veću tzv. zdravstvenu pismenost u odnosu na jako stare osobe. Upravo iz razloga heterogenosti skupine populacije osoba treće životne dobi, neopravdano ih je generalizirati (Brajković, 2011).

Zdravstveni djelatnici kroz komunikaciju trebaju razumjeti specifične potrebe starijeg stanovništva. Učinkovita komunikacija s osobama treće životne dobi zahtijeva empatičan pristup, sposobnost aktivnog slušanja te treba dopustiti pacijentu da ispriča svoju priču. Komunikacija sa starijim pacijentima može biti otežana zbog senzornih deficita (oslabljen vid i/ili sluh), kognitivnih disfunkcija (kao što je pojava demencija) ili funkcionalnih ograničenja (koštano-mišićnog, živčanog, srčanog ili drugih tjelesnih sustava) koja su povezana s godinama (Thompson-Hingle i Robinson, 2009).

Drugi čimbenik koji doprinosi lošoj komunikaciji između zdravstvenih djelatnika i pacijenata starije dobi, a koji često prevladava u institucijama zdravstvene skrbi je pojava **ageizma** – prisutnosti stereotipa i predrasuda kod zdravstvenih djelatnika i drugih stručnjaka koji vode skrb za starije osobe, što može dovesti do neprikladnog medicinskog tretmana. Nedovoljno poznavanje procesa starenja može značajno doprinijeti stvaranju i razvoju ageizma. Liječnici i drugi zdravstveni djelatnici troše manje vremena na psihosocijalna pitanja, a stariji pacijenti imaju manje vjerojatnosti da će ih pokrenuti ili naglasiti. Zbog navedenog učestalog problema ageizma stariji pacijenti manje su zdravstveno educirani i savjetovani od mlađih pacijenata (Thompson-Hingle i Robinson, 2009).

Pružanje optimalne zdravstvene usluge starijim osobama podrazumijeva i poznavanje fizičkih, kognitivnih i psiholoških promjena povezanih s osobama starije životne dobi. „Primarne kognitivne promjene povezane s dobi odnose se na promjene u kvaliteti i učinkovitosti različitih sustava pamćenja. Istraživanja upućuju na manjkavo znanje stručnjaka o ovim dobnim promjenama, usprkos edukaciji i iskustvu u radu sa starijima, a dob, spol, obrazovanje i kontakt sa starijima ne pokazuju se kao značajan prediktor poznavanja dobnih promjena. Stručnjaci ipak više znaju i bolje prepoznaju patološke promjene pamćenja, dok je znanje o normativnim promjenama pamćenja lošije. Bolje poznavanje kognitivnih promjena povezanih s dobi može doprinijeti smanjenju doživljaja stresa stručnjaka na radnim mjestima u skrbi za starije. Općenito, moguće je da upravo zbog manjkavog znanja o razvojnim promjenama, praćenih zahtjevima modernoga društva koji nameću ljepotu, produktivnost i neovisnost kao normu i ideal življenja, pojam *starost* i *starenje* obično izaziva negativne asocijacije, odnosno percipira se kao negativno razdoblje života, te dovodi do ageizma. Ageizam podrazumijeva predrasudu prema nekoj osobi ili grupi temeljenu na njihovoj dobi, no suštinski se radi o predrasudama prema starijima. Kao jedan od ključnih čimbenika koji doprinose nastanku i razvoju ageizma navodi se nedostatak istraživanja o kvalitetnoj integraciji starijih osoba u društvo. No, iako se u novije vrijeme značajno povećao broj istraživanja, kako procesa starenja, tako i starijih osoba, čini se kako zastupljenost ageizma nije manja“ (Vranić, Lauri-Korajlija i Raguž, 2018; str. 100).

Oslabljen vid i sluh te kognitivne disfunkcije svakako mogu narušiti dobru komunikaciju. Stoga je procjena općeg funkcionalnog stanja starije osobe iznimno važna za uspješnu komunikaciju, što uključuje procjenu senzornih sposobnosti, psihosocijalnih potreba, emocionalnog stanja, načina suočavanja s problemima te procjenu potrebe za pomoći. Tek

kada se dobiju svi potrebni podatci o općem funkcionalnom stanju pacijenta, može se razmišljati o strategiji pristupa i uspostave komunikacije s pacijentom treće životne dobi. Izbjegavanjem pojave ageizma te uspostavom empatične komunikacije i međusobnog povjerenja postižu se bolji rezultati u ishodu liječenja, pacijenti se više pridržavaju danih uputa i preporuka, a time se smanjuje i mogućnost pojave recidiva bolesti. Brajković (2011) navodi tri osnovna čimbenika za uspostavu učinkovite komunikacije između zdravstvenih djelatnika i pacijenta treće životne dobi:

1. razumijevanje pacijentove perspektive,
2. aktivno slušanje, te
3. vrijeme posvećeno pacijentu.

Razumijevanje pacijentove perspektive znači komunicirati s razumijevanjem te razvijanje empatijskih vještina u komunikaciji. Važno je poticati pacijenta da daje podatke o sebi, a ne samo o bolesti koja je razlog posjeta, čime se stvara empatično okruženje. „Neki bolesnici starije životne dobi imaju veći stupanj anksioznosti prilikom dolaska liječniku, što može narušiti uspostavu adekvatne komunikacije te otežati mogućnost dobivanja relevantnih podataka o pacijentu. Stoga je potrebno bolesnika potaknuti da prilikom sljedećeg posjeta ispiše tegobe i ono o čemu želi razgovarati. Korisnim se pokazalo i vođenje detaljnog dnevnika tegoba. Potpun uvid u bolesnikovu perspektivu omogućuje uspostavu uspješne komunikacije i time doprinosi boljem planiranju liječenja bolesti. Stariji bolesnici češće imaju višestruke medicinske i psihosocijalne probleme, a razgovor o nekim problemima može pobuditi osjećaj srama i nelagode. Zato je važno na samom početku istaknuti bolesniku da je razgovor povjerljiv i da će njihova privatnost biti zaštićena. Razgovor ne smije biti osuđujući i iznimno je važno prihvatiti bolesnikove stavove, uvjerenja i sustav vrijednosti koliko god se razlikovao od naših, jer se na taj način stvara sigurno okruženje za bolesnika da otvori i neke bolne teme poput smrti, umiranja, gubitka socijalne uloge, osjećaja odbačenosti, izoliranosti, seksualnih disfunkcija i sl.“ (Brajković, 2011; str. 98-99).

Učinkovita komunikacija ovisi i o **aktivnom slušanju**, što ne podrazumijeva samo primanje informacija, već se pažnja usmjerava na ono što osoba govori i osjeća te slijedi uzvraćanje vlastitim riječima kao potvrda da smo čuli i shvatili ono što nam pacijent iznosi. „Aktivno slušanje pokazuje interes i brigu za bolesnika, vodi do bolje informiranosti, potiče daljnju komunikaciju, vodi do veće i bolje suradnje između zdravstvenog djelatnika i bolesnika, potiče bolesnika da s većom pažnjom sluša ono što mu se govori i savjetuje. Aktivnim

slušanjem pokazujemo bolesniku svoju empatiju i šaljemo poruke da ga razumijemo, da smo zainteresirani, da poštujemo njegova razmišljanja. Aktivno slušanje znači i da bolesniku dopustimo da kaže ono što je htio bez prekidanja, bez pogađanja što je osoba željela reći. Slušanje skrivenih poruka vrlo je važno u procesu komunikacije. Neverbalna komunikacija je manje pod svjesnom kontrolom i preko nje dolazimo do tzv. **skrivenih poruka**. Primjerice, bolesnik može reći da se osjeća dobro, ali neverbalno šalje sasvim drugu poruku. Važno je opaziti te razlike. I na kraju, svako aktivno slušanje završava parafraziranjem – zbrajanjem onoga što je bolesnik iznio kao problem ili tegobu" (Brajković, 2011; str. 99).

Vrijeme posvećeno pacijentu također je nužan čimbenik uspješne komunikacije u kliničkoj praksi. „Stariji bolesnici imaju veću potrebu za dobivanjem informacija u odnosu na osobe mlađe životne dobi, tjeskobniji su tijekom pregleda, manje fokusirani i ponešto teže i sporije izvještavaju o tegobama. Istraživanja također napominju da su stariji bolesnici osjetljiviji na uskraćivanje pažnje od liječnika, više su skloni usmjeravanju na neverbalni aspekt liječnika prepoznajući neverbalne znakove da nisu slušani te su skloni prekinuti komunikacijski proces. Stariji bolesnici žele osjetiti da su proveli kvalitetno vrijeme s liječnikom i da su liječniku važni. Istraživanja napominju da ako stariji bolesnici u prvih 60 sekundi dobiju punu pozornost liječnika, na kraju samoga pregleda imat će dojam da je liječnik s njima proveo znatan dio svoga vremena. Stoga je važno odvojiti dovoljno vremena za starijeg bolesnika te uskladiti verbalne i neverbalne aspekte komuniciranja" (Brajković, 2011; str. 100).

3.13.4. Komunikacija u palijativnoj skrbi

Unazad pedesetak godina svjedoci smo naglog razvoja palijativne medicine kao posebne specijalizacije zdravstvenih profesionalaca koji su zaduženi isključivo za provođenje palijativne skrbi osobama koje boluju od neizlječivih i za život opasnih bolesti. Palijativna medicina ne može izliječiti osobu, ali može o njoj skrbiti, ublažiti joj bol i patnju, čuvajući dostojanstvo osobe kao jedinstvenog ljudskog bića. Kroz palijativnu skrb bolesnika zdravstveni profesionalci ne smiju imati stav *Ništa se više ne može učiniti*, već pred sobom svakodnevno trebaju postavljati pitanje: *Što još možemo učiniti za bolesnika i njegovu obitelj?* Europsko udruženje za palijativnu skrb (engl. *European Association for Palliative Care,* EAPC) palijativnu skrb definiralo je kao aktivnu i ukupnu skrb o bolesniku čija bolest ne reagira na postupke liječenja. „Najvažnije je suzbijanje boli ili drugih simptoma te socijalnih,

psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu te svojim djelokrugom obuhvaća bolesnika, obitelj i zajednicu. U nekom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje bolesnikovih potreba gdje god da se o njemu skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti“ (Braš i sur., 2016; str. 70).

Prema Brkljačić (2009) i Brkljačić-Žagrović (2010) glavno središte interesa skrbi za terminalno oboljele bolesnike, gdje klasična kurativna medicina svojim dijagnostičko-terapijskim kao i znanstveno-tehnološkim pristupom više ne može vratiti bolesnika u stanje zdravlja, odnosno odsustva bolesti, je palijativna medicina. Cilj palijativne skrbi je postići kod bolesnika najbolju moguću kvalitetu života kroz olakšanje patnje, kontrolu simptoma i povrat životnih funkcija, a uz poštovanje osobnih, kulturnih, religijskih i etičkih vrijednosti. Koliko je danas neupitna i neizbježna potreba za palijativnom skrbi, najbolje je opisano kroz *Preporuke Povjerenstva ministara država članica Vijeća Europe* iz 2003. godine o organizaciji palijativne skrbi koju su definirali kao „integralni dio zdravstvenog sustava i neotuđivi element građanskog prava na zdravstvenu skrb i zato je odgovornost svake vlade osigurati i učiniti palijativnu skrb pristupačnom svakome tko jreba“ (Brkljačić-Žagrović, 2010).

Palijativna skrb, kako navodi Brkljačić-Žagrović (2010), obuhvaća široku populaciju bolesnika različite životne dobi te različitih dijagnoza koje štetno utječu na bolesnikove svakodnevne funkcije ili, pak, smanjuju njegov očekivani životni vijek. U odnosnu populaciju ovdje se ubrajaju:

- djeca i punoljetne osobe koje pate od prirođenih bolesti ili stanja koja dovode do ovisnosti o terapijama koje ih održavaju na životu i/ili dugoročne skrbi njihovih obitelji ili skrbnika s ciljem pružanja skrbi za obavljanje svakodnevnih aktivnosti;
- osobe bilo koje dobi koje pate od akutnih, ozbiljnih i po život opasnih bolesti (poput teških ozljeda, leukemije ili moždanog udara) kada je izlječenje, ako do njega dođe, vrlo dugotrajan i zahtjevan put ispunjen značajnim teškoćama;
- osobe koje pate od progresivnih kroničnih stanja (maligniteta, kroničnih zatajenja bubrega, bolesti jetre, moždanog udara koji je uzrokovao značajno funkcionalno oštećenje, srčane ili plućne bolesti, neurodegenerativne bolesti i demencije);
- osobe koje pate od kroničnih i za život ograničavajućih bolesti nastalih uslijed nesreća ili drugih oblika teških ozljeda;

- ozbiljno i terminalno oboljeli bolesnici (poput osoba koje pate od demencije u posljednjoj fazi terminalnog stadija karcinoma ili teškog invaliditeta uslijed moždanog udara) koji se vjerojatno neće oporaviti niti stabilizirati te za koje je intenzivna palijativna skrb vodeći fokus i cilj za vrijeme koje im preostaje.

Težište palijativne medicine, kako ističe Jušić (2001), postavljeno je na **kvaliteti**, a ne na dužini života. „Palijativna skrb predstavlja holističku brigu za bolesnika i njegovu obitelj ili skrbnike, a ostvaruje se kroz timsku suradnju liječnika, medicinskih sestara, fizioterapeuta, socijalnih radnika, ljekarnika, duhovnika i volontera. Principi palijativne skrbi pokazuju se postupno korisnim u većini područja medicinske skrbi. Od medicine se danas očekuje ozdravljenje i kada do toga ne dođe, optužuju se liječnik i bolnica. Smrt se doživljava kao neuspjeh, a ne kao prirodni događaj. Neizliječeni postaju nepoželjni, jer kvare statistike. Brojne studije diljem svijeta pokazale su u različitim zemljama da su umirući u modernome zdravstvenom sustavu zanemarena skupina. Palijativna medicina je uvijek bila orijentirana na bolesnika kao čovjeka, a manje na patologiju. Ona je istodobno i holistička i znanstvena. Palijativna medicina traži da se ovakva skrb počne primjenjivati od trenutka kada se utvrdi da je životu u dogledno vrijeme kraj, dakle često mnogo prije smrti“ (Jušić, 2001; str. 248).

Filozofija hospicija i palijativne skrbi, kako Pozaić (2009) naglašava, polazi od stanovišta: *Vi ste važni jer ste Vi.* „U takvom ozračju osoba se može osjećati, kao priznata i voljena, makar se nalazila i u neizbježivim okolnostima tjelesnog i duševnog slabljenja. Osoba teško bolesna, u završnoj i pojačanoj fazi bolesti i umiranja, često je sama nemoćna izboriti se za svoja ljudska prava, za svoje ljudsko dostojanstvo. Posebno to vrijedi za stanje u kojem se mogu naći djeca kad se tjelesnoj boli pridruži ona duševna, koja se pokazuje po znakovima malaksalosti, nezainteresiranosti, klonulosti, tuge i žalosti, ponekad, pak, i nemira. Dobro osposobljeni i dobro motivirani njegovatelji bit će kadri zapaziti stanje djeteta preko njegovih vanjskih raspoloženja i približiti mu se, zadobiti povjerenje i pružiti mu barem malo vedrine koja bi mogla uvelike olakšati njegovo cjelokupno stanje“ (Pozaić, 2009; str. 122).

Komunikacija u palijativnoj medicini izrazito je težak i zahtjevan proces. Nedovoljna edukacija o komunikacijskim vještinama u palijativnoj skrbi jedan je od važnih razloga zašto zdravstveni profesionalci često izbjegavaju otvorene razgovore s pacijentima i njihovim obiteljima, opravdavajući se da nemaju vremena za dulji razgovor, komuniciraju u žurbi na bolničkom hodniku ili se izgovaraju da su preumorni. Komunikacija s umirućim bolesnikom

zahtijeva izvjesnu zrelost koja dolazi s radnim iskustvom. U palijativnoj medicini postoje brojne specifične komunikacijske situacije s kojima se zdravstveni djelatnici susreću, kao što su priopćivanje loše vijesti, prepoznavanje akutnih i kroničnih emocionalnih reakcija bolesnika, rasprava s bolesnikom o prognozi bolesti i rizicima, zajedničko donošenje terapijskih odluka s bolesnikom, uključivanje obitelji u komunikaciju te komunikacija o prelasku na palijativnu skrb.

Priopćivanje loših vijesti za bolesnika općenito znači svaku informaciju koja negativno utječe na njegova očekivanja i planove u sadašnjosti i budućnosti, kao što su, primjerice, priopćavanje dijagnoze zloćudne bolesti, informacije o nuspojavama liječenja, informacije o prognozi bolesti i mogućim recidivima, informacije o progresiji bolesti, nemogućnost daljnjega aktivnog liječenja i sl. Dakle, priopćivanje loših vijesti je složeni proces koji zahtijeva empatičan pristup zdravstvenih djelatnika. Kao kompleksan komunikacijski zadatak za kliničare priopćivanje loših vijesti uključuje verbalnu i neverbalnu komponentu onih koji daju informaciju, prepoznavanje i odgovaranje na bolesnikove emocije, uključivanje bolesnika u donošenje odluka te pronalaženje načina za pružanje potpore. Zdravstveni djelatnici posebnu pažnju trebaju posvetiti tomu kako priopćavaju lošu vijest, jer ista može izrazito traumatizirati bolesnika (Buckman, 1992; prema Braš i sur., 2016). Kliničar treba biti svjestan mogućih strahova i briga koje bolesnici mogu imati, kako vezano uz bolest tako i uz loše vijesti. Samo zdravstveni djelatnik koji je educiran u komunikacijskim vještinama može adekvatno odgovoriti na bolesnikove emocije. Svaki bolesnik individualno, kada je suočen s lošom viješću, pokazuje spektar emocionalnih reakcija koje su izraz njegovih uobičajenih obrazaca nošenja sa stresom. Potrebno je razlikovati akutne i kronične emocionalne reakcije. U akutnim reakcijama, bolesnici mogu pokazivati nevjericu, biti u stanju emocionalnog šoka, anksiozni, depresivni, imati pojačan osjećaj krivnje, biti u stanju potiskivanja, poricanja i sl. Također, mogu se dogoditi i situacije kada će bolesnikovo akutno emocionalno stanje jako otežavati komunikaciju (npr. strah do užasnutosti, psihotične reakcije i sl.). Takve emocije treba uvažavati, prepoznavati im uzrok i pokušati ne primjenjivati izbjegavajuće ponašanje ili strategije. Osobu koja ima kronične emocionalne reakcije i pati često se opisuje kao očajnu, bespomoćnu, melankoličnu, demoraliziranu – što se može shvatiti kao osobitu i specifičnu reakciju na prijetnju u bolesnika koji je teško bolestan, karakteriziranu izrazitom anksioznošću i nesposobnošću da vidi život prema budućnosti. Komunikacijske vještine koje u takvim situacijama pomažu uključuju slušanje s empatijom, otvorena pitanja kako bi se

izrazili osjećaji, izbjegavanje strategija koje će povećati distanciju, pružanje informacija, ohrabrivanje i poticanje (Braš i sur., 2016).

Osim sadržaja loše vijesti, važan je i način njezina priopćivanja. Ako je osoba koja priopćava lošu vijest empatična, suosjećajna i iskrena, bolesnici će takvu vijest lakše prihvatiti i biti suradljiviji. Način na koji se priopćava loša vijest može utjecati na brojne odluke koje će bolesnik donijeti, kao što su odluke o liječenju, uključivanju obitelji u skrb, o bolničkom smještaju i sl. U komunikaciji s bolesnikom treba paziti na ravnotežu između realistične nade i lažnih očekivanja o dugom preživljavanju (Braš i sur., 2016).

Priopćavanje loših vijesti često je neugodan zadatak za zdravstvene profesionalce, što kod istih može izazvati osjećaj bespomoćnosti, tjeskobe, straha, depresije i frustracije, jer ne žele oduzeti nadu bolesnoj osobi (Braš i sur., 2016). Danas u svijetu postoji više protokola za priopćivanje loših vijesti, od kojih se najčešće koristi **SPIKES protokol** koji su sastavili Baile i sur. (2000; prema Lehki, Braš i Đorđević, 2011). Protokol se sastoji od šest koraka koji nude preporuke o tomu kako voditi razgovor s bolesnikom kojemu treba priopćiti lošu vijest. Protokol je nazvan prema akronimu od šest ključnih riječi na engleskom jeziku, od kojih svaka govori o jednom koraku koji treba napraviti:

⇒ **1) Korak S (**eng. ***Setting up*****) – priprema za razgovor.** Liječnik je taj koji je donositelj loše vijesti te je normalno da i on u takvim trenucima ima negativne osjećaje, osjećaj frustracije, straha i odgovornosti. Stoga se treba pripremiti i imati okvirni plan razgovora za zadatak priopćivanja loše vijesti, pripremiti se na bolesnikove reakcije, kao i na moguća pitanja. Takav razgovor trebao bi se odvijati u mirnoj i diskretnoj atmosferi, po mogućnosti u liječničkoj sobi, bez nazočnosti drugog medicinskog osoblja i drugih bolesnika. Također, bolesnik možda želi da s njim bude netko od njemu bliskih osoba pa mu to treba omogućiti. Poželjno je da tijekom razgovora liječnik i bolesnik sjede te da između njih nema barijere koja bi umanjila osjećaj bliskosti. Za uspostavu dobrog odnosa važnu ulogu imaju održavanje kontakta očima te, iako može biti neugodno, i fizički dodir, kao što je dodir po ramenu ili držanje bolesnikove ruke ako je to bolesniku prihvatljivo.

⇒ **2) Korak P (**eng. ***Perception*****) – procjenjivanje bolesnikove informiranosti.** Na samom početku razgovora, a prije priopćavanja loše vijesti, korisno je orijentirati se na bolesnikovo znanje o bolesti te na njegov doživljaj situacije i bolesti. Pri tomu pomaže

metoda postavljanja otvorenih pitanja kao, primjerice: *Što vam je dosad rečeno o vašoj bolesti?* U nastavku razgovora na temelju onoga što bolesnik već zna ili sluti može se njegovim rječnikom jednostavno nadograditi onaj dio koji još ne zna. Takav uvod u razgovor posebice je koristan kako bi se detektirali oni bolesnici koji se nalaze u fazi poricanja bolesti ili imaju nerealna očekivanja od liječnika i liječenja.

⇒ **3) Korak I (**eng. ***Invitation*****) – dobivanje bolesnikova pristanka na informaciju.** U trećem koraku liječnik traži pristanak da bolesnik želi čuti važnu medicinsku informaciju. Iako u početnoj fazi bolesti većina bolesnika želi znati sve o svojoj bolesti te žele potpunu istinu o prognozi i sve druge detalje, liječnik treba imati na umu da neki to ne žele. Izbjegavanje medicinskih informacija postaje češće kako je bolest uznapredovala i postala teža. Ako bolesnik ne želi znati detalje o svojoj bolesti, takav stav treba poštovati i ostaviti mogućnost da se pitanja postave kasnije.

⇒ **4) Korak K (**eng. ***Knowledge*****) – prezentiranje informacija bolesniku.** Razgovor o lošoj vijesti nije ugodan ni za liječnika niti za bolesnika, stoga ga treba započeti kratkim uvodom u kojemu liječnik bolesnika upozorava da slijede loše vijesti. Odugovlačenje priopćavanja loše vijesti ili potpuna izravnost povećavaju vjerojatnost nijekanja situacije, okrivljivanja drugoga ili shvaćanja vijesti kao šale. Nagoviještanje loše vijesti pokazalo se učinkovitijim u pomoći primatelju da ju prihvati te da se smanji šok koji može uslijediti nakon priopćivanja. Bolesnici uglavnom nisu medicinski obrazovani i ne shvaćaju medicinsku terminologiju, stoga razgovor treba voditi na njihovoj razini razumijevanja, treba biti prilagođen njihovu rječniku. Također, u razgovoru treba izbjegavati isticanje loše strane bolesti, informacije treba davati postupno i u manjim dijelovima, a periodično treba provjeriti razumije li bolesnik što mu je rečeno. Kad su iscrpljene sve moguće opcije liječenja, liječnik treba izbjegavati rečenicu: *Više se ništa ne može učiniti za Vas*, svoje djelovanje treba usmjeriti na kontrolu boli i drugih mogućih simptoma te treba pokazati da uvijek može nešto napraviti za bolesnika.

⇒ **5) Korak E (**eng. ***Emotions with Empathic responses*****) – bolesnikove emocije i odgovor empatijom na njih.** Jedan od najvećih izazova za liječnika koji priopćava lošu vijest je adekvatno odgovoriti na emocionalne reakcije bolesnika koje mogu biti različite. Liječnik treba razumjeti i očekivati takve reakcije kako bi pružio potporu i

pokazao empatiju, pri čemu može priznati svoje osjećaje i reći da je ta vijest teška i za njega. Bolesniku treba pokazati da razumije njegove osjećaje koji su normalni te da i drugi imaju takvo iskustvo i reakciju.

⇒ **6) Korak S (**eng. ***Strategy and Summary*****) – postavljanje terapijskog plana.** Kroz razgovor s bolesnikom trebaju mu se predočiti terapijske opcije, kao i prednosti i nedostatci svake od njih, čime mu se šalje informacija da liječnik poštuje njegove želje. Donošenjem zajedničke odluke dijeli se i odgovornost, što može smanjiti liječnikov osjećaj neuspjeha kad liječenje zakaže. Tijekom razgovora važno je provjeriti razumije li bolesnik što mu je rečeno, a ako bolesnik ne razumije dobro svoju situaciju, dovodi se u pitanje i njegova kompetentnost za donošenje samostalne odluke (Lehki, Braš i Đorđević, 2011).

Dobre komunikacijske vještine važne su za sve zdravstvene djelatnike, a osobito za one koji se brinu o palijativnim pacijentima. Razgovor između zdravstvenih djelatnika i bolesnika na palijativnoj skrbi često zna biti naporan i težak, zahtijeva jasnoću i razumljivost te dovoljno vremena za objašnjenja, čime se bolesniku pomaže u prihvaćanju činjenica i prilagodbi na postojeće stanje. „Uz informiranje o bolesti i liječenju kao najznačajnijem obliku komunikacije zdravstvenih djelatnika s bolesnicima, davanje emocionalne potpore također je važan oblik komunikacije. Tako se bolesniku omogućava izražavanje vlastitih osjećaja, povećava se njegov doživljaj osobne vrijednosti, smanjuje se osjećaj otuđenosti i tjeskobe, ispravljaju se pogrešna vjerovanja, predrasude i neznanje, smanjuje se stanje izoliranosti, bespomoćnosti i zanemarenosti“ (Rakošec i sur., 2014; str. 99).

Učinkovita komunikacija koja sadrži vjerodostojnost, osjetljivost, suosjećanje i empatiju, pomaže zdravstvenim djelatnicima u potpori pacijentima i njihovim obiteljima. Empatija u sebi sadrži specifične komunikacijske vještine koje bolesniku pomažu u boljem razumijevanju simptoma. I kroz neverbalnu komunikaciju pacijent razumije kada je zdravstveni djelatnik prema njemu topao, iskren i empatičan. Za uspješnu komunikaciju između zdravstvenih profesionalaca i bolesnika neke od najvažnijih vrlina su pravednost, uvažavanje, poštovanje tajne drugog, raspoloživost, razumijevanje, brižnost, dobrota, dobrohotnost, ljubaznost, srdačnost, velikodušnost, nesebičnost, zahvalnost, darivanje, služenje, strpljivost i tolerantnost. Važno je da zdravstveni djelatnici za svoj klinički rad budu educirani kako empatično komunicirati sa svojim pacijentima, osobito s umirućima (Rakošec i sur., 2014).

Često se želi zaštititi pacijenta od realnosti njegove situacije, čime se obično stvaraju veće poteškoće u interakciji s pacijentom i članovima njegove obitelji te prijatelja. Motivacija takvog ponašanja može biti dobronamjerna, ali zataškavanje medicinskih informacija rezultira stanjem povećanog straha, anksioznosti i zbunjenosti. Dvosmislene informacije, koje mogu imati kratkotrajnu korist dok stvari idu dobro, u biti sprečavaju prilike pojedincima i njihovim obiteljima da se reorganiziraju i prilagode svoje živote prema novonastaloj situaciji. Ništa ne stvara toliko nepovjerenje, nesigurnost i neizvjesnost kod pacijenta kao pokušaj zaobilaženja istine, obmanjivanje, i skrivanje informacija o njihovom stvarnom, objektivnom zdravstvenom stanju. „Iskrena komunikacija čuva etičnost odnosa stručne osobe i umirućeg, priprema uvjete za nadvladavanje straha, izlazak iz usamljenosti i podjelu teških osjećaja, bolje suočavanje s umiranjem, pripremu za smrt, primanje neophodne psihosocijalne i duhovne potpore članova njihove obitelji“ (Rakošec i sur., 2014; Braš i sur., 2016).

Uključivanje pacijenta u donošenje odluka o postupcima u palijativnoj skrbi ima pozitivni utjecaj na psihološku prilagodbu i stvara odnos povjerenja prema članovima multidisciplinarnog palijativnog tima. Razvojem takvog odnosa povjerenja i razumijevanja pacijent ima mogućnost i otvoreno pitati za sve nejasnoće. Bolesnici u palijativnoj skrbi, u pravilu su spremni na veći rizik od potencijalnih nuspojava od pojedine terapije u odnosu na opću populaciju, što je i logično, jer znaju da se bore za život i da se ide na „sve ili ništa“. Ako se bolesniku detaljno objasne moguće terapijske procedure te ga se uključi u odlučivanje, osjeća se uvaženim jer je ipak riječ o njihovu tijelu, dok su pacijenti koji se osjećaju samo kao objekt terapijskih postupaka anksiozniji i nezadovoljniji. Cilj takvog pristupa gdje se i pacijenta uključuje u donošenje odluka o liječenju jest osigurati da je bolesnik dobro razumio sve informacije o bolesti i dostupnim terapijskim opcijama, koristima i rizicima za svaku od mogućnosti liječenja. Dokazano je da mlađe osobe žele čuti više informacija od starijih koji se, pak, vole više „osloniti“ na kliničara koji će donijeti odluku (Rakošec i sur., 2014; Braš i sur., 2016).

Patnja i smrt **djeteta** u palijativnoj skrbi jedan je od najpotresnijih događaja životne stvarnosti. Pedijatrijska palijativna skrb njeguje holistički pristup prema bolesnom djetetu te slijedi ideale skrbi za odrasle, uzimajući u obzir posebne čimbenike, kao što su razvojna dob djeteta, posebnosti djeteta s obzirom na upotrebu lijekova za ublažavanje boli, kao i etičke i

pravne razlike s obzirom na to da su roditelji zamjenski donositelji odluka (Grbac i Štajduhar, 2012).

Grbac i Štajduhar (2012) opisuju četiri modela interakcije i pristupa u pedijatrijskoj palijativnoj skrbi:

1. **Model utvrđivanja potreba djeteta utemeljen na klasičnoj kurativnoj medicini.** U ovom modelu dominira paternalizam liječnika te se njegova stručnost i autoritet ne dovode u pitanje. On promatra dijete samo somatski i brine se za njegovo zdravlje, fiziološke potrebe i teškoće, a potpuno se zanemaruje psihološka i duhovna dimenzija skrbi. Iz ovog modela isključena je djetetova obitelj, kao i šira društvena zajednica.

2. **Model palijativne skrbi kojoj je u središtu obitelj oboljela djeteta i njezine potrebe.** Ovaj model temelji se na partnerstvu i dogovaranju obitelji i palijativnog tima. Negativna strana ovog modela je što se zanemaruju potrebe samoga djeteta, što se posebno primjećuje kod adolescenata kada se trebaju donijeti važne odluke glede svih aspekata skrbi u terminalnoj fazi života, kao i poštovanja posljednje želje djeteta. Pozitivna strana ovog modela je ta da su cijela obitelj te prijatelji ili vršnjaci aktivno uključeni u posljednju fazu djetetova života.

3. **Model palijativne skrbi u čijem je središtu samo oboljelo dijete, a tek sekundarno obitelj i šira zajednica.** Kroz ovaj model ne zanemaruje se niti jedna dimenzija djetetove osobnosti, poštuje se djetetova sposobnost da samo donosi odluke i izrazi vlastite želje i preferencije, međutim obitelj i društvena zajednica nisu dovoljno integrirane u samu palijativnu skrb. Ovakav model traži od članova multidisciplinarnog palijativnog tima angažman kojim mogu odgovoriti na sve djetetove potrebe, kao i na potrebe obitelji.

4. **Holistički model pedijatrijske palijativne skrbi.** Palijativna skrb u ovom modelu odgovara razvojnim potrebama djeteta i njegovoj dobi, a temelji se na nekoliko osnovnih načela: svako dijete i njegova obitelj jedinstveni su pa, prema tome, trebaju i poseban tretman, brigu i skrb; obitelj i dijete također su stručni u palijativnoj skrbi ili će tijekom tretmana to postati; aktivno slušanje od odlučujuće je važnosti za razumijevanje potreba djeteta i obitelji; razmjena informacija i dobra komunikacija osposobljavaju dijete i obitelj u donošenju ključnih odluka za njegovo liječenje (Grbac i Štajduhar, 2012).

Djeca boravkom u bolnici stječu sve više informacija o svojoj bolesti kroz svoje osobno iskustvo kao i od drugih te postupno postaju svjesni svoje prognoze. Vuletić, Karačić i Amabilis-Jurić (2017) navode da ako roditelj ili zdravstveni djelatnici nisu s njima u komunikaciji otvoreni, djeca spoznaju da su bolesna od nečeg jako lošeg i neizlječivog na druge načine kroz neverbalnu komunikaciju, prisluškivanjem ili u razgovoru s drugim pacijentima. „Djeca bi trebala biti upućena u teške teme, poput neizlječive prognoze, težine bolesti, predstojeće smrti, tugovanja i žalovanja. No, kao posljedica želje da ih se zaštiti, često ostaju prikraćena, bez adekvatne informacije i prilagođene komunikacije. Zahtjevom roditelja, kao zakonskih zastupnika i skrbnika, djeci se najčešće nastoje prešutjeti određene informacije koje se tiču njihovog teškog zdravstvenog stanja. Roditelji mogu zastupati to mišljenje iz uvjerenja kako su djeca premala da bi ih se opterećivalo zastrašujućim činjenicama ili da bi razumjela što im se događa. Isto tako, roditelji mogu na taj način izbjegavati pitanja o umiranju i smrti ili pokušati sprječavati uznemirenost djeteta. Ponekad to mogu činiti iz pobuda i težine vlastite nemogućnosti prihvaćanja i nošenja sa spoznajom da za svoje dijete ne mogu učiniti ništa više“ (Vuletić, Karačić i Amabilis-Jurić, 2017; str. 217).

Izbjegavanje razgovora s djecom o bolesti može kod njih izazvati osjećaje izoliranosti i daljnjeg nepovjerenja u odrasle osobe, posebice ako nemaju s kim podijeliti svoje strahove, brige i sumnje koje vjerojatno osjećaju. U komunikaciji s djecom i mladima zdravstveni djelatnici trebali bi se zalagati za iskren pristup iz razloga što su djeca koja dobivaju otvorene i iskrene informacije o dijagnozi i prognozi svoje bolesti značajno manje tjeskobna i depresivna od djece koja ne dobivaju primjerene informacije od roditelja. Razumijevanje pojma smrti kod djece ovisi o dobi i sposobnostima te o obilježjima kulture u kojoj žive, a način na koji će početi razmišljati o smrti ovisi o načinu na koji im to roditelji objasne, kao i o njihovom osobnom shvaćanju života i smrti (Vuletić, Karačić i Amabilis-Jurić, 2017).

Kada je dijete donekle svjesno svoje bolesti te inicira razgovor, važno je biti otvoren i iskren te prilagoditi ga njegovim mogućnostima shvaćanja situacije. Pred djetetom treba prirodno govoriti o bolesti, točno i ispravno, bez pretjeranog dramatiziranja. Zdravstveni djelatnici moraju uzeti u obzir specifične čimbenike kao što su: razvojne faze djeteta, razina djetetova razumijevanja i tumačenje bolesti ili liječenja. Medicinske informacije koje se daju djetetu trebaju biti prilagođene njegovoj razvojnoj i kognitivnoj razini. Vuletić, Karačić i Amabilis-

Jurić (2017) navode preporuke za učinkovitu komunikaciju roditelja i zdravstvenih djelatnika s djecom u palijativnoj skrbi:

⇒ **Roditelji i zdravstveni djelatnici trebaju preuzeti inicijativu.** Potrebno je obratiti pozornost na neverbalna ponašanja djece i adolescenata te otvoriti temu na sućutan način.

⇒ **Važno je pažljivo slušati dijete.** Djetetu treba posvetiti punu pozornost, kao i osjećajima koji se nalaze u pozadini izgovorenih riječi.

⇒ **Prepoznati djetetove osjećaje.** Prihvatiti djetetove emocije kao stvarne i važne.

⇒ **Dati točne informacije o bolesti na osjetljiv način.** Djeci koja još ne razumiju na realističan način bolest treba ponuditi jednostavna, izravna i točna objašnjenja, izbjegavajući izjave koje vode u zabludu.

⇒ **Zajedničko rješavanje problema.** Kada pitanja nemaju lagan odgovor, roditelji ili zdravstveni djelatnici ne smiju nametnuti svoja stajališta, nego kroz iskren pristup pokazati spremnost da se zajednički pronađu moguća rješenja.

Komunikacija u palijativnoj skrbi ne odnosi se samo na interakciju između pacijenata i zdravstvenih djelatnika, već i na međudjelovanje između pacijenata i njihovih obitelji, kao i na interakciju između različitih zdravstvenih djelatnika i službi koje su uključene u skrb. Braš i sur. (2016) ističu kako je obitelj najčešće primarni skrbnik o bolesniku – i to u oko 70% slučajeva je bračni partner, djeca u oko 20% slučajeva, a u oko 10% slučajeva o bolesniku skrbe prijatelji ili daljnji rođaci. Dakle, obitelj čine pojedinci po bolesnikovu izboru, a ne samo i isključivo najbliži krvni srodnici. Kod pojave neizlječive bolesti obitelj postaje primarni skrbnik koji se mora prilagoditi zahtjevima razvoja tijeka bolesti pacijenta i dijeliti teške trenutke. Skrb za voljenu osobu može biti iznimno teška. Osobe koje vode brigu o bolesniku osjećaju se iscrpljeno, istrošeno, tužno i zabrinuto. Uz pružanje zdravstvene njege, dodatno su opterećene vlastitim poslom, drugim zahtjevima obitelji i prijatelja, društvenim obvezama. Takvo balansiranje između vlastitih potreba i potreba voljene osobe dovodi do osjećaja umora, frustracije, stresa i poraza, zbog čega je potrebno reorganizirati vlastiti život i

prilagoditi ga suživotu s bolesnom osobom (Šantić, 2005). Način prilagodbe na novonastalu situaciju ovisi o osnovnim vidovima funkcioniranja unutar obitelji, koji podrazumijevaju čvršću povezanost, prilagodljivost, komunikaciju i organizaciju. Obitelji u kojima terminalno bolesne osobe žive u skladu s jasnim ljudskim vrijednostima većinom uspješno komuniciraju i ravnopravne su prilikom donošenja odluka, dok u obiteljima gdje su narušeni odnosi i uloge dolazi do neorganiziranosti, što često rezultira sukobima unutar obitelji i njihova okruženja ili se njeni članovi zatvaraju u sebe, postaju bezobzirni, skrivaju svoje osjećaje, stvarajući oko sebe bezosjećajno ozračje (Rakošec i sur., 2014).

Zdravstvenim djelatnicima potrebna je potpora obitelji za najbolju skrb o bolesniku. Važno je dijele li oni slična ili ista očekivanja i poglede na situaciju kao bolesnik i zdravstveni djelatnici. U takvoj interakciji s obitelji važna je empatija i poznavanje odnosa, a cijeli proces komunikacije koji vrijedi za bolesnika vrijedi i za članove njegove obitelji koji o njemu skrbe. U okviru komunikacije s obitelji trebali bi se redovito održavati sastanci na kojima se raspravlja o tomu što je najbolje za bolesnika. Ciljevi takvih sastanaka članova palijativnog tima s obitelji su edukacija o bolesti i njezinu liječenju, procjena potreba skrbnika, razumijevanje želja o skrbi na kraju života i želja o mjestu umiranja, analiza tko donosi odluke u obitelji i koje su pragmatične direktive za buduće liječenje, rasprava o tome što slijedi nakon otpusta iz bolnice, procjena suočavanja obitelji i procjena članova pod većim rizikom za psihičku dekompenzaciju i sl. Bitno je da članovi obitelji što prije prevladaju novonastalu stresnu situaciju i da se održava učinkovita komunikacija s članovima palijativnog tima. Članovi obitelji kao skrbnici često su prestrašeni, nespretni i nesigurni, ali svoja psihička stanja prikrivaju, stoga je važno da se preispita je li njihovo ponašanje odgovarajuće, nisu li previše opušteni ili, s druge strane, previše napeti. U svakom slučaju, sastanci zdravstvenih djelatnika i skrbnika terminalnog bolesnika jako su važni te su nezaobilazna točka u palijativnoj medicini (Braš i sur., 2016).

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Fizioterapeuti kroz svoj klinički rad moraju imati znanja i vještine za pružanje točnih i pravodobnih informacija korisnicima fizioterapije, moraju imati znanja i vještine kako komunicirati te razmjenjivati mišljenja i informacije o pojedinim stručnim pitanjima unutar zdravstvenog tima.

Cilj istraživanja u sklopu doktorskog rada je jasno definirati profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta potrebne za uspješnu komunikaciju te utvrditi utjecaj asertivnog modela komunikacije na učinkovitost suradnje s pacijentima i unutar zdravstvenog tima.
Uz osnovni cilj, postavljena su i tri specifična istraživačka cilja:

1. analizirati pravne i javno dostupne dokumente koji se odnose na klinički rad fizioterapeuta i formalno obrazovanje fizioterapeuta u Hrvatskoj;
2. procijeniti komunikološki profil fizioterapeuta te istražiti različite aspekte komunikacijskih kompetencija – empatičnost i asertivnost u komunikaciji te tolerantnost na neslaganje u komunikaciji na radnom mjestu;
3. istražiti kod korisnika fizioterapije učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom, ponašanje fizioterapeuta tijekom komunikacije, strah od komunikacije te korelaciju ishoda rehabilitacije i zadovoljstva komunikacijom s fizioterapeutom.

Prema dostupnoj literaturi i podatcima, u Hrvatskoj do sada nije provedeno istraživanje o profesionalnim komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta. Ovaj rad pridonosi razvoju komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta, a u istraživanju je postavljeno 5 temeljnih hipoteza i 29 pothipoteza:

H1: Profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta nisu definirane niti zastupljene u hrvatskoj pravnoj i obrazovnoj dokumentaciji.

- ⇒ H1.1: Profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta nisu definirane i zastupljene u hrvatskoj pravnoj dokumentaciji koja regulira fizioterapeutsku profesiju.

⇒ H1.2: Profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta nisu definirane i zastupljene u nastavnim planovima i programima formalnog obrazovanja fizioterapeuta u Hrvatskoj.

H2: Asertivni stil komuniciranja fizioterapeuta značajno povećava učinkovitost uspostavljene suradnje s pacijentima.

⇒ H2.1: Asertivni stil komuniciranja podjednako koriste fizioterapeuti oba roda.

⇒ H2.2: Najveći udio asertivnih fizioterapeuta nalazi se u najmlađoj skupini ispitanika (do 34 godine starosti).

⇒ H2.3: Najveći je udio asertivnih fizioterapeuta u skupini ispitanika s najmanje radnog staža (do 14 godina radnog staža).

⇒ H2.4 Najveći udio asertivnih fizioterapeuta je u skupini fizioterapeuta koji obavljaju privatnu praksu.

⇒ H2.5: Postoji značajno više empatije u komunikaciji kod fizioterapeuta ženskog roda.

H3: Fizioterapeuti koji su tolerantniji na neslaganje imaju učinkovitiju komunikaciju unutar zdravstvenog tima.

⇛ H3.1: Kod muških fizioterapeuta postoji viša tolerancija na neslaganje nego kod ženskih ispitanica.

⇛ H3.2: Najmlađa skupina fizioterapeuta (do 34 godina starosti) daje najviše rezultate u procjeni tolerancije na neslaganje u odnosu na druge skupine ispitanika.

⇒ H3.3: Skupina fizioterapeuta s najmanje radnog staža (do 14 godina radnog staža) daje najviše rezultate u procjeni tolerancije na neslaganje u odnosu na druge skupine ispitanika.

⇒ H3.4: Ne postoji razlika u procjeni tolerancije na neslaganje kod fizioterapeuta s obzirom na oblik fizioterapijske prakse koju obavljaju.

⇒ H3.5: Postoji pozitivna korelacija: fizioterapeuti koji imaju viši rezultat na skali *Tolerancija na neslaganje* imaju i viši rezultat na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu*.

H4: Razvijene komunikacijske vještine fizioterapeuta utječu na pozitivni ishod medicinske rehabilitacije.

- ⇒ H4.1: Muški pacijenti navode manje poteškoća nego žene pri procjeni zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije.
- ⇒ H4.2: Najmlađa skupina pacijenata (18-37 godina) na početku te po završetku fizikalne terapije navodi manje poteškoća u odnosu na pacijente u ostalim dobnim skupinama.

H5: Pacijenti koji lošije procjenjuju vlastitu komunikaciju s fizioterapeutom tijekom medicinske rehabilitacije iskazuju veći strah od fizioterapeuta, starije su dobi (iznad 58 godina starosti) i najniže su razine obrazovanja.

- ⇒ H5.1: Kod većine pacijenata u komunikaciji postoji strah od fizioterapeuta.
- ⇒ H5.2: Pacijentice ženskog roda iskazuju u komunikaciji s fizioterapeutom više straha nego pacijenti muškog roda.
- ⇒ H5.3: Najvišu razinu straha u komunikaciji s fizioterapeutom osjećaju pacijenti iz najstarije skupine ispitanika (58 i više godina starosti).
- ⇒ H5.4: Najvišu razinu straha u komunikaciji s fizioterapeutom osjećaju pacijenti s najnižom razinom obrazovanja (osnovna škola).
- ⇒ H5.5: Pacijenti koji se liječe u privatnoj ustanovi fizikalne terapije procjenjuju učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom značajno bolje u odnosu na druge skupine ispitanika.
- ⇒ H5.6: Pacijenti najmlađe dobi (18-37 godina starosti) procjenjuju interpersonalnu komunikaciju s fizioterapeutom bolje u odnosu na druge dobne skupine pacijenata.
- ⇒ H5.7: Žene procjenjuju interpersonalnu komunikaciju s fizioterapeutom bolje u odnosu na muške ispitanike.
- ⇒ H5.8: Pacijenti s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) procjenjuju komunikaciju s fizioterapeutom bolje u odnosu na druge skupine ispitanika.
- ⇒ H5.9: Pacijenti koji se liječe u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju procjenjuju komunikaciju s fizioterapeutom bolje u odnosu na druge skupine ispitanika.

⇒ H5.10: Pacijenti kojima je u cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem procjenjuju komunikaciju s fizioterapeutom bolje u odnosu na druge skupine ispitanika.

⇒ H5.11: Pacijenti najstarije skupine ispitanika (58 i više godina) bolje procjenjuju način govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije u odnosu na druge mlađe ispitanike.

⇒ H5.12: Pacijenti muškog i ženskog roda podjednako procjenjuju način govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije.

⇒ H5.13: Pacijenti s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) bolje procjenjuju način govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije u odnosu na druge skupine ispitanika.

⇒ H5.14: Pacijenti koji se liječe u privatnoj ustanovi fizikalne terapije bolje procjenjuju način govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije, u odnosu na druge skupine ispitanika.

⇒ H5.15: Pacijenti kojima je djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem bolje procjenjuju način govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava, u odnosu na druge skupine ispitanika.

Radi jasnoće prikazivanja rezultata istraživanja u doktorskom radu dodatno je definirana peta hipoteza H5**:** *Pacijenti koji lošije procjenjuju vlastitu komunikaciju s fizioterapeutom tijekom medicinske rehabilitacije iskazuju veći strah od fizioterapeuta, starije su dobi (iznad 58 godina starosti) i najniže su razine obrazovanja* – koja je usko povezana s četvrtom hipotezom H4 te jasnije prikazuje pojedine komunikacijske aspekte (način govora fizioterapeuta, međusobnu interakciju pacijent-fizioterapeut, te strah pacijenta u komunikaciji s fizioterapeutom).

4.1. METODE PRIKUPLJANJA PODATAKA

Predmet doktorskog istraživanja je snimanje stanja objektivnih pokazatelja komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta u sustavu hrvatskog zdravstva. U istraživanju korištene su četiri metode prikupljanja podataka:

- Analiza pravne dokumentacije o fizioterapeutskoj profesiji
- Anketno istraživanje o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta
- Anketno istraživanje o učinkovitosti komunikacije korisnika fizioterapije s fizioterapeutima
- Analiza kolegija u formalnom obrazovanju fizioterapeuta

Analiza pravne dokumentacije provedena je s ciljem da se istraži koliko javno dostupni i važeći pravni dokumenti kojima se regulira fizioterapeutska profesija u Hrvatskoj dolaze u doticaj s definiranjem profesionalnih komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta. Ovom analizom obuhvaćeni su *Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti*, *Standardi u fizioterapeutskoj praksi* te *Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije*.

Analiza komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta provedena je na temelju upitnika kojim su ispitani stavovi i znanja fizioterapeuta o komunikaciji s korisnicima fizioterapije, kao i u zdravstvenom timu. Cilj ovog anketnog istraživanja bio je utvrditi znanja i vještine koje su potrebne radi što učinkovitije komunikacije u kliničkom radu fizioterapeuta (empatičnost u komunikaciji, asertivnost i tolerantnost na neslaganje u komunikaciji na radnom mjestu).

Analiza učinkovitosti komunikacije pacijenata s fizioterapeutima temelji se na upitniku kojim su ispitani stavovi i zadovoljstvo pacijenata o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta. Cilj ovog anketnog istraživanja koji je proveden među korisnicima fizioterapije bio je ispitati učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom, mišljenje o ponašanju fizioterapeuta tijekom komunikacije, strah od komunikacije s fizioterapeutom te korelaciju ishoda rehabilitacije i zadovoljstva komunikacijom s fizioterapeutom.

Analizom kolegija u formalnom obrazovanju fizioterapeuta obuhvaćeni su nastavni planovi i programi preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog i stručnog studija fizioterapije

na visokim učilištima u Hrvatskoj, čime su istraženi nastavni sadržaji koji uključuju komunikacijske kompetencije fizioterapeuta.

4.1.1. Analiza pravne dokumentacije o fizioterapeutskoj profesiji

Fizioterapija je zdravstvena profesija koja je danas prepoznata i pravno regulirana u cijelom svijetu. Fizioterapeuti jednakopravno i otvoreno sudjeluju u interdisciplinarnom odnosu sa svim zdravstvenim profesionalcima – pružateljima zdravstvenih usluga, kako u javnom, tako i u privatnom sektoru, s ciljem bolje zdravstvene skrbi korisnika fizioterapeutskih usluga. Prema *Međunarodnom standardu klasifikacije zanimanja* ISCO – 2008. fizioterapeuti procjenjuju, planiraju i provode rehabilitacijske programe kojima se poboljšavaju ili oporavljaju ljudske motoričke funkcije, povećava sposobnost pokreta, ublažava bol te liječe ili sprječavaju tjelesne poteškoće povezane s ozljedama, bolestima i drugim oštećenjima.

U prvom dijelu istraživanja provedena je analiza dokumentacije u svrhu sistematizacije profesionalnih komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta kojom će se provjeriti prva hipoteza **H1**: **Profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta nisu definirane niti zastupljene u hrvatskoj pravnoj i obrazovnoj dokumentaciji**

Provedena je analiza javno dostupne pravne dokumentacije kojom se regulira fizioterapeutska profesija u Republici Hrvatskoj:

- *Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti* (Narodne novine, 120/2008),
- *Standarda u fizioterapeutskoj praksi* (Hrvatska komora fizioterapeuta, 2009),
- *Kodeksa fizioterapeutske etike i deontologije* (Hrvatska komora fizioterapeuta, 2018).

Hrvatski sabor donio je 2008. godine prvu inačicu *Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti* kojim se uređuje sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom fizioterapeuta u Republici Hrvatskoj. Odredbe ovoga Zakona koje se odnose na fizioterapeute na odgovarajući način se primjenjuju i na fizioterapeutske tehničare, radne terapeute, masere-kupeljare koji sudjeluju u procesu fizioterapeutske skrbi pacijenata, uzimajući u obzir njihov djelokrug rada.

Na temelju *Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti* Hrvatska komora fizioterapeuta 2018. godine objavila je *Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije*, kojim se utvrđuju načela i pravila ponašanja fizioterapeuta radi očuvanja dostojanstva i ugleda fizioterapeutskog poziva i djelatnosti. Načela i principi ovoga Kodeksa određuju značaj i ulogu fizioterapeuta u zdravstvu i društvu općenito te je namijenjen pravilnom usmjeravanju u pogledu odgovornog i profesionalnog bavljenja fizioterapeutskom djelatnošću.

Na temelju *Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti* Hrvatska komora fizioterapeuta 2009. godine objavila je dokument pod nazivom *Standardi u fizioterapijskoj praksi* koji su razvijeni na temelju preporuke *Svjetske organizacije za fizikalnu terapiju* (WCPT) i *Europske regije - Svjetske organizacije za fizikalnu terapiju* (ER-WCPT). *Standardi u praksi fizikalne terapije* predstavljaju načela za provođenje fizikalne terapije i zahtjeve koji se očekuju od fizioterapeuta kako bi pružili visoku kvalitetu fizikalne terapije u zajednici. Standardi predstavljaju profesionalnu obvezu fizioterapijske profesije u promociji zdravlja i funkciji pojedinaca i populacije kako bi fizioterapijske usluge bile što učinkovitije, a obuhvaćaju: administraciju i postavke u organizaciji fizioterapijske prakse, komunikaciju s pacijentima i u zdravstvenom timu, odgovornost prema zajednici, kulturološke kompetencije, dokumentiranje, edukaciju, etički kodeks, informirani pristanak, zakonitost, upravljanje u skrbi pacijenta, razvoj osobnog stručnog usavršavanja, osiguranje kvalitete, istraživanje i pomoćno osoblje u fizikalnoj terapiji.

4.1.2. Analiza komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta

Kako bi se utvrdile profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta te stil komunikacije, provedeno je anketno istraživanje **Upitnikom o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta**, kojim su ispitani stavovi i znanja fizioterapeuta o komunikaciji s korisnicima fizioterapije, kao i u zdravstvenom timu na radnom mjestu. Cilj anketnog istraživanja među fizioterapeutima o njihovim profesionalnim komunikacijskim kompetencijama je utvrditi komunikacijske kompetencije fizioterapeuta potrebne radi što uspješnije fizioterapeutske komunikacije (empatičnost u komunikaciji, asertivnost, tolerantnost na neslaganje u komunikaciji na radnom mjestu), a koje utječu na učinkovitost uspostavljene suradnje s korisnicima fizioterapije ili unutar zdravstvenog tima.

Anketnim upitnikom o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta provjerit će se hipoteze H2 i H3:

H2: Asertivni stil komuniciranja fizioterapeuta značajno povećava učinkovitost uspostavljene suradnje s pacijentima. Ova hipoteza provjerit će se analizom i usporedbom rezultata iz podupitnika 1 s podupitnicima 3 i 4.

H3: Fizioterapeuti koji su tolerantniji na neslaganje imaju učinkovitiju komunikaciju unutar zdravstvenog tima. Ova hipoteza provjeriti će se analizom i usporedbom rezultata iz podupitnika 1 i podupitnika 2 s podupitnikom 5.

Za provedbu istraživanja sastavljen je upitnik koji sadrži pet poglavlja (podupitnika):

1. Osnovni sociodemografski podatci ispitanika,
2. Procjena komunikacije fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu,
3. Procjena asertivnosti na radnom mjestu,
4. Procjena stavova o empatičnom komuniciranju na radnom mjestu,
5. Procjena stavova o neslaganju u komunikaciji na radnom mjestu.

1. Osnovni sociodemografski podatci ispitanika

Pod osnovne sociodemografske podatke ispitanika spadaju: dob, rod, duljina radnog staža, oblik fizioterapijske prakse. Traženi podatci o ispitanicima prikazani su u Tablici 4.

Tablica 4. Osnovni sociodemografski podatci ispitanika

Opći podatci o ispitaniku			
Rod	1. Muško	2. Žensko	
Dob	1. < 34 god.	2. 35-49 god.	3. > 50 god.
Radni staž	1. < 14 god.	2. 15-29 god.	3. > 30 god
Oblik fizioterapeutske prakse	1. Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama.		
	2. Bolnički stacionarni oblik fizioterapije u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju		
	3. Privatna fizioterapeutska praksa.		

2. Procjena komunikacije fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu

Podupitnik je sastavljen od 12 tvrdnji koje opisuju različite strategije komuniciranja s korisnicima fizioterapije te u zdravstvenom timu, a odgovori su u ponuđenoj skali procjene od 0 do 4, uz sljedeća značenja 0 = nikada, 1 = rijetko, 2 = ponekad, 3 = obično, 4 = uvijek. Podupitnik o procjeni komunikacije fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu s tvrdnjama i mogućim odgovorima prikazan je u Tablici 5.

Tablica 5. Podupitnik o procjeni komunikacije fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu

Procijenite komunikaciju s kolegama i pacijentima na radnom mjestu (0 = nikada, 1 = rijetko, 2 = ponekad, 3 = obično, 4 = uvijek)						
1.	U komunikaciji obraćam pažnju na neverbalne znakove sugovornika.	0	1	2	3	4
2.	Pokušavam razumjeti ideje pacijenata i kolega koje se razlikuju od mojih.	0	1	2	3	4
3.	Potičem i kolege na poslu i pacijente da razjasne svoje misli.	0	1	2	3	4
4.	Dajem povratnu informaciju u obliku kritike kada je to potrebno.	0	1	2	3	4
5.	Prihvaćam kritiku od strane kolega.	0	1	2	3	4
6.	Otvoreno priznajem svoje pogreške.	0	1	2	3	4
7.	Pitam kolege za kritičko mišljenje.	0	1	2	3	4
8.	Prilagođavam se osobama s kojima sam u komunikacijskoj interakciji.	0	1	2	3	4
9.	Poduzet ću inicijativu u rješavanju nesporazuma čim se pojave.	0	1	2	3	4
10.	Kada sam izazvan/a, o tome mogu mirno raspravljati.	0	1	2	3	4
11.	U razgovoru jasno izražavam neslaganje.	0	1	2	3	4
12.	Kada je to potrebno, ispričam se bez prekomjernog opravdavanja.	0	1	2	3	4

3. Procjena asertivnosti na radnom mjestu

Podupitnik se temelji na upitniku o asertivnosti koji je izradio Tagliente (2008), a preveden je s talijanskog jezika od strane autora ovog doktorskog rada. Podupitnik je sastavljen od 48 tvrdnji s mogućim odgovorima *točno* ili *netočno*. Prema uputama autora upitnika (Tagliente, 2008), tvrdnje su podijeljene u četiri različite kategorije s obzirom na stil komunikacije – asertivni, pasivni, agresivni i manipulirajući stil. Tvrdnje vezane za asertivni stil komunikacije su pod rednim brojevima: 2, 7, 9, 13, 18, 22, 25, 29, 35, 38, 45 i 48. Tvrdnje pasivnog stila

komunikacije nalaze se pod rednim brojevima: 1, 8, 14, 15, 19, 23, 28, 30, 36, 40, 41 i 43. Tvrdnje agresivnog stila komunikacije nalaze se pod rednim brojevima: 4, 5, 11, 16, 20, 24, 27, 32, 34, 37, 44 i 46. Tvrdnje manipulirajućeg stila komunikacije nalaze se pod rednim brojevima: 3, 6, 10, 12, 17, 21, 26, 31, 33, 39, 42 i 47. Na temelju zbroja ukupnog broja dobivenih točnih odgovora prema navedenim skupovima dobiva se rezultat ovog podupitnika. Podupitnik procjene asertivnosti na radnom mjestu s tvrdnjama i mogućim odgovorima prikazan je u Tablici 6.

Tablica 6. Podupitnik procjene asertivnosti na radnom mjestu

U razgovoru s pacijentima i kolegama ili na poslovnim sastancima na radnom mjestu Upišite desno uz tvrdnju (T) ako smatrate da je točna u Vašem slučaju, ili (N) ako ju smatrate netočnom		
1.	Često sam zamišljen/a.	
2.	Branim svoje ideje s uvjerenjem.	
3.	Izbjegavam sukobe jer ne vode ničemu.	
4.	Mogu impresionirati sugovornika.	
5.	Onaj tko najviše govori ima prednost u raspravi.	
6.	U komunikaciji rado koristim paradokse.	
7.	U komunikaciji se rijetko zbunim.	
8.	Često se ne usuđujem govoriti iako to želim.	
9.	U razgovoru mogu ponoviti ideju iza koje stojim.	
10.	U komunikaciji se znam pretvarati neinformirano da bih izbjegao/la posljedice.	
11.	Znam da ću u komunikaciji pobijediti ako moj sugovornik ostane začuđen.	
12.	Treba znati kako destabilizirati svoje sugovornike.	
13.	Nemam predrasuda prema mojim sugovornicima.	
14.	Preferiram prešutjeti svoje ideje pred nekim sugovornicima.	
15.	Događa mi se da se izgubim u raspravama.	
16.	Moji konačni argumenti ostavljaju druge bez riječi.	
17.	Znam druge navesti na razgovor kako bi izgradio/la osobnu mrežu informacija.	
18.	U komunikaciji sam oprezan/na u odnosu na namjere drugih.	
19.	Radije se suzdržavam nego da se sukobljavam s drugima.	
20.	Znam nametnuti svoje ideje.	
21.	Mogu braniti mišljenja koja ne odobravam.	
22.	U komunikaciji mogu mirno izraziti svoje potpuno neslaganje.	
23.	Često napuštam raspravu jer ne mogu braniti svoje ideje.	
24.	Osjećam se ugodno u raspravama.	
25.	Spremno mogu reći da mi sugovornikova ideja nije razumljiva.	
26.	Ponekad je u komunikaciji korisno potpuno ne vjerovati sugovorniku.	
27.	U dijalogu postoji i pobjednik i gubitnik.	
28.	Osjećam se bolje kada se ne uključujem u raspravu.	
29.	Znam privući pozornost i natjerati druge da me slušaju.	
30.	Bolje je šutjeti nego izreći neku glupost.	
31.	Nitko nije posve neosjetljiv kada mu se u komunikaciji laska.	

32.	Ne bojim se stvarati neugodnosti mojem sugovorniku.	
33.	Znam da je započeti razgovor beskoristan rizik.	
34.	Ne bojim se nikoga u komunikaciji.	
35.	Priznajem pravo na grešku u komunikaciji kako za sebe tako i za sugovornika.	
36.	Događa mi se da se ne usuđujem izraziti ideju koja mi se čini zanimljivom.	
37.	Kontradikcija me zabavlja.	
38.	U komunikaciji iskreno branim svoje ideje.	
39.	Nije uvijek prikladno reći sve što se misli.	
40.	Često žalim što se nisam usudio/la reći sve.	
41.	Čak i onda kad sam konzultiran/na, teško mi je jasno izraziti svoje mišljenje.	
42.	Dijeliti pa zapovijedati/upravljati uvijek je učinkovito načelo.	
43.	Rijetko spontano uzimam riječ u komunikaciji.	
44.	Treba znati kako se ljutiti.	
45.	Čak i ako ga ne tražim, ne bojim se sukoba u komunikaciji.	
46.	U raspravama želim izaći kao pobjednik.	
47.	Mogu sakriti svoje ideje kad mislim da ih drugi ne podržavaju.	
48.	Mogu promijeniti mišljenje bez osjećaja manipulacije.	

Izvor: Tagliente (2008).

4. Procjena stavova o empatičnom komuniciranju na radnom mjestu

Ovaj podupitnik temeljen je na upitniku *The Toronto Empathy Questionnaire* – (TEQ) (Spreng i sur. 2009), koji je preveden s engleskog jezika od strane autora ovog doktorskog rada. Sastavljen je od 16 tvrdnji, od kojih se svaka procjenjuje na ljestvici od 0 do 4 uz sljedeća značenja: 0 = nikad, 1 = rijetko, 2 = ponekad, 3 = često, 4 = stalno. Ovaj standardizirani upitnik razvijen je pregledom drugih dostupnih instrumenata za procjenu empatije, utvrđivanjem zajedničkog značenja tih instrumenata i dobivanjem jednog faktora koji je postao temelj Upitnika za procjenu empatije. TEQ upitnik shvaća empatiju kao primarni emocionalni proces. Spreng i sur. (2009) dokazali su da upitnik ima visoku unutarnju konzistenciju, konstruktivnu valjanost i pouzdanost testiranja. TEQ upitnik za procjenu empatične komunikacije na radnom mjestu s tvrdnjama i mogućim odgovorima prikazan je u Tablici 7.

Tablica 7. The Toronto Empathy Questionnaire – TEQ upitnik za procjenu empatične komunikacije

Procijenite empatičnost komunikacije na radnom mjestu (0 = nikad, 1 = rijetko, 2 = ponekad, 3 = često, 4 = stalno)						
1.	Kada se netko osjeća uzbuđeno, ja se također osjećam uzbuđeno.	0	1	2	3	4
2.	Tuđi problemi ne uznemiravanju me u većoj mjeri.	0	1	2	3	4
3.	Mene uznemirava kada vidim da se prema drugome pristupa neprimjereno.	0	1	2	3	4
4.	Moje se emocije ne mijenjaju iako je netko blizak meni sretan.	0	1	2	3	4
5.	Uživam u tome kada druge ljude činim sretnima.	0	1	2	3	4
6.	Suosjećajan/na sam prema ljudima koji su manje sretni od mene.	0	1	2	3	4
7.	Kada sugovornik počne govoriti o svojim problemima, usmjeravam razgovor prema nečemu drugomu.	0	1	2	3	4
8.	Mogu primijetiti kada su drugi ljudi tužni čak i kad ništa ne govore.	0	1	2	3	4
9.	Smatram da sam „usklađen/na“ s raspoloženjima drugih ljudi.	0	1	2	3	4
10.	Ne osjećam suosjećanje za ljude koji sami sebi uzrokuju ozbiljne bolesti.	0	1	2	3	4
11.	Postajem razdražljiv/a kada netko plače.	0	1	2	3	4
12.	Nisam zainteresiran/a za to kako se drugi ljudi osjećaju.	0	1	2	3	4
13.	Dobivam snažnu potrebu pomagati drugome ako je uznemiren.	0	1	2	3	4
14.	Ne suosjećam se s osobom prema kojoj se nepravedno postupa.	0	1	2	3	4
15.	Smatram smiješnim kada ljudi plaču od sreće.	0	1	2	3	4
16.	Kada vidim da se nekoga iskorištava, osjećam se zaštitnički prema njemu.	0	1	2	3	4

Izvor: Spreng i sur., (2009).

Rezultati TEQ upitnika kod svakog pojedinog ispitanika dobivaju se bodovanjem tako što se u obzir uzimaju pozitivno formulirani odgovori kod tvrdnji pod rednim brojem: 1, 3, 5, 6, 8, 9, 13, 16. Sljedeće tvrdnje s negativnim odgovorom se poništavaju: 2, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15. Bodovi se zbrajaju za svakog ispitanika kako bi se dobio ukupni rezultat upitnika za empatično komuniciranje.

5. Procjena stavova o neslaganju u komunikaciji na radnom mjestu

Ovaj podupitnik temelji se na upitniku *Tolerance for Disagreement Scale* – TFD (Teven, McCroskey i Richmond, 1998), a preveden je s engleskog jezika od strane autora ovog doktorskog rada. Upitnik tolerancije na neslaganje (TFD) namijenjen je mjerenju stupnja do

kojeg pojedinac može tolerirati druge ljude koji se ne slažu s onim u što on vjeruje i tvrdi da je istina. Ljudi s visokom argumentiranošću u komunikaciji vjerojatno će se moći nositi s više neslaganja od onih ljudi koji slabije koriste *argumentirana* mišljenja. Vjeruje se da je sukob u međuljudskom odnosu i komunikaciji u velikoj mjeri (zajedno s razinom naklonosti među ljudima) povezan s tolerancijom na neslaganje. Ovaj upitnik sastavljen je od 15 tvrdnji, od kojih se svaka procjenjuje prema Likertovoj ljestvici od 5 stupnjeva (bodova) s mogućim odgovorima od 1 do 5 uz sljedeća značenja: 1 = uopće se ne slažem, 2 = ne slažem se, 3 = nemam mišljenje, 4 = slažem se, 5 = u potpunosti se slažem. TFD upitnik za procjenu neslaganja u komunikaciji na radnom mjestu s tvrdnjama i mogućim odgovorima prikazan je u Tablici 8.

Tablica 8. Tolerance for Disagreement Scale – TFD upitnik za procjenu neslaganja u komunikaciji na radnom mjestu

Navedite Vaš stav o neslaganju u komunikaciji na radnom mjestu (1= uopće se e slažem, 2 = ne slažem se, 3 = nemam mišljenje, 4 = slažem se, 5 = u potpunosti se slažem)						
1.	Zabavnije je sudjelovati u raspravi gdje ima puno neslaganja.	1	2	3	4	5
2.	Uživam u razgovoru s ljudima koji imaju gledišta različita od mojih.	1	2	3	4	5
3.	Ne volim biti sudionik komunikacije u kojoj ljudi imaju različita mišljenja.	1	2	3	4	5
4.	Preferiram biti sa sugovornicima koji imaju uvjerenja ista kao i moja.	1	2	3	4	5
5.	Razmimoilaženja u mišljenjima su općenito korisna.	1	2	3	4	5
6.	Preferiram promijeniti temu razgovora kada dođe do neslaganja.	1	2	3	4	5
7.	Nastojim stvoriti neslaganja u razgovorima jer služe korisnoj svrsi.	1	2	3	4	5
8.	Uživam u raspravama sa sugovornicima o temama u kojima se ne slažemo.	1	2	3	4	5
9.	Više volim raditi sam/a nego u nesložnom timu.	1	2	3	4	5
10.	Volio/la bih raditi s kolegama u skladnom timu.	1	2	3	4	5
11.	Ne volim neslaganje s drugim ljudima.	1	2	3	4	5
12.	Kad bi mogao/la odabrati, radije bih napustio/la razgovor nego nastavio/la neslaganje.	1	2	3	4	5
13.	Izbjegavam razgovarati s ljudima za koje mislim da se neće slagati sa mnom.	1	2	3	4	5
14.	Uživam u neslaganju s drugima.	1	2	3	4	5
15.	Razmimoilaženja u mišljenjima s kolegama potiču me na komunikaciju.	1	2	3	4	5

Izvor: Teven, McCroskey i Richmond (1998).

Rezultati TFD upitnika za svakog pojedinog ispitanika dobivaju se bodovanjem na sljedeći način:

Korak 1. Potrebno je dodati bodove za sljedeće stavke: 1, 2, 5, 7, 8, 14, 15.
Korak 2. Potrebno je dodati bodove za sljedeće stavke: 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13.
Korak 3. Ispuniti sljedeću formulu:

Tolerancija na neslaganje (TFD) =
48 + ukupan broj bodova koraka 1. – ukupan broj bodova koraka 2.

- Rezultati iznad 46 bodova ukazuju na visoki stupanj tolerancije na neslaganje.
- Rezultati ispod 32 boda označavaju niski stupanj tolerancije na neslaganje.
- Rezultati između 32 i 46 bodova ukazuju na umjereni stupanj tolerancije na neslaganje.

4.1.3. Analiza učinkovitosti komunikacije korisnika fizioterapije s fizioterapeutima

Upitnikom o učinkovitosti komunikacije korisnika fizioterapije s fizioterapeutima ispitani su zadovoljstvo i stavovi korisnika fizioterapije o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta.

Cilj upitnika i istraživanja koje je provedeno među korisnicima fizioterapije je ispitati učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom, mišljenje o ponašanju fizioterapeuta tijekom komunikacije, strah od komunikacije s fizioterapeutom te korelaciju ishoda rehabilitacije i zadovoljstva komunikacijom s fizioterapeutom. Ovim upitnikom provjerit će se hipoteze H4 i H5:

H4: Razvijene komunikacijske vještine fizioterapeuta utječu na pozitivni ishod medicinske rehabilitacije. Ova hipoteza provjeriti će se analizom odnosa između rezultata u procjeni zdravstvenog stanja korisnika fizikalne terapije na početku te na kraju fizikalne terapije i rezultata podupitnika koji se odnose na komunikaciju fizioterapeuta.

H5: Pacijenti koji lošije procjenjuju vlastitu komunikaciju s fizioterapeutom tijekom medicinske rehabilitacije iskazuju veći strah od fizioterapeuta, starije su dobi (iznad 58 godina starosti) i najniže su razine obrazovanja. Ova hipoteza provjeriti će se analizom rezultata podupitnika 1. s podupitnicima 3, 4, 5, 6 i 7.

Upitnik sadrži sedam poglavlja (podupitnika):

1. Osnovni sociodemografski podatci ispitanika,
2. Vlastita procjena zdravstvenog stanja,
3. Procjena komunikacijskog straha od fizioterapeuta,
4. Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom,
5. Procjena stavova korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom,
6. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji,
7. Procjena načina govora fizioterapeuta u komunikaciji.

1. Osnovni sociodemografski podatci ispitanika: (rod, dob, razina obrazovanja, mjesto provođenja rehabilitacije, razina potpore zdravstvenog sustava, medicinski problem, funkcionalno oštećena tjelesna struktura i vrijeme provedeno na fizioterapiji). Medicinski problem prema uputnoj dijagnozi za fizikalnu terapiju i navodu od strane korisnika fizikalne terapije klasificiran je na temelju 10. revizije *Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema* (kratica: MKB-10) objavljene od strane Svjetske zdravstvene organizacije. Ovakva klasifikacija medicinskog problema u istraživanju prema MKB-10 sadrži alfanumeričku šifru sa slovom na prvom i brojem na drugom i trećem mjestu (primjerice medicinski problem boli u leđima označen je šifrom M54). Traženi podatci o ispitanicima prikazani su u Tablici 9.

Tablica 9. Osnovni sociodemografski podatci ispitanika

Opći podatci o ispitaniku				
Rod	1. Muško		2. Žensko	
Dob	a) 18-27	b) 28-37	c) 38-47	d) 48-57
	e) 58-67	f) 68-77	g) 78-87	h) 88 i više
Razina obrazovanja	a) Osnovna škola		b) Srednja škola	
	c) Viša i visoka naobrazba		d) Magisterij ili doktorat znanosti	
Mjesto provođenja rehabilitacije	1. Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama			
	2. Liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju			
	3. Liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije			
Razina potpore zdravstvenog sustava	1. U cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem			
	2. Djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem			
	3. Terapija na vlastiti trošak			
Navedite medicinski problem zbog kojeg ste došli na fizikalnu terapiju:				
Označite funkcionalno oštećenu tjelesnu strukturu:	1. Glava i vrat			
	2. Ramena			
	3. Ruka – nadlaktica			
	4. Ruka – podlaktica			
	5. Ruka – šaka			
	6. Zdjelica			
	7. Noga – bedro			
	8. Noga – potkoljenica			
	9. Nožni zglob i stopalo			
	10. Kralješnica			
Vrijeme provedeno na fizioterapiji	1. Tjedan dana		2. Dva tjedna	
	3. Tri tjedna		4. Više od tri tjedna	

2. Vlastita procjena zdravstvenog stanja na temelju *Međunarodne klasifikacije funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja* (Svjetska zdravstvena organizacija, 2010). Kroz ovaj podupitnik korisnici fizioterapije mogu na početku te po završetku fizioterapije samostalno procijeniti ozlijeđene tjelesne strukture kroz: jačinu bolnog sindroma, opseg pokreta i stabilnost zglobova, mišićnu snagu i izdržljivost, jednostavne i složene voljne pokrete, koordinaciju voljnih pokreta te pojavu nevoljnih pokreta kao što su nevoljne mišićne kontrakcije, tremor, tikovi. Ova klasifikacija omogućava primjenu jedinstvenih kriterija u procjeni oštećenja zdravlja, onesposobljenosti i funkcioniranja u svakodnevnom životu korisnika zdravstvene zaštite. Za potrebe izrade ovog podupitnika iz klasifikacije su uzete metode procjene tjelesnih funkcija vezano za koštano-mišićne bolesti i ozljede. Ovaj upitnik sastavljen je od 18 tvrdnji, od kojih se svaka procjenjuje na *ljestvici od 5 stupnjeva s mogućim odgovorima* od 0 do 4 uz sljedeća značenja: 0 = nema poteškoća, 1 = blage poteškoće, 2 = umjerene poteškoće, 3 = veće poteškoće, 4 = velike poteškoće. Postojanje medicinskog problema može značiti oštećenje, ograničenje ili barijeru. Kroz ovu klasifikaciju dan je širok raspon postotaka u procjeni funkcionalnog oštećenja koji se treba koristiti na univerzalan način. Kada se navede „bez problema“ ili „kompletan problem“, kodiranje ima granicu pogreške do 5%; dok je „umjereni problem“ definiran kao pola ljestvice ukupne težine problema. Postoci procjene u ovom upitniku stupnjevani su prema klasifikaciji na sljedeći način: 0 = bez problema (nikakav, odsutan, zanemariv problem) 0-4%; 1 = blagi problem (blag, slab problem) 5-24%; 2 = umjeren problem (srednji, popriličan problem) 25-49%; 3 = teški problem (veliki, ekstreman problem) 50-95%; 4 = kompletan problem (totalni problem) 96-100%. Upitnik za samoprocjenu zdravstvenog stanja na temelju *Međunarodne klasifikacije funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja* prikazan je u Tablici 10.

Tablica 10. Upitnik za samoprocjenu zdravstvenog stanja na temelju Međunarodne klasifikacije funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja

Usporedite zdravstveno stanje na početku i na kraju fizikalne terapije te procijenite uspješnost fizikalne terapije na skali 0-4 (0 = nema poteškoća, 1 = blage poteškoće, 2 = umjerene poteškoće, 3 = veće poteškoće, 4 = velike poteškoće)						
1.	Procjena jačine boli na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
2.	Procjena jačine boli po završetku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
3.	Procjena pokretljivosti zglobova na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
4.	Procjena pokretljivosti zglobova na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
5.	Procjena stabilnosti zglobova na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
6.	Procjena stabilnosti zglobova na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
7.	Procjena mišićne snage na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
8.	Procjena mišićne snage na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
9.	Procjena mišićne izdržljivosti na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
10.	Procjena mišićne izdržljivosti na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
11.	Procjena jednostavnih voljnih pokreta na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
12.	Procjena jednostavnih voljnih pokreta na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
13.	Procjena izvođenja složenih voljnih pokreta na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
14.	Procjena izvođenja složenih voljnih pokreta na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
15.	Koordinacija voljnih pokreta na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
16.	Koordinacija voljnih pokreta na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
17.	Pojava nevoljnih pokreta (nevoljne mišićne kontrakcije, tremor, tikovi) na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
18.	Pojava nevoljnih pokreta (nevoljne mišićne kontrakcije, tremor, tikovi) na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4

Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija (2010).

3. Procjena komunikacijskog straha od fizioterapeuta – podupitnik je temeljen na standardiziranom upitniku *Fear of Physician* – FOP (Richmond i sur. 1998), koji je preveden s engleskog jezika od strane autora ovog doktorskog rada. Mnogi su ljudi uplašeni ili zabrinuti kada komuniciraju sa svojim liječnikom ili drugim zdravstvenim djelatnicima. Ovaj upitnik vezan za strah od liječnika (FOP) razvijen je kako bi izmjerio taj osjećaj. Upitnik je sastavljen od 5 tvrdnji, od kojih se svaka procjenjuje na ljestvici od 1 do 4 uz sljedeća značenja: 1 = nikada, 2 = rijetko, 3 = ponekad, 4 = uvijek. FOP upitnik za procjenu komunikacijskog straha od liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika s tvrdnjama i mogućim odgovorima prikazan je u Tablici 11.

Tablica 11. Upitnik za procjenu komunikacijskog straha od liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika

Procijenite kako se osjećate u razgovoru s fizioterapeutom tijekom rehabilitacije (1 = nikada, 2 = rijetko, 3 = ponekad, 4 = uvijek)					
1.	Osjećam se napeto.	1	2	3	4
2.	Osjećam se smireno.	1	2	3	4
3.	Osjećam se mučno.	1	2	3	4
4.	Osjećam se nervozno.	1	2	3	4
5.	Osjećam se opušteno.	1	2	3	4

Izvor: Richmond i sur., (1998)

Rezultati FOP upitnika dobivaju se bodovanjem na sljedeći način:

Korak 1. Potrebno je dodati bodove za sljedeće stavke (bod = dodijeljena ocjena određenoj stavci): 1, 3 i 4.

Korak 2. Potrebno je dodati bodove za sljedeće stavke (bod = dodijeljena ocjena određenoj stavci): 2 i 5.

Korak 3. Za procjenu komunikacijskog straha potrebno je ispuniti sljedeću formulu:

Procjena komunikacijskog straha od fizioterapeuta (FOP) =
15 + ukupan broj bodova koraka 1. – ukupan broj bodova koraka 2.

Rezultati iznad 13 bodova ukazuju na visoki strah od zdravstvenih djelatnika.

Rezultati ispod 7 bodova ukazuju na slabi strah od zdravstvenih djelatnika.

Rezultati između 7 i 13 bodova ukazuju na umjereni strah od zdravstvenih djelatnika.

4. Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom – ovaj podupitnik temelji se na poglavlju upitnika o *Procjeni učinkovitosti komunikacije s liječnikom* autora Beaulieu i sur. (2011) iz istraživanja o komunikaciji između zdravstvenih djelatnika i pacijenata na razini primarne zdravstvene zaštite, koje je provedeno u Kliničkom centru Sveučilišta u Montrealu. Podupitnik je od strane autora ovog doktorskog rada preveden s engleskog jezika te je prilagođen ovom istraživanju na način da je pojam *liječnik* zamijenjen pojmom *fizioterapeut*. Za korištenje i prilagodbu navedenog upitnika za ovaj doktorski rad zatražena je i dobivena

suglasnost od samih autora istraživanja sa Sveučilišta u Montrealu. Prilagođeni upitnik sadrži 7 tvrdnji, od kojih se svaka procjenjuje na ljestvici od 1 do 5 uz sljedeća značenja: 1 = nezainteresirano, 2 = površno, 3 = zadovoljavajuće, 4 = dobro, 5 = izvrsno. Podupitnik o procjeni učinkovitosti komunikacije korisnika fizikalne terapije s fizioterapeutom s tvrdnjama i mogućim odgovorima prikazan je u Tablici 12.

Tablica 12. Upitnik za procjenu komunikacije korisnika fizikalne terapije s fizioterapeutom

Ocijenite učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom (1 = nezainteresirano, 2 = površno, 3 = zadovoljavajuće, 4 = dobro, 5 = izvrsno)						
1.	Kako biste ocijenili **temeljitost pitanja** kojima Vas je fizioterapeut ispitao o Vašem zdravstvenom stanju i simptomima bolesti?	1	2	3	4	5
2.	Kako biste ocijenili **pozornost** koju Vam fizioterapeut poklanja kada mu se obraćate?	1	2	3	4	5
3.	Kako ocjenjujete **objašnjenja** kojima Vam fizioterapeut objašnjava Vaše zdravstvene probleme ili postupke koje namjerava provoditi?	1	2	3	4	5
4.	Kako ocjenjujete **odgovore** fizioterapeuta na Vaša pitanja?	1	2	3	4	5
5.	Kako biste ocijenili **duljinu razgovora i vrijeme** koje je fizioterapeut posvetio u razgovoru s Vama?	1	2	3	4	5
6.	Kako biste ocijenili **strpljivost** fizioterapeuta u razgovoru s Vama?	1	2	3	4	5
7.	Kako biste ocijenili **razinu bliskosti** fizioterapeuta prema Vama?	1	2	3	4	5

Izvor: Beaulieu i sur., (2011).

5. Procjena stavova korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom – ovaj podupitnik temelji se na upitniku autora Amoudi i sur. (2017) iz istraživanja o komunikaciji u fizioterapiji, koje je provedeno među ortopedskim pacijentima u 20 kliničkih centara na području Palestine, a preveden je s engleskog jezika od strane autora ovog doktorskog rada. Za korištenje navedenog upitnika za ovaj doktorski rad zatražena je i dobivena suglasnost od samih autora istraživanja s palestinskog Arab-American Sveučilišta u Jeninu. Upitnik sadrži 17 tvrdnji, od kojih se svaka procjenjuje prema Likertovoj ljestvici od 1 do 5 uz sljedeća značenja: 1 = uopće se ne slažem, 2 = ne slažem se, 3 = nemam mišljenje, 4 = slažem se, 5 = u potpunosti se slažem. Upitnik o procjeni stavova korisnika fizikalne terapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s tvrdnjama i mogućim odgovorima prikazan je u Tablici 13.

Tablica 13. Upitnik o procjeni stavova korisnika fizikalne terapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom

Kako na Vas utječe komunikacija tijekom fizioterapije (1= uopće se ne slažem, 2 = ne slažem se, 3 = nemam mišljenje, 4 = slažem se, 5 = u potpunosti se slažem)						
1.	Ako fizioterapeuta zanimaju pojedinosti o mom zdravstvenom stanju, znači da brine o meni.	1	2	3	4	5
2.	Dobro se osjećam kada mi fizioterapeut kaže: „Razumijem Vas“ ili „Suosjećam s Vama“.	1	2	3	4	5
3.	Mislim da moje psihološko stanje utječe na moju zdravstvenu situaciju.	1	2	3	4	5
4.	Osjećam se bolje i motiviranije kada me fizioterapeut potiče tijekom vježbanja: „Vi to možete učiniti“.	1	2	3	4	5
5.	Osjećam se hrabrije zbog potpore obitelji i/ili prijatelja tijekom fizioterapije.	1	2	3	4	5
6.	Osjećam veće samopouzdanje ako mi fizioterapeut objasni ciljeve i plan daljnjeg liječenja.	1	2	3	4	5
7.	Zadovoljan/na sam kada fizioterapeut iskazuje poštovanje prema meni i sebi održavajući terapiju u točno zakazano vrijeme.	1	2	3	4	5
8.	Zadovoljan/na sam kada mogu o svom zdravstvenom problemu razgovarati s fizioterapeutom.	1	2	3	4	5
9.	Ne želim razgovarati s fizioterapeutom samo kada sam loše volje.	1	2	3	4	5
10.	Duhovitost i humor fizioterapeuta tijekom terapije poboljšava moje psihološko stanje.	1	2	3	4	5
11	Ako me fizioterapeut pažljivo sluša, ublažava moju napetost i pritisak.	1	2	3	4	5
12	Vjerujem u moje molitve i duhovnost, koje mi olakšavaju osjećaj boli.	1	2	3	4	5
13.	Prvi dojam o fizioterapeutu za mene je vrlo važan.	1	2	3	4	5
14.	Živost govora fizioterapeuta (ton glasa, brzina i ritam govora) pozitivno utječu na mene tijekom terapije.	1	2	3	4	5
15.	Osjećam da je razgovor s fizioterapeutom gubitak vremena.	1	2	3	4	5
16.	Zadovoljniji/ja sam ako se tijekom terapije izmjenjuju različiti fizioterapeuti, a ne da uvijek bude jedan te isti.	1	2	3	4	5
17.	Moj prvi dojam o fizioterapeutu je nepromjenljiv, čak i ako on poboljša svoj odnos prema meni tijekom terapije.	1	2	3	4	5

Izvor: Amoudi i sur., (2017).

6. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji – ovaj podupitnik temelji se na poglavlju upitnika o *Ponašanju liječnika u komunikaciji* autora Beaulieu i sur. (2011) iz istraživanja o komunikaciji između zdravstvenih djelatnika i pacijenata na razini primarne zdravstvene zaštite, koje je provedeno u Kliničkom centru Sveučilišta u Montrealu. Podupitnik je od strane autora ovog doktorskog rada preveden s engleskog jezika te je prilagođen ovom istraživanju na način da je pojam *liječnik* zamijenjen pojmom *fizioterapeut*.

Prilagođeni upitnik sadrži 10 tvrdnji, od kojih se svaka procjenjuje na ljestvici od 1 do 5 uz sljedeća značenja: 1 = nezainteresirano, 2 = površno, 3 = zadovoljavajuće, 4 = dobro, 5 = izvrsno. Podupitnik o procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s tvrdnjama i mogućim odgovorima prikazan je u Tablici 14.

Tablica 14. Upitnik o procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji

Procijenite ponašanje fizioterapeuta tijekom fizikalne terapije (1 = nezainteresirano, 2 = površno, 3 = zadovoljavajuće, 4 = dobro, 5 = izvrsno)						
1.	Tijekom fizikalne terapije imali ste dovoljno vremena za konzultacije s fizioterapeutom.	1	2	3	4	5
2.	Fizioterapeut Vas je sa zanimanjem slušao dok ste govorili o zdravstvenim problemima.	1	2	3	4	5
3.	Fizioterapeut Vam pomaže da se dobro osjećate kako biste mogli obavljati svoje normalne dnevne aktivnosti.	1	2	3	4	5
4.	Na početku fizikalne terapije fizioterapeut Vam je objasnio svrhu terapijskih testova i postupaka koje će provoditi.	1	2	3	4	5
5.	Fizioterapeut Vam je rekao sve što ste željeli znati o svojim simptomima i/ili bolesti.	1	2	3	4	5
6.	Fizioterapeut Vam je pružio pomoć pri rješavanju emocionalnih problema vezanih uz Vaše zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
7.	Fizioterapeut Vam je pomagao da bolje razumijete savjete koje je dao tijekom terapije.	1	2	3	4	5
8.	Fizioterapeut Vas je upozorio na posljedice ako ne provodite terapijske vježbe koje je zadao i savjetovao.	1	2	3	4	5
9.	Fizioterapeut Vam je objasnio rezultate i pojedinosti u specifičnim terapijskim testovima.	1	2	3	4	5
10.	Fizioterapeut Vas je upozorio na nuspojave koje se mogu dogoditi tijekom fizioterapije.	1	2	3	4	5

Izvor: Beaulieu i sur., (2011).

7. Procjena načina govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije. Podupitnik je sastavljen od 6 tvrdnji koje opisuju način govora fizioterapeuta, a odgovori su u ponuđenoj ljestvici procjene od 1 do 5 uz sljedeća značenja: 1 = nikada, 2 = rijetko, 3 = ponekad, 4 = obično, 5 = uvijek. Podupitnik o procjeni načina govora fizioterapeuta tijekom komunikacije s korisnicima fizikalne terapije s tvrdnjama i mogućim odgovorima prikazan je u Tablici 15.

Tablica 15. Upitnik o procjeni načina govora fizioterapeuta tijekom komunikacije s korisnicima fizikalne terapije

Procijenite fizioterapeuta u komunikaciji (1 = nikada, 2 = rijetko, 3 = ponekad, 4 = obično, 5 = uvijek)						
1.	Govorio je prebrzo.	1	2	3	4	5
2.	Koristio je riječi koje su bile nerazumljive.	1	2	3	4	5
3.	Zanemarivao je sve što ste mu rekli.	1	2	3	4	5
4.	U razgovoru je koristio razumljive riječi.	1	2	3	4	5
5.	Na kraju razgovora provjeravao je jeste li razumjeli što Vam je rekao.	1	2	3	4	5
6.	Bio je zbunjen dok je razgovarao s Vama.	1	2	3	4	5

4.1.4. Analiza kolegija u formalnom obrazovanju fizioterapeuta

U istraživanju, uz analizu javno dostupnih pravnih dokumenata kojima je regulirana fizioterapeutska djelatnost u Hrvatskoj, analizom su obuhvaćeni i nastavni planovi i programi preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog i stručnog studija fizioterapije na visokim učilištima u Hrvatskoj. Na području Hrvatske formalno obrazovanje fizioterapeuta odvija se u sedam različitih učilišta:

- Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku – Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek (sveučilišni preddiplomski studij fizioterapija; sveučilišni diplomski studij fizioterapija),
- Sveučilište Libertas u Zagrebu (sveučilišni preddiplomski studij fizioterapije),
- Sveučilište Sjever (preddiplomski stručni studij fizioterapije),
- Sveučilište u Rijeci – Fakultet zdravstvenih studija (preddiplomski stručni studij fizioterapije, sveučilišni diplomski studij fizioterapije),
- Sveučilište u Splitu – Sveučilišni odjel zdravstvenih studija (preddiplomski sveučilišni studij fizioterapije; diplomski sveučilišni studij fizioterapije),
- Sveučilište u Zagrebu – Zdravstveno veleučilište (preddiplomski stručni studij fizioterapije; stručni specijalistički diplomski studij fizioterapije),
- Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru (preddiplomski stručni studij fizioterapije; specijalistički diplomski stručni studij fizioterapije *Preventivna fizioterapija*).

Analizom su izdvojeni kolegiji po godinama studija na preddiplomskoj i diplomskoj razini studiranja koji će studentima, budućim fizioterapeutima, omogućiti adekvatne komunikacijske kompetencije u svom kliničkom radu. Cilj analize studijskih nastavnih planova i programa je utvrditi koji su obvezni i izborni kolegiji ponuđeni studentima fizioterapije u Hrvatskoj, koji izravno ili neizravno kroz sadržaje u svom programu osnažuju i osposobljavaju buduće fizioterapeute za klinički rad i koji utječu na poboljšanje komunikacijskih kompetencija, a koje su prema dosadašnjim istraživanjima u svijetu prepoznate kao jedan od najvažnijih čimbenika u provedbi medicinske skrbi korisnika zdravstvene zaštite.

4.2. TESTNI SKUP U ANKETNOM ISTRAŽIVANJU

Anketno istraživanje provedeno je na dva testna skupa u 74 zdravstvene ustanove, u gradu Zagrebu te u svih 20 hrvatskih županija, a u istraživanju je sudjelovalo:

- 502 fizioterapeuta zaposlena u 74 zdravstvene ustanove u javnom ili privatnom vlasništvu,

- 2902 pacijenta ispitana u istim zdravstvenim ustanovama gdje je provedeno istraživanje među fizioterapeutima. Na svakog fizioterapeuta koji je sudjelovao u istraživanju ispitano je minimalno 5 pacijenata.

4.2.1. Fizioterapeuti

Prvi dio anketnog istraživanja obuhvaća fizioterapeute zaposlene u hrvatskim zdravstvenim ustanovama na uzorku od 502 ispitanika. Prema objavljenim podatcima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2018), u trenutku provedbe ovog istraživanja u Hrvatskoj je bilo zaposleno 2508 fizioterapeuta, što znači da testni skup fizioterapeuta u istraživanju pokriva 20% od ukupne populacije ispitanika. Istraživanjem su obuhvaćeni fizioterapeuti koji su zaposleni u zdravstvenim ustanovama u državnom i županijskom vlasništvu, kao i u privatnim ustanovama, gdje se obavlja privatna praksa fizikalne terapije, a bez obzira imaju li ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje ili drugom osiguravajućom kućom. Istraživanjem nisu obuhvaćeni fizioterapeuti koji rade u turističkoj ili trgovačkoj djelatnosti.

Testni skup formiran je tako što je iz svake zdravstvene ustanove koja provodi fizikalnu terapiju obuhvaćeno minimalno 50% zaposlenih fizioterapeuta. Zdravstvena ustanova u kojoj se nije odazvao navedeni minimum zaposlenih fizioterapeuta bila je isključena iz istraživanja. Testni skup činilo je 120 ili 23,9% muškaraca te 382 ili 76,1% žena. Prema obliku fizioterapeutske prakse, ambulantni oblik fizioterapije na temelju zdravstvenog osiguranja u domovima zdravlja, općim bolnicama, zavodima za fizikalnu medicinu kliničkog bolničkog centra i kliničke bolnice, poliklinikama i specijalističkim ordinacijama fizikalne medicine i rehabilitacije koje imaju ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, provodi 339 ispitanika ili 67.5%; bolnički stacionarni oblik fizioterapije na temelju zdravstvenog osiguranja u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju provodi 130 ispitanika ili 25.9%; te privatnu fizioterapeutsku praksu provodi 33 ispitanika ili 6.6%.

4.2.2. Korisnici fizioterapeutskih usluga

Drugi dio anketnog istraživanja obuhvaća korisnike fizioterapije kao testni skup od 2902 ispitanika i to one kliničke slučajeve kod kojih se najčešće provodi fizioterapija – a to su osobe s koštano-mišićnim bolestima ili ozljedama. Tako su istraživanjem obuhvaćeni pacijenti s medicinskim problemima i dijagnozama koje se prema MKB-10 klasificiraju u dvije skupine: bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (gdje spadaju artropatije, sistemske bolesti vezivnog tkiva, dorzopatije, poremećaji mekih tkiva, osteopatije i hondropatije) te ozljede i druge posljedice vanjskih uzroka (gdje su obuhvaćeni pacijenti s ozljedama kao što su prijelomi kostiju, dislokacije i uganuće ili nategnuće zglobova, ozljede živaca i krvnih žila, ozljede mišića i tetiva, zgnječenje te traumatske amputacije). Testni skup pacijenata formiran je tako što se u svakoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj se provodilo istraživanje na jednog ispitanog fizioterapeuta obuhvatilo minimum pet korisnika fizioterapije (generalni omjer 1:5).

Prema osnovnim sociodemografskim podatcima u istraživanju je sudjelovalo 1034 muškaraca ili 35.6% te 1868 žena ili 64.4%. S obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije kod 1987 ispitanika ili 68.6% proveden je ambulantni oblik fizioterapije preko uputnice Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) u domovima zdravlja, općim bolnicama, zavodima za fizikalnu medicinu kliničkog bolničkog centra i kliničke bolnice, specijalističkim ordinacijama fizikalne medicine i rehabilitacije te poliklinikama. Na stacionarnom liječenju

preko uputnice Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju bilo je 718 ispitanika ili 24.8%; te na liječenju u privatnoj ustanovi fizikalne terapije na vlastiti trošak bilo je 192 ispitanika ili 6.6%.

4.3. PROVEDBA ANKETNOG ISTRAŽIVANJA

Anketno istraživanje provedeno je tijekom 8 mjeseci u razdoblju od 1. svibnja do 31. prosinca 2018. godine na području cijele Republike Hrvatske, u zdravstvenim ustanovama gdje se obavlja djelatnost fizikalne terapije, a koje su u državnom, županijskom ili gradskom vlasništvu, kao i u privatnim ustanovama koje obavljaju privatnu praksu fizikalne terapije.

Istraživanje je provedeno u 74 zdravstvene ustanove u kojima se provodi djelatnost fizikalne terapije. Na razini zdravstvenih ustanova u vlasništvu države te lokalne županijske i gradske samouprave obuhvaćeno je 30 domova zdravlja, 16 općih bolnica, 8 specijalnih bolnica za medicinsku rehabilitaciju, 1 klinički bolnički centar, 1 klinička bolnica, 1 gradska poliklinika za reumatske bolesti, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju. Na razini privatnih zdravstvenih ustanova istraživanjem su obuhvaćene 4 specijalističke ordinacije fizikalne medicine i rehabilitacije, 3 privatne poliklinike fizikalne medicine i rehabilitacije, te 10 privatnih praksi fizikalne terapije.

Nakon što je Etičko povjerenstvo svake zdravstvene ustanove dalo pismenu suglasnost za provođenje istraživanja, a ravnateljstvo odobrilo provedbu istoga, pristupalo se istraživanju u pojedinoj ustanovi. Prigodom ispunjavanja upitnika svaki ispitanik bio je upoznat s protokolom i ciljevima istraživanja, kao i sa svojim pravima u istraživanju – da mogu uskratiti ili naknadno povući svoj pristanak u bilo kojem trenutku istraživanja bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica po zdravstvenom ili pravnom pitanju, da mogu dobiti uvid u sve informacije prikupljene u svrhu istraživanja, da mogu biti izvješteni o samom tijeku istraživanja. Svoju privolu da sudjeluje u istraživanju svaki je ispitanik dobrovoljno potvrdio vlastoručnim potpisom.

Nakon prikupljanja podataka, isti su upisivani u istraživačku bazu podataka te je provedena statistička obrada podataka. Popis zdravstvenih ustanova koje su obuhvaćene istraživanjem te broj fizioterapeuta i korisnika fizikalne terapije prikazani su u Tablici 16. i u Prilogu 1.

Tablica 16. Zdravstvene ustanove koje su obuhvaćene u istraživanju te broj fizioterapeuta i korisnika fizikalne terapije

Redni broj	Zdravstvene ustanove	Broj ustanova	Broj ispitanih fizioterapeuta	Ukupan broj zaposlenih fizioterapeuta	Postotak od ukupnog broja zaposlenih fizioterapeuta	Broj ispitanih pacijenata
1.	Domovi zdravlja	30	91	127	71.65	545
2.	Opće bolnice	16	140	225	62.22	818
3.	Poliklinike fizikalne medicine i rehabilitacije	1	21	33	63.64	112
4.	Klinički bolnički centri	1	26	50	52.00	187
5.	Kliničke bolnice	1	35	52	67.31	179
6.	Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju	8	130	222	58.56	710
7.	Specijalističke ordinacije fizikalne medicine i rehabilitacije	4	10	11	90.91	57
8.	Privatne prakse fizikalne terapije	10	27	34	79.41	153
9.	Privatne poliklinike fizikalne medicine i rehabilitacije	3	22	31	70.97	141
UKUPNO		74	502	785	63.95	2902

5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Predmet doktorskog istraživanja je snimanje stanja objektivnih pokazatelja komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta u sustavu hrvatskog zdravstva. U istraživanju su korištene četiri metode prikupljanja podataka:

1. Analiza pravne dokumentacije o fizioterapeutskoj profesiji, kojom su obuhvaćeni *Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti*, *Standardi u fizioterapeutskoj praksi* te *Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije*
2. Anketno istraživanje o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta
3. Anketno istraživanje o učinkovitosti komunikacije korisnika fizioterapije s fizioterapeutima
4. Analiza kolegija u formalnom obrazovanju fizioterapeuta, pri čemu su obuhvaćeni nastavni planovi i programi preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog i stručnog studija fizioterapije na visokim učilištima u Hrvatskoj, čime su istraženi nastavni sadržaji koji uključuju komunikacijske kompetencije fizioterapeuta

Statistička obrada prikupljenih podataka iz anketnih istraživanja provedena je u programu IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Metrijske karakteristike korištenih mjernih instrumenata provjerene su faktorskom analizom i koeficijentima pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbachov alpha (α). Normalnost distribucije kontinuiranih varijabli provjerena je računanjem indeksa simetričnosti (Skewness) i kurtoze (Kurtosis). Korištena je deskriptivna statistika. Statistička značajnost razlika na pojedinim varijablama i povezanosti između varijabli ispitana je parametrijskim i neparametrijskim postupcima, ovisno o tipu varijable i normalnosti distribucije. Korišteni su: hi-kvadrat test, t-test, analiza varijance, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis H test, Pearsonov i Spearmanov koeficijent korelacije.

5.1. ANALIZA PRAVNIH DOKUMENATA VEZANO ZA PROFESIONALNE KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCIJE FIZIOTERAPEUTA

Fizioterapeut kao samostalni zdravstveni stručnjak mora posjedovati stručna znanja i vještine kako i na koji način komunicirati s pacijentima te razmjenjivati mišljenja i informacije o pojedinim stručnim pitanjima unutar zdravstvenog tima. Postavlja se pitanje u kojoj su mjeri profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta definirane i zastupljene u hrvatskoj pravnoj dokumentaciji. Kako bi se odgovorilo na postavljeno istraživačko pitanje, izvršena je analiza javno dostupnih pravnih dokumenata koji se odnose na klinički rad i formalno obrazovanje fizioterapeuta u Hrvatskoj:

- *Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti* (Narodne novine, 120/2008),
- *Standarda u fizioterapeutskoj praksi* (Hrvatska komora fizioterapeuta, 2009),
- *Kodeksa fizioterapeutske etike i deontologije* (Hrvatska komora fizioterapeuta, 2018).

5.1.1. Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti

Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti važan je zbog činjenice da bez njega nema niti pravno regulirane fizioterapeutske struke, odnosno djelatnosti. Ovim se Zakonom uređuju sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom fizioterapeuta u Republici Hrvatskoj. Prema ovom Zakonu „***fizioterapeut*** je zdravstveni radnik koji obavlja postupke fizikalne terapije i upravlja procesom fizikalne terapije. U fizioterapeutskoj skrbi pacijenata mogu sudjelovati i fizioterapeutski tehničari, radni terapeuti i maseri-kupeljari, koji su upisani u registar Hrvatske komore fizioterapeuta. Pravo na obavljanje fizioterapeutske djelatnosti ima fizioterapeut koji je upisan u registar fizioterapeuta pri Hrvatskoj komori fizioterapeuta i ima odobrenje za samostalan rad“ (Članak 2. i 14.).

Fizioterapeuti svoju djelatnost provode sukladno standardima koje na prijedlog Hrvatske komore fizioterapeuta pravilnikom utvrđuje ministar nadležan za zdravstvo. „Fizioterapeut,

fizioterapeutski tehničar, maser-kupeljar i radni terapeut mogu svoju djelatnost provoditi i izvan sustava zdravstvene zaštite u okviru prevencije i promocije zdravlja“ (Članak 4.). Također, Zakonom su definirane dužnosti i obveze fizioterapeuta u svojoj kliničkoj praksi, pri čemu je istaknuto kako je svaki fizioterapeut dužan uzeti u fizioterapeutski postupak pacijenta po indikaciji za fizikalnu terapiju od strane liječnika i izraditi plan i program fizikalne terapije sukladno uputnoj liječničkoj dijagnozi.

Zakonom je definiran i standard obrazovanja fizioterapeuta, gdje se temeljno obrazovanje fizioterapeuta stječe završavanjem studija fizioterapije kojim se osigurava visoka razina obrazovanja sukladno propisima iz područja visokog obrazovanja (Članak 7.).

Uz temeljno formalno obrazovanje Zakon definira i mogućnost **dodatnog usavršavanja** fizioterapeuta, koje se provodi u slučaju kada opseg i složenost poslova i očekivanih rezultata zahtijevaju dodatnu edukaciju iz određenoga područja zdravstvene zaštite. Dodatno usavršavanje provodi se u svrhu poboljšanja kvalitete i učinkovitosti rada fizioterapeuta. Dodatno usavršavanje fizioterapeuta može se provoditi na visokim učilištima, zdravstvenim ustanovama i drugim pravnim osobama sukladno Statutu Hrvatske komore fizioterapeuta (Članak 10. i 12.).

Uz formalne oblike obrazovanja Zakon nalaže da su fizioterapeuti, fizioterapeutski tehničari, radni terapeuti i maseri-kupeljari u fizikalnoj terapiji obvezni stalno obnavljati stečena znanja i usvajati nova znanja u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima iz područja fizioterapeutske skrbi kroz neformalne oblike obrazovanja. Trajno stručno usavršavanje provodi se sudjelovanjem na stručnim seminarima, tečajevima i stručnim skupovima. Sadržaj, rokove i postupak trajnoga stručnog usavršavanja i provjere stručnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara, u fizikalnoj terapiji općim aktom propisuje Hrvatska komora fizioterapeuta (Članak 13.).

Slijedom navedenoga, u *Zakonu o fizioterapeutskoj djelatnosti* nigdje nije specifično navedeno da je obveza u radu s pacijentima usavršavanje ili obrazovanje o načinima komuniciranja. Navode se konzultacije, suradnja, primjena metoda i postupaka, savjesnost u radu te vještina analitičko-kritičkog pristupa pri rješavanju eventualnih problema. Kao da se podrazumijeva da su komunikacijske kompetencije u tom smislu „urođene“ u radu s ljudima. Sve navedeno vraća nas ponovno na pojam komunikacije – ona je utkana u svaki segment naše djelatnosti, ali na žalost u zakonima nije predviđena kao kompetencija koja se u svojoj

biti odnosi i na etičnost i na savjesnost i na rješavanje problema. Drugim riječima, ako ne posjedujemo potrebne alate i znanja kako i kada ih upotrijebiti, ne možemo niti osvijestiti u čemu eventualno griješimo.

5.1.2. Standardi i komunikacijske kompetencije u fizioterapeutskoj praksi

U namjeri poboljšanja kvalitete pružanja fizioterapeutske skrbi diljem Hrvatske, a potičući visoke standarde u edukaciji i praksi fizikalne terapije, Hrvatska komora fizioterapeuta 2009. godine objavila je dokument pod nazivom *Standardi u fizioterapeutskoj praksi* koji su razvijeni na temelju preporuka Svjetske organizacije za fizikalnu terapiju (WCPT) i Europske regije - Svjetske organizacije za fizikalnu terapiju (ER-WCPT).

Standardi predstavljaju obveze fizioterapeutske profesije kako bi usluge fizikalne terapije bile što učinkovitije. Ovi standardi predstavljaju osnovu fizioterapeutske prakse u zdravstvenom sustavu, privatnim praksama i drugim ustanovama gdje se provodi fizikalna terapija. Standardi u fizioterapeutskoj praksi obuhvaćaju: (1) administraciju i postavke u organizaciji fizioterapeutske prakse, (2) komunikaciju, (3) odgovornost prema zajednici, (4) kulturološke kompetencije, (5) dokumentiranje, (6) edukaciju, (7) etički kodeks, (8) informirani pristanak, (9) zakonitost, (10) upravljanje u skrbi pacijenta/klijenta, (11) razvoj osobnog stručnog usavršavanja, (12) osiguranje kvalitete, (13) istraživanje i (14) pomoćno osoblje.

U poglavlju o komunikaciji navedeno je da je uloga fizioterapeuta da komunicira s korisnicima i koordinira svim radnjama vezanim za upravljanje u fizikalnoj terapiji, uključujući rezultate početne fizioterapeutske procjene, postavljanje fizioterapeutske dijagnoze i terapijskih ciljeva, postavljanje plana fizioterapeutskog tretmana, procjenu odgovora na tretman, ponovni pregled i preporuka za prestanak fizioterapeutskog tretmana i druge fizioterapijske aktivnosti kao što su edukacija pacijenata za svakodnevni rad i život nakon provedene fizikalne terapije. Plan tretmana i terapijski ciljevi dogovaraju se između fizioterapeuta i korisnika fizikalne terapije, a bilo koje promjene u prethodno dogovorenom tretmanu ponovo se razmatraju i dogovaraju.

U svakodnevnom radu fizioterapeut je također dužan komunicirati s drugim fizioterapeutima i ostalim medicinskim suradnicima kako bi osigurao nastavak učinkovite aktivne skrbi korisnika fizikalne terapije i mogućnost korištenja dostupne kliničke ekspertize. Nadalje,

fizioterapeuti su dužni u komunikaciji s ostalim članovima multidisciplinarnog zdravstvenog tima, koji sudjeluju u skrbi pacijenta/klijenta, osigurati da se informacija podnosi i priopćava ažurno i jasno unutar tima te je poželjno da postoji pisana komunikacija s ostalim članovima tima.

Iz svega navedenog može se zaključiti da *Standardi u fizioterapeutskoj praksi* obuhvaćaju i komunikaciju, premda se izričito ne navode potrebne kompetencije u tom smislu. U analizi dokumenta Standarda u obzir je uzeto poglavlje o komunikaciji u fizikalnoj terapiji. Komunikacija je, dakle, ključni element profesionalnog odnosa između fizioterapeuta i drugih suradnika u medicinskome timu u odnosu prema pacijentu/klijentu, a koji omogućava pružanje učinkovite i odgovarajuće fizioterapijske usluge. Kao i u pitanjima radne etike, tako i u standardima jedne struke smatra se potrebnim detaljnije obrazložiti što bi to konkretno bio komunikacijski standard te kako bi se uobličio u kompetencijama.

5.1.3. Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije

Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije koji je objavila Hrvatska komora fizioterapeuta 2018. godine utvrđuje načela i pravila ponašanja radi očuvanja dostojanstva i ugleda fizioterapeutske djelatnosti te određuje značaj i ulogu fizioterapeuta i drugih sudionika u provedbi fizikalne terapije (fizioterapeutskih tehničara, masera-kupeljara i radnih terapeuta) u zdravstvu i društvu općenito.

Uz opća načela – gdje je istaknuto da je fizioterapeut dužan savjesno ispunjavati dužnosti koje proizlaze iz fizioterapeutskog poziva te čuvanje ugleda i dostojanstva fizioterapije pri obavljanju poziva i u privatnom i društvenom životu – za ovu analizu od interesa su poglavlja koja su vezana za:

1. odnos fizioterapeuta prema pacijentu,
2. točnost podataka, informiranje, oglašavanje,
3. odnos fizioterapeuta prema drugim fizioterapeutima i struci,
4. fizioterapeutsku tajnu, zaštitu osobnih podataka pacijenata.

1. U poglavlju koje opisuje odnos fizioterapeuta prema korisnicima fizioterapije naglašena je dužnost svakog fizioterapeuta da pruža svoju profesionalnu pomoć svakom pacijentu bez

obzira na državljanstvo i prebivalište te neovisno o rasi, boji kože, spolu, jeziku, vjeri, političkom ili drugom uvjerenju, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama. Pri tome korisnici fizioterapije imaju pravo na:

- uslugu visoke kvalitete,
- informaciju,
- informirani pristanak,
- povjerljivost,
- pristup podatcima iz fizioterapeutskog kartona,
- zdravstvene upute,
- izbor tko ima pravo dobiti informacije o njegovu zdravstvenom stanju (Članak 26.).

2. U poglavlju koje je vezano za davanje točnih podataka korisnicima fizioterapije te informiranje javnosti i oglašavanje navedeno je da su fizioterapeuti dužni informirati korisnike fizioterapije, javnost, kao i ostale fizioterapeute, istinito o prirodi njihovih usluga, kako bi pojedinci bili u stanju donijeti odluku o usluzi. Fizioterapeutima nije dopušteno koristiti lažne, obmanjujuće, nepravedne ili senzacionalističke izjave u svojim javnim nastupima ili kod oglašavanja svojih usluga (Članak 59.).

3. U poglavlju o odnosu fizioterapeuta prema drugim fizioterapeutima i struci naglašeno je da fizioterapeuti moraju osigurati da njihovo ponašanje uvijek bude profesionalno, bez mogućnosti nastanka ispada i konflikata s kolegama i korisnicima fizioterapije. Međusobni odnosi fizioterapeuta temelje se na uzajamnom poštovanju, povjerenju, suradnji, pristojnosti i strpljenju (Članak 64.). Bilo kakvo javno neprimjereno kritiziranje, omalovažavanje, vrijeđanje, sramoćenje i drugo neprimjereno i nedolično ponašanje prema ostalim kolegama smatra se povredom ugleda i časti fizioterapeutske profesije (Članak 63.).

4. U poglavlju koje je vezano za fizioterapeutsku tajnu te zaštitu osobnih podataka naglašeno je kako su fizioterapeuti dužni kao tajnu čuvati sve što su o korisnicima fizioterapije doznali pružajući im fizioterapeutsku uslugu. Fizioterapeuti ne smiju otkriti informacije i/ili osobne

podatke pacijenata/klijenata trećim osobama bez pacijentove dozvole ili prethodnog znanja, osim u slučajevima propisanima zakonom. Na osobne podatke pacijenata, ali i svih ostalih fizičkih osoba u zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi, u potpunosti se primjenjuju odredbe koje se odnose na zaštitu osobnih podataka i ostalih propisa u Republici Hrvatskoj (Članak 70.).

Iz svega navedenog može se zaključiti da se samom činjenicom postojanja Kodeksa polaganim, ali sigurnim koracima fizioterapeutska struka približava i odrednicama poput komunikacijskih kompetencija. I opet se pokazalo da sve navedeno i u Etičkom kodeksu stoji, ali nisu dani alati kako to provesti. Svi ćemo reći kako treba biti etičan u svakoj struci, ali nećemo znati kako to ostvariti. Koje su to smjernice u ponašanju i komuniciranju, na koji način ih ostvariti kako bismo izbjegli nejasnoće ili nesuglasice? Upravo, kao i ranije navedeno, jasno se očituje potreba tj. poveznica Kodeksa i same teme koja se problematizira. Drugim riječima, misliti možemo što hoćemo, ali naše ponašanje ne može biti kakvo god hoćemo, tj. proizvoljno i trenutno. Samim osvrtom na plan ponašanja, nameće se komunikacija kao ključan element, jer sve što radimo je u svojoj biti komunikacija. To nikako nije samo slučajan ili nasumičan razgovor.

5.2. PRIKAZ DOBIVENIH REZULTATA ANKETNOG ISTRAŽIVANJA O KOMUNIKACIJSKIM KOMPETENCIJAMA FIZIOTERAPEUTA

Anketno istraživanje obuhvaća fizioterapeute zaposlene u hrvatskim zdravstvenim ustanovama i to na testnom skupu od 502 ispitanika. Prema podatcima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2018) u razdoblju provedbe ovog istraživanja u Hrvatskoj bilo je zaposleno 2508 fizioterapeuta, što znači da testni skup fizioterapeuta u istraživanju pokriva 20% od ukupne populacije ispitanika.

5.2.1. Osnovni sociodemografski podatci ispitanika

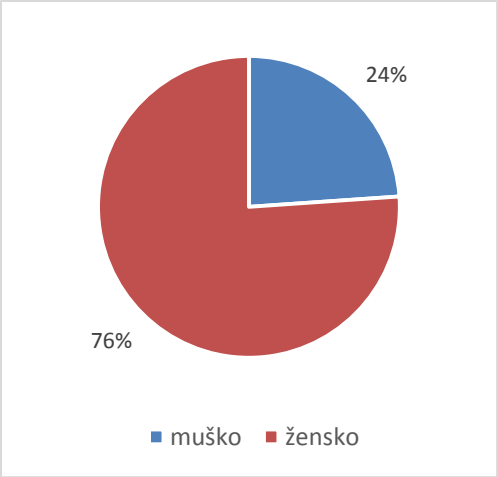
Osnovni sociodemografski podatci ispitanika prema rodu, dobi te godinama radnog staža ispitanika navedeni su u Tablici 17., kao frekvencije i postoci, te na Slikama 7., 8. i 9. Oblici fizioterapeutske prakse prikazani su u Tablici 18.

Tablica 17. Sociodemografski podatci fizioterapeuta (frekvencije i postotci)

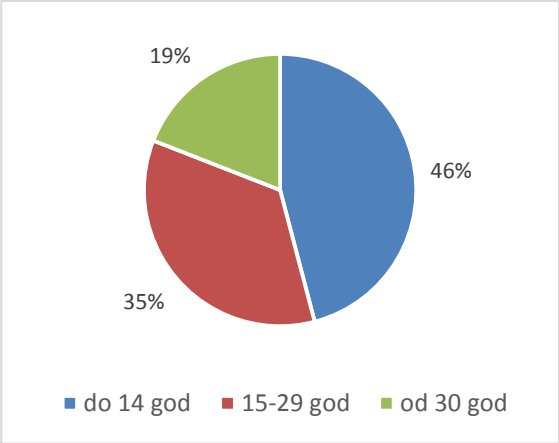
		f	%
Rod	Muško	120	23.9
	Žensko	382	76.1
Dob	do 34 god	186	37.2
	35-49 god	191	38.2
	od 50	123	24.6
Radni staž	do 14 god	219	45.9
	15-29 god	167	35.0
	od 30 god	91	19.1

Tablica 18. Oblik fizioterapeutske prakse (frekvencije i postotci)

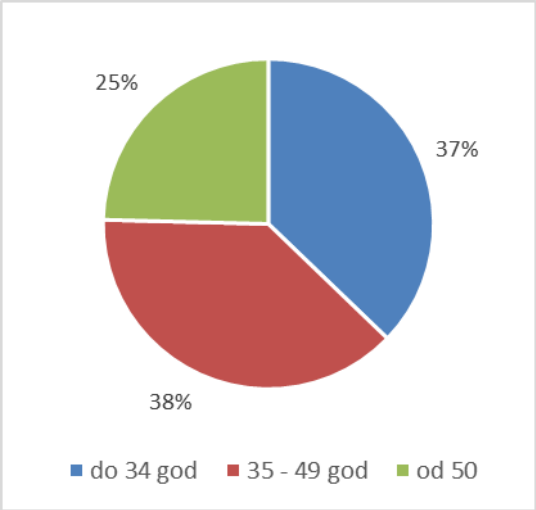
	f	%
Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama, poliklinikama	339	67.5
Bolnički stacionarni oblik fizioterapije u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju	130	25.9
Privatna fizioterapeutska praksa	33	6.6



Slika 7. Rod fizioterapeuta (%)



Slika 9. Radni staž fizioterapeuta (%)



Slika 8. Dob fizioterapeuta (%)

5.2.2. Procjena komunikacije fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu

U Tablici 19. prikazani su deskriptivni podatci na razini pojedinih čestica skale „Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu“ (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*). Također, za provjeru sadržajne valjanosti skale izračunate su korelacije pojedinih čestica s ukupnim rezultatom na skali (r_{it}).

Tablica 19. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu

	M	SD	r_{it}
B1 U komunikaciji obraćam pažnju na neverbalne znakove sugovornika.	3.25	0.77	.37
B2 Pokušavam razumjeti ideje pacijenata i kolega koje se razlikuju od mojih.	3.31	0.63	.49
B3 Potičem i kolege na poslu i pacijente da razjasne svoje misli.	3.05	0.85	.56
B4 Dajem povratnu informaciju u obliku kritike kada je to potrebno.	2.78	0.96	.47
B5 Prihvaćam kritiku od strane kolega.	3.27	0.75	.53
B6 Otvoreno priznajem svoje pogreške.	3.37	0.75	.56
B7 Pitam kolege za kritičko mišljenje.	3.04	0.86	.56
B8 Prilagođavam se osobama s kojima sam u komunikacijskoj interakciji.	3.20	0.74	.50
B9 Poduzet ću inicijativu u rješavanju nesporazuma čim se pojave.	3.08	0.86	.54
B10 Kada sam izazvan/a, o tome mogu mirno raspravljati.	2.87	0.88	.44
B11 U razgovoru jasno izražavam neslaganje.	2.87	0.83	.35
B12 Kada je to potrebno, ispričam se bez prekomjernog opravdavanja.	3.28	0.78	.55

Ukupan rezultat na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* izračunat je kao prosjek rezultata na navedenih 12 čestica. U Tablici 20. prikazani su deskriptivni podatci za cijelu skalu (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, minimalni rezultat – *Min*, maksimalni rezultat – *Max* i broj čestica – N). Također, u tablici je naveden koeficijent pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbachov alpha (α). Dobiveni koeficijent pouzdanosti (.83) ukazuje na dobru unutarnju konzistenciju skale.

Tablica 20. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu

M	SD	Min	Max	N	α
3.11	0.48	1.17	4.00	12	.83

5.2.2.1. Komunikacija fizioterapeuta i rod

Kako bi se ispitalo razlikuje li se prosječan rezultat fizioterapeuta na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* s obzirom na njihov rod izračunat je t-test za nezavisne uzorke. Nije dobivena statistički značajna razlika u prosječnom rezultatu na ovoj skali između fizioterapeuta muškog i ženskog roda; $t(494)=0.16$; $p>.05$.

5.2.2.2. Komunikacija fizioterapeuta i dob

Jednosmjernom analizom varijance ispitane su razlike u prosječnom rezultatu na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* s obzirom na dob fizioterapeuta. Rezultati provedene analize ukazuju da nema statistički značajne razlike u prosječnom rezultatu na ovoj skali između fizioterapeuta različitih dobnih skupina; $F(2,491)=2.00$; $p>.05$.

5.2.2.3. Komunikacija fizioterapeuta i radni staž

Jednosmjernom analizom varijance ispitane su razlike u prosječnom rezultatu na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* s obzirom na radni staž fizioterapeuta. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, F-omjer, stupnjevi slobode – *df* i veličina efekta – η_p^2) prikazani su u Tablici 21. Slika 10. prikazuje prosječan rezultat na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* s obzirom na radni staž.

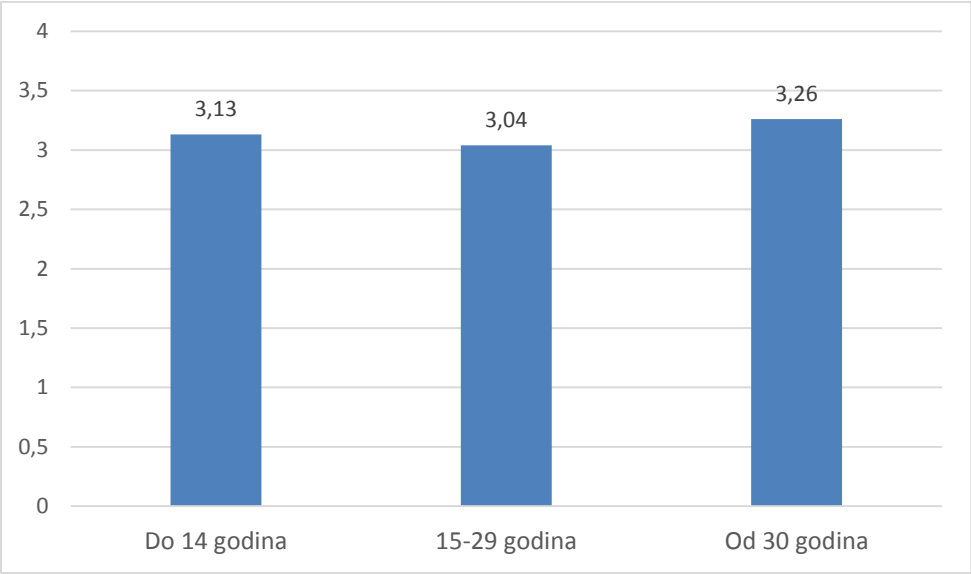
Tablica 21. Razlike u komunikaciji fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu s obzirom na radni staž

Radni staž	N	M	SD	F	df	η_p^2
Do 14 godina	217	3.13	0.47			
15-29 godina	165	3.04	0.47	6.70**	2,468	.03
Od 30 godina	89	3.26	0.42			

**p<.01

Dobivena je statistički značajna razlika u prosječnom rezultatu na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* s obzirom na njihov radni staž; F(2,468)=6.70; p<.01.

Post-hoc testom (*Scheffe*) utvrđeno je da skupina fizioterapeuta s 15-29 godina radnog staža ima značajno niži prosječan rezultat na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* od skupine s najviše radnog staža (od 30 godina). Rezultati ostalih skupina se ne razlikuju.



Slika 10. Prosječan rezultat na skali Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu s obzirom na radni staž

5.2.2.4. Komunikacija fizioterapeuta i oblik fizioterapeutske prakse

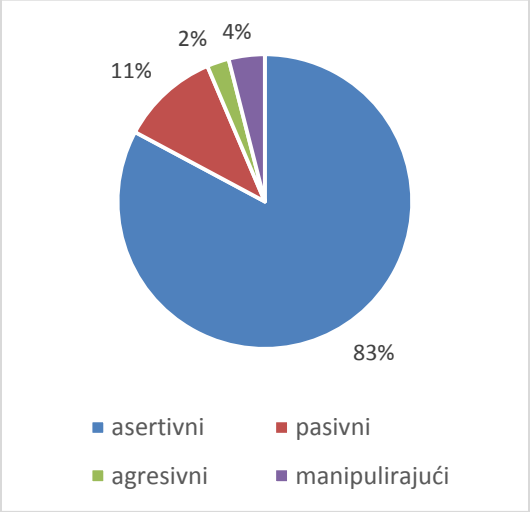
Jednosmjernom analizom varijance ispitane su razlike u prosječnom rezultatu na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse. Nije dobivena statistički značajna razlika u prosječnom rezultatu na ovoj skali između fizioterapeuta koji obavljaju različite oblike fizioterapeutske prakse; $F(2,493)=2.34$; $p>.05$.

5.2.3. Procjena asertivnosti na radnom mjestu

Procjena asertivnosti na radnom mjestu te zastupljenost (frekvencije i postotci) pojedinih stilova komunikacije prikazani su u Tablici 22. te Slikom 11.

Tablica 22. Zastupljenost pojedinih stilova komunikacije

	f	%
Asertivni	376	82.8
Pasivni	49	10.8
Agresivni	11	2.4
Manipulirajući	18	4.0



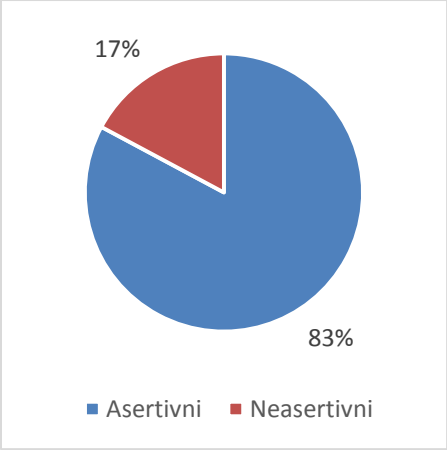
Slika 11. Stilovi komunikacije kod fizioterapeuta (%)

5.2.3.1. Asertivni stil komuniciranja fizioterapeuta i učinkovitost uspostavljene suradnje s pacijentima

Stilovi komuniciranja podijeljeni su u dvije kategorije: asertivni i neasertivni (pasivni, agresivni i manipulirajući). U Tablici 23. prikazane su frekvencije (f) i postotci (%) asertivnih i neasertivnih stilova komuniciranja kod fizioterapeuta. Također, Slika 12. prikazuje stilove komuniciranja kod fizioterapeuta.

Tablica 23. Frekvencije i postotci asertivnih i neasertivnih stilova komuniciranja kod fizioterapeuta

	f	%
Asertivni	376	82.8
Neasertivni	78	17.2



Slika 12. Prikaz stilova komuniciranja kod fizioterapeuta (%)

5.2.3.2. Asertivnost i rod

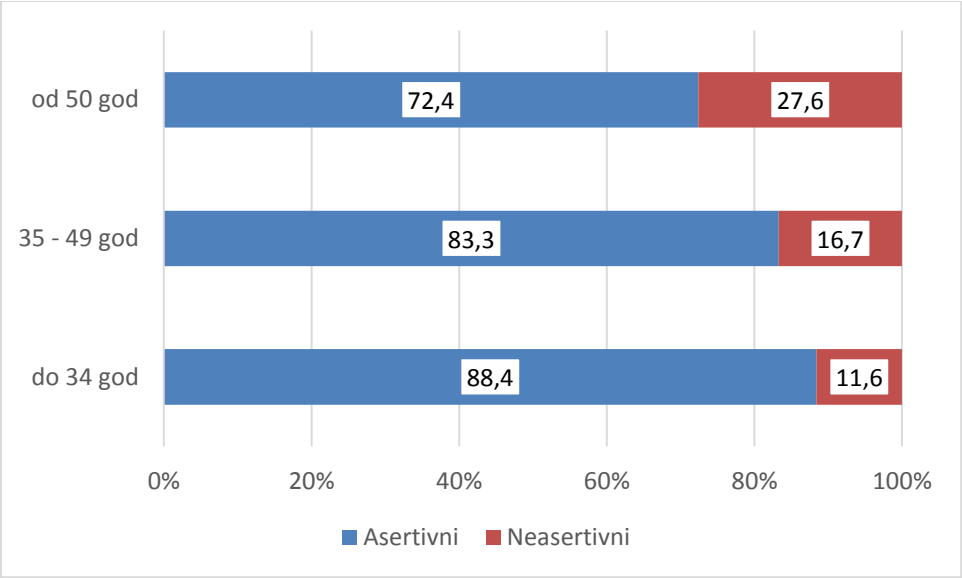
Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuje li se asertivnost s obzirom na rod fizioterapeuta. Rezultati hi-kvadrat testa pokazuju da nema zavisnosti između roda i asertivnosti (χ^2= 2.05, df=1, N=454, p>.05).

5.2.3.3. Asertivnost i dob

Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuje li se asertivnost s obzirom na dob fizioterapeuta. Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na zavisnost asertivnosti i dobi fizioterapeuta (χ^2= 11.87, df=2, N=452, p<.01). U Tablici 24. te Slikom 13. prikazan je udio (frekvencije i postotci) asertivnih fizioterapeuta s obzirom na dobnu skupinu. Iz podataka navedenih u tablici vidljiv je veći udio osoba asertivnog komunikacijskog stila među mlađim fizioterapeutima. U najmlađoj skupini, do 34 godine, najveći je udio asertivnih fizioterapeuta (88.4%), u srednjoj skupini, od 35 do 49 godina, njih je 83.3%, a u najstarijoj dobnoj skupini, od 50 i više godina, 72.4%.

Tablica 24. Stil komunikacije s obzirom na dob fizioterapeuta

		Dobna skupina			Ukupno
		do 34 god	35-49 god	od 50 god	
Stil komunikacije	Asertivni	153 (88.4%)	145 (83.3%)	76 (72.4%)	374 82.7%
	Neasertivni	20 (11.6%)	29 (16.7%)	29 (27.6%)	78 17.3%
Ukupno		173	174	105	452



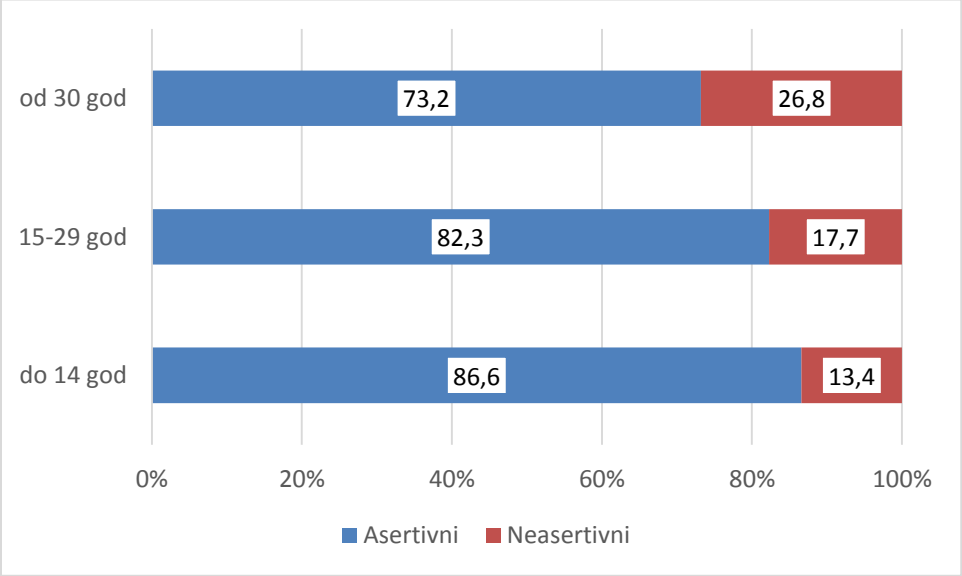
Slika 13. Stil komunikacije fizioterapeuta s obzirom na dob (%)

5.2.3.4. Asertivnost i radni staž

Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuje li se asertivnost s obzirom na radni staž fizioterapeuta. Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na zavisnost asertivnosti i radnog staža fizioterapeuta (χ^2= 7.37, df=2, N=431, p<.05). U Tablici 25. prikazan je udio (frekvencije i postotci) asertivnih fizioterapeuta s obzirom na radni staž. U skupini s najmanje radnog staža nešto je veći udio asertivnih fizioterapeuta (86.6%) nego u skupini s 15-29 godina radnog staža (82.3%) i skupini s najviše radnog staža (73.2%). Slika 14. prikazuje stil komunikacije fizioterapeuta s obzirom na radni staž (%).

Tablica 25. Stil komunikacije s obzirom na radni staž fizioterapeuta

		Radni staž			Ukupno
		do 14 god	15-29 god	od 30 god	
Stil komunikacije	Asertivni	175 (86.6%)	121 (82.3%)	60 (73.2%)	356 82.6%
	Neasertivni	27 (13.4%)	26 (17.7%)	22 (26.8%)	75 17.4%
Ukupno		202	147	82	431



Slika 14. Stil komunikacije fizioterapeuta s obzirom na radni staž (%)

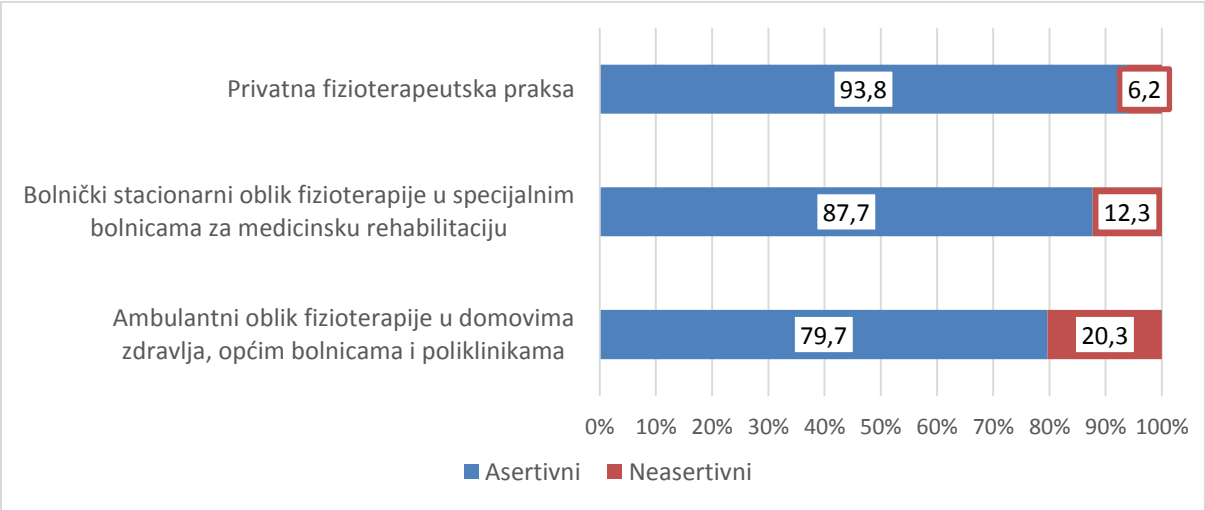
5.2.3.5. Asertivnost i oblik fizioterapeutske prakse

Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuje li se asertivnost s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse. Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na zavisnost asertivnosti i oblika fizioterapeutske prakse (χ^2= 6.83, df=2, N=454, p<.05). U Tablici 26. prikazan je udio (frekvencije i postotci) asertivnih fizioterapeuta s obzirom na fizioterapeutsku praksu koju obavljaju. U skupini fizioterapeuta koji obavljaju ambulantni oblik fizioterapije nešto je manji udio asertivnih fizioterapeuta (79.7%) nego u skupini koja obavlja bolnički stacionarni oblik fizioterapije (87.7%) i skupini koja obavlja privatnu praksu (93.8%). Slika 15. prikazuje stil komunikacije fizioterapeuta s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse (%).

Tablica 26. Stil komunikacije fizioterapeuta s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse

		Fizioterapijska praksa			Ukupno
		1	2	3	
Stil komunikacije	Asertivni	239 (79.7%)	107 (87.7%)	30 (93.8%)	376 (82.8%)
	Neasertivni	61 (20.3%)	15 (12.3%)	2 (6.2%)	78 (17.2%)
Ukupno		300	122	32	454

1 – Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama
2 – Bolnički stacionarni oblik fizioterapije u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju
3 – Privatna fizioterapeutska praksa



Slika 15. Stil komunikacije fizioterapeuta s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse (%)

5.2.4. Procjena stavova o empatičnom komuniciranju na radnom mjestu

Za ovo poglavlje upitnika provedena je faktorska analiza metodom glavnih komponenata, koja je rezultirala s pet faktora na temelju Keiser-Guttmanovog kriterija, odnosno dva faktora na temelju Scree-plot prikaza, koji objašnjavaju 34.29% ukupne varijance. Rezultati provedene analize metodom glavnih komponenata uz oblimin rotaciju prikazani su u Tablici 27.

Tablica 27. Rezultati faktorske analize metodom glavnih komponenti uz oblimin rotaciju za Empatičnost komunikacije na radnom mjestu

	Faktorska zasićenja		Komunaliteti
	F1	F2	
D6 Suosjećajan/na sam prema ljudima koji su manje sretni od mene.	.69		.48
D13 Dobivam snažnu potrebu pomagati drugome ako je uznemiren.	.69		.47
D5 Uživam u tome kada druge ljude činim sretnima.	.65		.44
D3 Mene uznemirava kada vidim da se prema drugome pristupa neprimjereno.	.60		.37
D16 Kada vidim da se nekoga iskorištava, osjećam se zaštitnički prema njemu.	.58		.34
D8 Mogu primijetiti kada su drugi ljudi tužni čak i kad ništa ne govore.	.57		.32
D9 Smatram da sam „usklađen/na“ s raspoloženjima drugih ljudi.	.56		.33
D1 Kada se netko osjeća uzbuđeno, ja se također osjećam uzbuđeno.	.46		.23
D14 Ne suosjećam s osobom prema kojoj se nepravedno postupa.		.76	.57
D12 Nisam zainteresiran/a za to kako se drugi ljudi osjećaju.		.71	.51
D15 Smatram smiješnim kada ljudi plaču od sreće.		.60	.39
D4 Moje se emocije ne mijenjaju iako je netko blizak meni sretan.		.59	.36
D7 Kada sugovornik počne govoriti o svojim problemima, usmjeravam razgovor prema nečemu drugom.		.51	.27
D10 Ne osjećam suosjećanje za ljude koji sami sebi uzrokuju ozbiljne bolesti.		.42	.18
D11 Postajem razdražljiv/a kada netko plače.		.35	.17
D2 Tuđi problemi ne uznemiravanju me u većoj mjeri.			.05
Karakteristični korijen	3.12	2.37	
% objašnjene varijance	19.5	14.8	

Na temelju prvog opisanog faktora kreirana je skala *Empatija*. S obzirom na niske komunalitete čestica koje pripadaju drugom faktoru, ove su čestice (koje se odnose na izostanak empatije) izostavljene iz daljnje obrade.

Deskriptivni podatci za pojedine čestice skale *Empatija* prikazani su u Tablici 28. (M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; r_{it} – korelacija čestice s ukupnim rezultatom na skali).

Tablica 28. Deskriptivni podatci za pojedine čestice skale Empatija

	M	SD	r_{it}
D1 Kada se netko osjeća uzbuđeno, ja se također osjećam uzbuđeno.	2.17	0.89	.31
D3 Mene uznemirava kada vidim da se prema drugome pristupa neprimjereno.	3.35	0.70	.46
D5 Uživam u tome kada druge ljude činim sretnima.	3.66	0.59	.50
D6 Suosjećajan/na sam prema ljudima koji su manje sretni od mene.	3.24	0.73	.53
D8 Mogu primijetiti kada su drugi ljudi tužni, čak i kad ništa ne govore.	3.27	0.65	.40
D9 Smatram da sam „usklađen/na“ s raspoloženjima drugih ljudi.	2.56	0.82	.41
D13 Dobivam snažnu potrebu pomagati drugome ako je uznemiren.	3.03	0.83	.52
D16 Kada vidim da se nekoga iskorištava, osjećam se zaštitnički prema njemu.	3.31	0.73	.42

Ukupan rezultat na skali *Empatija* izračunat je kao prosjek rezultata na navedenih 8 čestica. U Tablici 29. prikazani su deskriptivni podatci za cijelu skalu (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, minimalni rezultat – *Min*, maksimalni rezultat – *Max* i broj čestica – N). Također, u tablici je naveden koeficijent pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbachov alpha (α). Dobiveni koeficijent pouzdanosti (.74) ukazuje na relativno dobru unutarnju konzistenciju skale.

Tablica 29. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Empatija

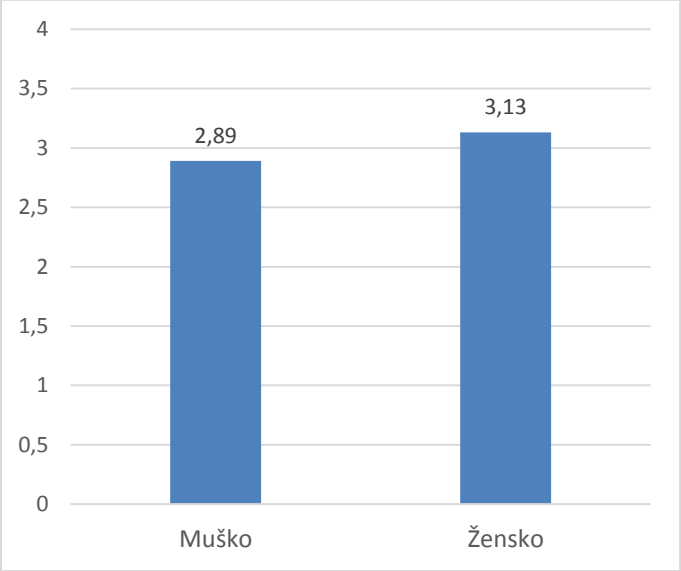
M	SD	Min	Max	N	α
3.07	0.45	1.13	4	8	.74

5.2.4.1. Empatija i rod

Kako bi se ispitalo razlikuje li se prosječan rezultat fizioterapeuta na skali *Empatija* s obzirom na njihov rod, izračunat je t-test za nezavisne uzorke. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, t-omjer, stupnjevi slobode – *df* i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 30. i ukazuju na značajno višu empatiju kod fizioterapeuta ženskog roda. Slika 16. prikazuje prosječan rezultat na skali *Empatija* s obzirom na rod fizioterapeuta.

Tablica 30. Razlike u empatiji s obzirom na rod fizioterapeuta

Rod	N	M	SD	t	df	p
Muško	118	2.89	.46	5.42	496	<.01
Žensko	380	3.13	.41			



Slika 16. Prosječan rezultat na skali Empatija s obzirom na rod fizioterapeuta

5.2.4.2. Empatija i dob

Jednosmjernom analizom varijance ispitane su razlike u prosječnom rezultatu na skali *Empatija* s obzirom na dob fizioterapeuta (tri dobne skupine: do 34 god, 35-49 god, od 50 god).

Nije dobiven statistički značajan efekt dobi fizioterapeuta na njihovu empatiju: $F(2,494)=1.42$, $p > .05$.

5.2.4.3. Empatija i radni staž

Jednosmjernom analizom varijance ispitane su razlike u prosječnom rezultatu na skali *Empatija* s obzirom na radni staž fizioterapeuta (tri skupine: do 14 god, 15-29 god, od 30 god).

Nije dobiven statistički značajan efekt radnog staža fizioterapeuta na njihovu empatiju; $F(2,470)=2.20$, $p > .05$.

5.2.4.4. Empatija i oblik fizioterapeutske prakse

Jednosmjernom analizom varijance ispitane su razlike u prosječnom rezultatu na skali *Empatija* s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse (tri skupine: 1. ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama, poliklinikama; 2. bolnički stacionarni oblik fizioterapije u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju; 3. privatna fizioterapeutska praksa).

Nije dobivena statistički značajna razlika u prosječnoj empatiji fizioterapeuta s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse koji obavljaju: $F(2,495)=0.88$, $p > .05$.

5.2.5. Procjena stavova o neslaganju u komunikaciji na radnom mjestu

U Tablici 31. prikazani su deskriptivni podatci na razini pojedinih čestica (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*) skale *Tolerancija na neslaganje*. Također, za provjeru sadržajne valjanosti skale izračunate su korelacije pojedinih tvrdnji s ukupnim rezultatom na skali (r_{it}).

Tablica 31. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Tolerancija na neslaganje

	M	SD	r_{it}
E1 Zabavnije je sudjelovati u raspravi gdje ima puno neslaganja.	2.57	1.20	0.35
E2 Uživam u razgovoru s ljudima koji imaju gledišta različita od mojih.	3.27	1.01	0.47
E3 Ne volim biti sudionik komunikacije u kojoj ljudi imaju različita mišljenja.*	3.69	0.97	0.38
E4 Preferiram biti sa sugovornicima koji imaju uvjerenja ista kao i moja.*	2.71	1.10	0.40
E5 Razmimoilaženja u mišljenjima su općenito korisna.	3.78	0.85	0.24
E6 Preferiram promijeniti temu razgovora kada dođe do neslaganja.*	3.11	1.05	0.29
E7 Nastojim stvoriti neslaganja u razgovorima jer služe korisnoj svrsi.	1.93	0.95	0.18
E8 Uživam u raspravama sa sugovornicima o temama u kojima se ne slažemo.	2.62	1.12	0.60
E9 Više volim raditi sam/a nego u nesložnom timu.*	1.92	1.20	0.12
E10 Volio/la bih raditi s kolegama u skladnom timu.*	1.26	0.57	0.23
E11 Ne volim neslaganje s drugim ljudima.*	1.75	0.92	0.28
E12 Kad bih mogao/la odabrati, radije bih napustio/la razgovor nego nastavio/la neslaganje.*	2.24	1.06	0.47
E13 Izbjegavam razgovarati s ljudima za koje mislim da se neće slagati sa mnom.*	3.16	1.07	0.40
E14 Uživam u neslaganju s drugima.	1.52	0.76	0.32
E15 Razmimoilaženja u mišljenjima s kolegama potiču me na komunikaciju.	3.18	1.08	0.42

**tvrdnje su rekodirane u suprotnom smjeru*

Ukupan rezultat na skali *Tolerancija na neslaganje* izračunat je prema formuli TFD = 48 + (E1+E2+E5+E7+E8+E14+E15) – (E3+E4+E6+E9+E10+E11+E12+E13). U Tablici 32. prikazani su deskriptivni podatci za cijelu skalu (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, minimalni rezultat – *Min*, maksimalni rezultat – *Max* i broj čestica – N) i koeficijent pouzdanosti. Također, u tablici je naveden koeficijent pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbachov alpha (α). Dobiveni koeficijent pouzdanosti (.74) ukazuje na relativno dobru unutarnju konzistenciju skale.

Tablica 32. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Tolerancija na neslaganje

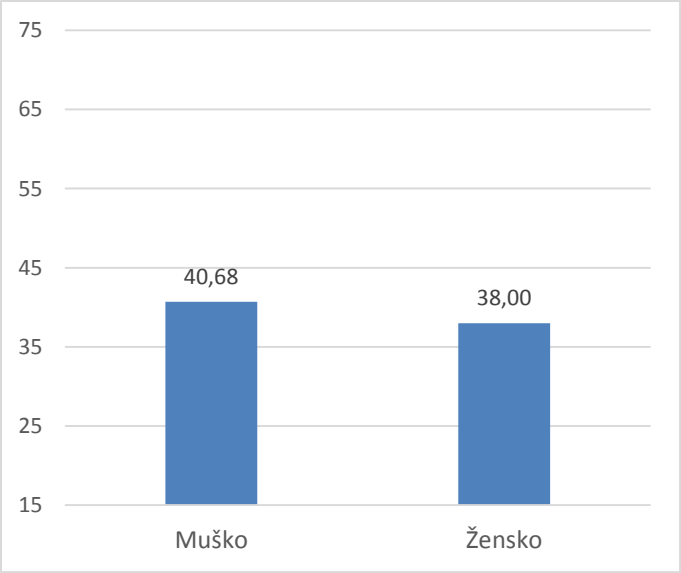
M	SD	Min	Max	N	α
38.70	7.03	21.00	67.00	15	.74

5.2.5.1. Tolerancija na neslaganje i rod

Kako bi se ispitalo razlikuje li se prosječan rezultat fizioterapeuta na skali *Tolerancija na neslaganje* s obzirom na njihov rod, izračunat je t-test za nezavisne uzorke. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, t-omjer, stupnjevi slobode – *df* i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 33. i ukazuju na značajno višu toleranciju na neslaganje kod fizioterapeuta muškog roda nego fizioterapeuta ženskog roda. Slika 17. prikazuje prosječan rezultat na skali *Tolerancija na neslaganje* s obzirom na rod fizioterapeuta.

Tablica 33. Razlike u toleranciji na neslaganje s obzirom na rod fizioterapeuta

Rod	N	M	SD	t	df	p
Muško	116	40.68	6.14	3.69	482	<.01
Žensko	368	38.00	7.03			



Slika 17. Prosječan rezultat na skali Tolerancija na neslaganje s obzirom na rod fizioterapeuta

5.2.5.2. Tolerancija na neslaganje i dob

Jednosmjernom analizom varijance ispitane su razlike u prosječnom rezultatu na skali *Tolerancija na neslaganje* s obzirom na dob fizioterapeuta. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, F-omjer, stupnjevi slobode – *df* i veličina efekta – η_p^2) prikazani su u Tablici 34. Slika 18. prikazuje prosječan rezultat na skali *Tolerancija na neslaganje* s obzirom na dob fizioterapeuta.

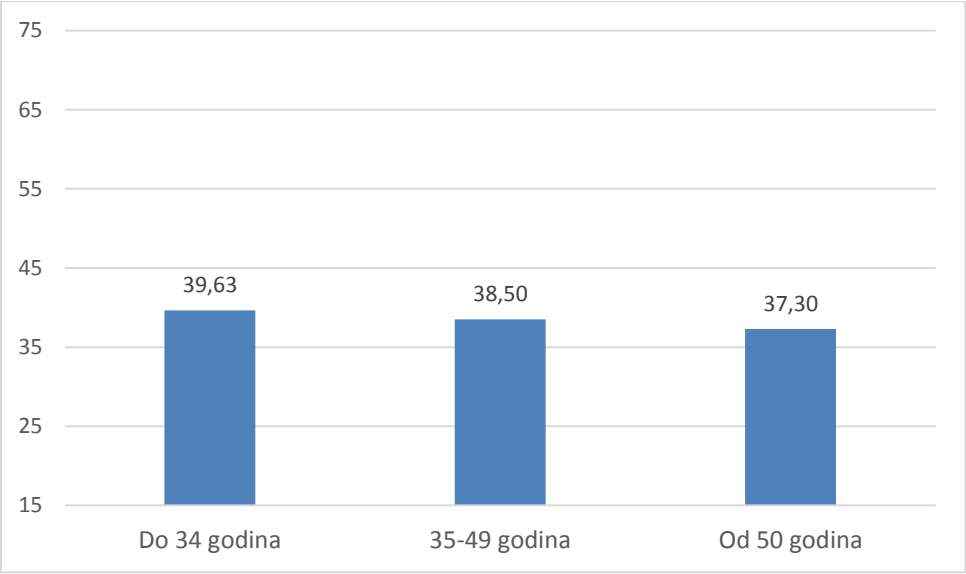
Tablica 34. Razlike u toleranciji na neslaganje s obzirom na dob fizioterapeuta

Dobna skupina	N	M	SD	F	df	η_p^2
Do 34 godina	183	39.63	6.29			
35-49 godina	181	38.50	6.90	4.18*	2,480	.02
Od 50 godina	119	37.30	7.64			

*p<.05

Dobivena je statistički značajna razlika u toleranciji na neslaganje kod fizioterapeuta s obzirom na njihovu dob; F(2,480)=4.18; p<.05.

Post-hoc testom (*Scheffe*) utvrđeno je da najmlađa skupina fizioterapeuta (do 35 godina) na skali *Tolerancija na neslaganje* ima značajno viši prosječan rezultat od najstarije skupine (50 i više godina). Rezultati ostalih skupina se ne razlikuju.



Slika 18. Prosječan rezultat na skali Tolerancija na neslaganje s obzirom na dob fizioterapeuta

5.2.5.3. Tolerancija na neslaganje i radni staž

Jednosmjernom analizom varijance ispitane su razlike u prosječnom rezultatu na skali *Tolerancija na neslaganje* s obzirom na radni staž fizioterapeuta. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, F-omjer, stupnjevi slobode – *df* i veličina efekta – η_p^2) prikazani su u Tablici 35. Slika 19. prikazuje prosječan rezultat na skali *Tolerancija na neslaganje* s obzirom na radni staž fizioterapeuta.

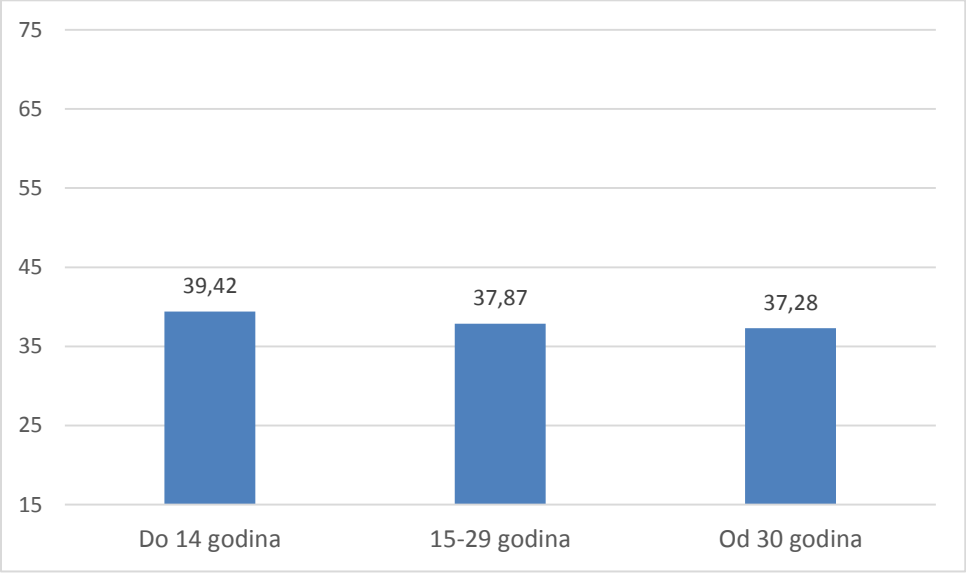
Tablica 35. Razlike u toleranciji na neslaganje s obzirom na radni staž fizioterapeuta

Radni staž	N	M	SD	F	df	η_p^2
Do 14 godina	212	39.42	6.68			
15-29 godina	160	37.87	6.65	4.00*	2,457	.02
Od 30 godina	88	37.28	7.47			

*p<.05

Dobivena je statistički značajna razlika u toleranciji na neslaganje kod fizioterapeuta s obzirom na njihov radni staž; F(2,457)=4.00; p<.05.

Post-hoc testom (*Scheffe*) utvrđeno je skupina fizioterapeuta s najmanje radnog staža (do 14 godina) ima značajno viši prosječan rezultat na skali *Tolerancija na neslaganje* od skupine s najviše radnog staža (od 30 godina). Rezultati ostalih skupina se ne razlikuju.



Slika 19. Prosječan rezultat na skali Tolerancija na neslaganje s obzirom na radni staž fizioterapeuta

5.2.5.4. Tolerancija na neslaganje i oblik fizioterapeutske prakse

Jednosmjernom analizom varijance ispitane su razlike u prosječnom rezultatu na skali *Tolerancija na neslaganje* s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse. Rezultati provedene analize pokazali su da nema statistički značajne razlike u toleranciji na neslaganje kod fizioterapeuta s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse koji obavljaju; $F(2,481)=1.79$; $p>.05$.

5.2.5.5. Komunikacija fizioterapeuta i tolerancija na neslaganje

Pearsonovim koeficijentom korelacije ispitana je povezanost između rezultata na skali *Tolerancija na neslaganje* i *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu.* Dobivena je niska, ali značajna pozitivna korelacija ($r=.12$, $p<.01$). Fizioterapeuti koji imaju viši rezultat na skali *Tolerancija na neslaganje* imaju i viši rezultat na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* i obrnuto.

5.3. PRIKAZ DOBIVENIH REZULTATA ANKETNOG ISTRAŽIVANJA O UČINKOVITOSTI KOMUNIKACIJE KORISNIKA FIZIOTERAPIJE S FIZIOTERAPEUTIMA

Anketno istraživanje o učinkovitosti komunikacije korisnika fizioterapije s fizioterapeutima obuhvaća pacijente na uzorku od 2902 ispitanika, u istim zdravstvenim ustanovama gdje je provedeno istraživanje i među fizioterapeutima. Istraživanjem su obuhvaćeni klinički slučajevi kod kojih se najčešće provodi fizioterapija – to su osobe s koštano-mišićnim bolestima ili ozljedama.

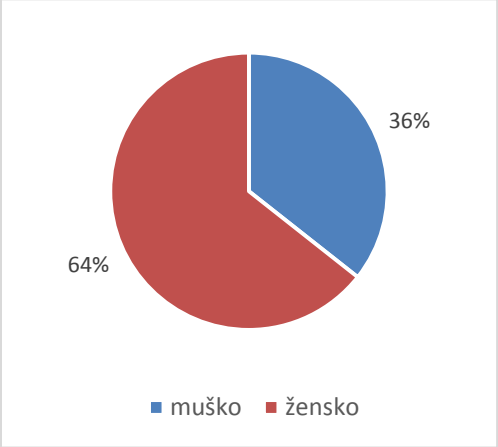
5.3.1. Osnovni podatci ispitanika

Osnovni podatci o ispitanicima u istraživanju podijeljeni su na: (1) sociodemografske podatke ispitanika (rod, dob, razina obrazovanja ispitanika) koji su prikazani u Tablici 36. te Slikama

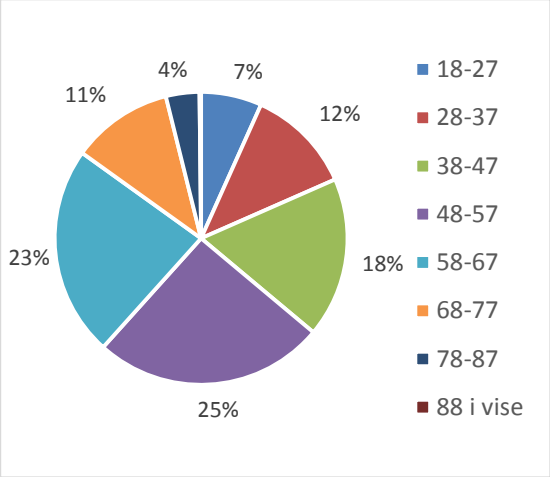
20., 21. i 22., (2) podatke o fizioterapiji (mjesto provođenja rehabilitacije, razina potpore zdravstvenog sustava, vrijeme provedeno na fizioterapiji) koji su prikazani u Tablici 37. te Slikama 23., 24., 25., (3) medicinske dijagnoze pacijenata zbog kojih su došli na fizioterapiju, a prikazane su u Tablici 38. i 39. te Slikom 26., te (4) podatke o funkcionalno oštećenoj tjelesnoj strukturi pacijenata koji su prikazani u Tablici 40.

Tablica 36. Sociodemografski podatci pacijenata

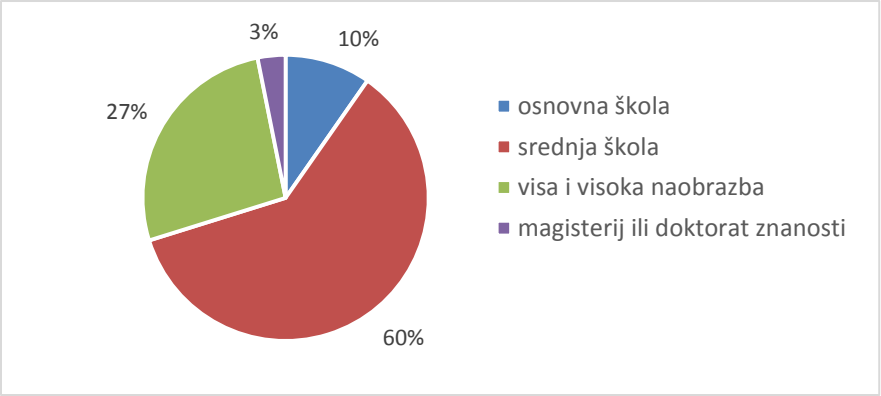
		f	%
Rod	Muško	1034	35.6
	Žensko	1868	64.4
Dob	18-27	194	6.7
	28-37	338	11.7
	38-47	511	17.7
	48-57	739	25.6
	58-67	672	23.3
	68-77	324	11.2
	78-87	107	3.7
	88 i više	5	.2
Razina obrazovanja	osnovna škola	280	9.7
	srednja škola	1745	60.5
	viša i visoka naobrazba	769	26.7
	magisterij ili doktorat znanosti	91	3.2



Slika 20. Rod pacijenata (%)



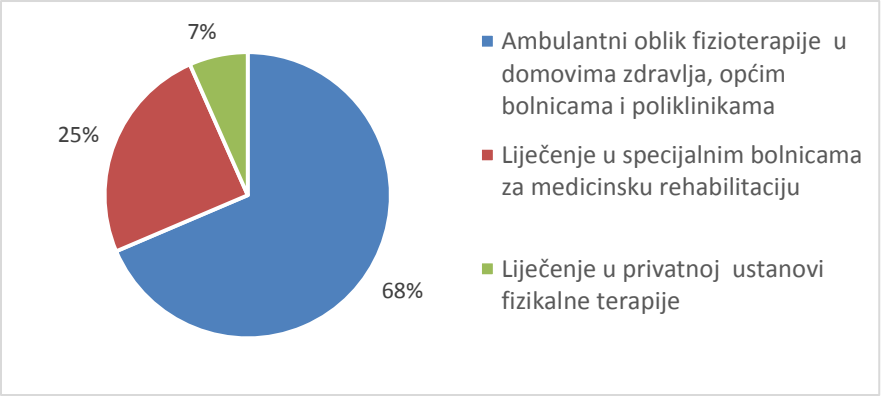
Slika 21. Dob pacijenata (%)



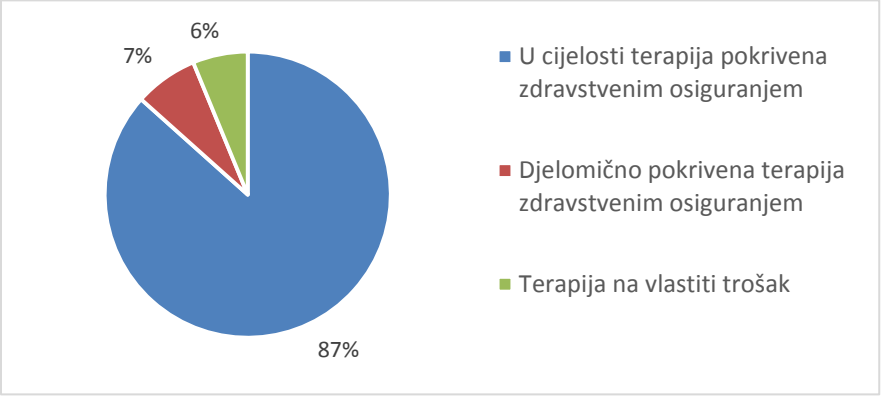
Slika 22. Razina obrazovanja pacijenata (%)

Tablica 37. Osnovni podatci o fizioterapiji

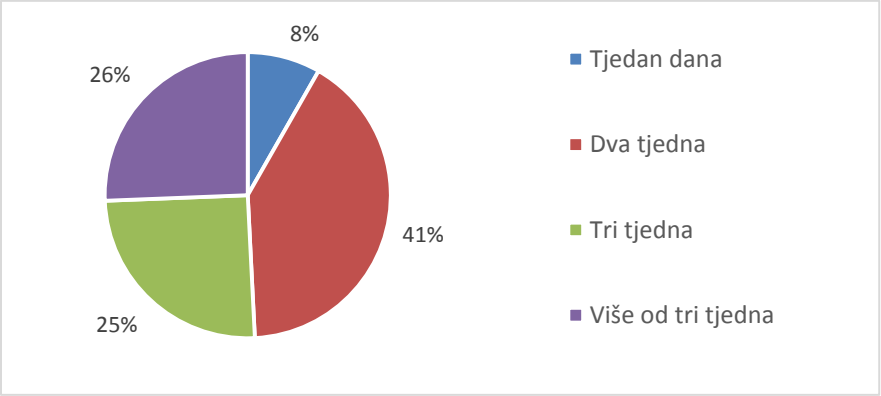
		f	%
Mjesto provođenja rehabilitacije	Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama, poliklinikama	1987	68.6
	Liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju	718	24.8
	Liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije	192	6.6
Razina potpore zdravstvenog sustava	U cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem	2504	86.6
	Djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem	207	7.2
	Terapija na vlastiti trošak	180	6.2
Vrijeme provedeno na fizioterapiji	Tjedan dana	239	8.3
	Dva tjedna	1186	41.0
	Tri tjedna	729	25.2
	Više od tri tjedna	742	25.6



Slika 23. Mjesto provođenja rehabilitacije (%)



Slika 24. Razina potpore zdravstvenog sustava



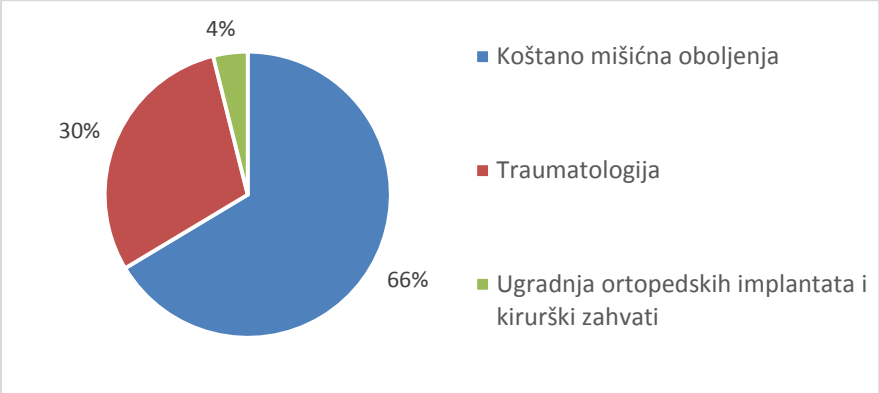
Slika 25. Vrijeme provedeno na fizioterapiji

Tablica 38. Medicinske dijagnoze pacijenata zbog kojih su došli na fizioterapiju

		f	%
M54	Bol u leđima (dorzalgija)	357	12.3
M75	Oštećenja ramena	208	7.2
M51	Drugi poremećaji intervertebralnog diska	176	6.1
S83	Dislokacija, uganuće i nategnuće koljenskih zglobova i ligamenata	164	5.7
M47	Spondiloza	140	4.8
M53	Ostale dorzopatije, nesvrstane drugamo	135	4.7
M05	Seropozitivni reumatoidni artritis	130	4.5
Z96	Prisutnost drugih funkcionalnih usadaka (ortopedski implantati)	111	3.8
M17	Artroza koljena	95	3.3
S93	Dislokacija, iščašenje i nategnuće zglobova i ligamenata u području nožnoga zgloba (gležnja) i stopala	94	3.2
S82	Prijelom potkoljenice, uključujući gležanj	91	3.1
M96	Poremećaji mišićno-koštanog sustava koji se pojavljuju nakon određenih postupaka, nesvrstan drugamo	90	3.1
M63	Poremećaji mišića kod bolesti svrstanih drugamo	82	2.8
S62	Prijelom u području ručnoga zgloba i šake	77	2.7
M61	Kalcifikacija i osifikacija mišića	73	2.5
S13	Dislokacija, uganuće i nategnuće zglobova i ligamenata u području vrata	73	2.5
M50	Poremećaji cervikalnog diska	71	2.4
M81	Osteoporoza bez patološkoga prijeloma	69	2.4
M23	Unutrašnji poremećaji koljena	68	2.3
S56	Ozljeda mišića i tetive u području podlaktice	68	2.3
M20	Stečene deformacije prstiju šake i stopala	64	2.2
M16	Artroza kuka	62	2.1
S43	Dislokacija, uganuće i nategnuće zglobova i ligamenata ramenog pojasa	61	2.1
S52	Prijelom podlaktice	59	2.0
S92	Prijelom stopala, osim gležnja	51	1.8
M07	Psorijatične i enteropatske artropatije	38	1.3
S42	Prijelom ramena i nadlaktice	38	1.3
S72	Prijelom bedrene kosti (femura)	31	1.1
M41	Skolioza	25	0.9
M45	Ankilozantni spondilitis	23	0.8
M80	Osteoporoza s patološkim prijelomom	20	0.7
S32	Prijelom lumbalne kralješnice i zdjelice	15	0.5
S76	Ozljeda mišića i tetive u području kuka i bedra	14	0.5
S86	Ozljeda mišića i tetive u području potkoljenice	8	0.3
S78	Traumatska amputacija kuka i bedra	6	0.2
S68	Traumatska amputacija ručnoga zgloba i šake	4	0.1
S61	Otvorena rana ručnoga zgloba i šake	2	0.1
S63	Dislokacija, uganuće i nategnuće zglobova i ligamenata u području ručnoga zgloba i šake	2	0.1
S80	Površinska ozljeda potkoljenice	2	0.1
S81	Otvorena rana potkoljenice	2	0.1
Z89	Stečeni gubitak ekstremiteta	2	0.1
M43	Ostale deformirajuće dorzopatije	1	0.0

Tablica 39. Medicinske dijagnoze pacijenata zbog kojih su došli na fizioterapiju po skupinama dijagnoza

	f	%
M – koštano-mišićna oboljenja	1927	66.4
S – traumatologija	862	29.7
Z – ugradnja ortopedskih implantata i kirurški zahvati	113	3.9



Slika 26. Medicinske dijagnoze pacijenata zbog kojih su došli na fizioterapiju po skupinama dijagnoza

Tablica 40. Podatci o funkcionalno oštećenoj tjelesnoj strukturi pacijenata

	f	**%**
Glava i vrat	452	15.6
Ramena	693	23.9
Ruka – nadlaktica	256	8.8
Ruka – podlaktica	254	8.8
Ruka – šaka	557	19.2
Zdjelica	248	8.5
Noga – bedro	487	16.8
Noga – potkoljenica	556	19.2
Nožni zglob i stopalo	513	17.7
Kralješnica	1112	38.3

Napomena: kod određenog broja pacijenata je oštećeno više tjelesnih struktura te je zbog toga ukupan broj (f) oštećenja veći od broja pacijenata koji su sudjelovali u istraživanju

5.3.1.1. Dijagnoza i rod pacijenata

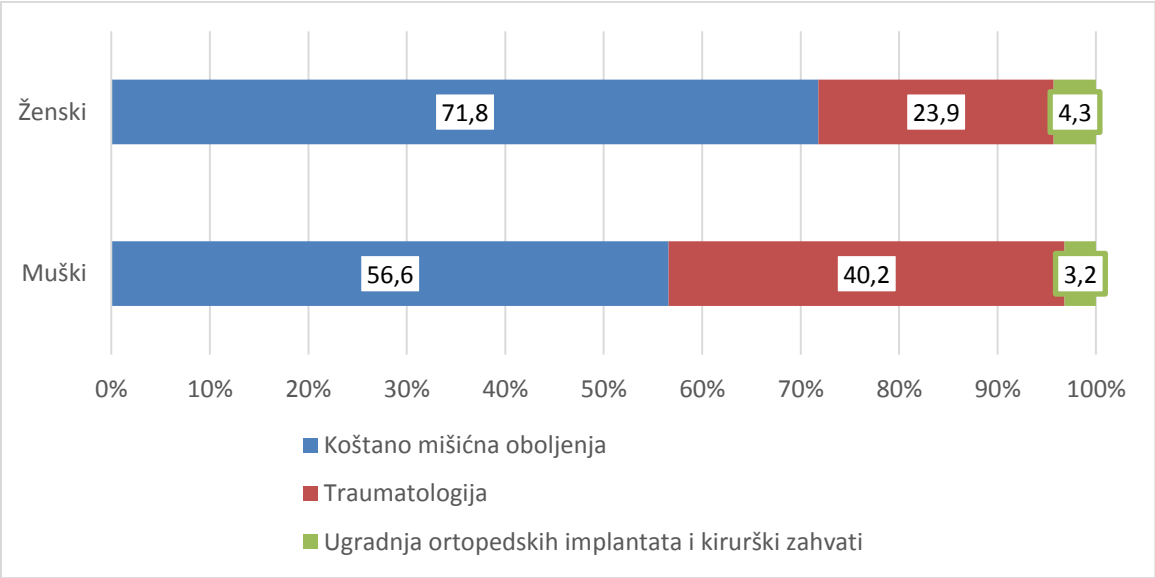
Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuju li se dijagnoze, odnosno medicinski problemi zbog kojih su pacijenti došli na fizikalnu terapiju s obzirom na njihov rod. Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na zavisnost medicinskog problema zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju (dijagnoze) i njihovog roda (χ^2= 85.34, df=2, N=2902, p<.01). U Tablici 41. prikazan je udio (frekvencije i postotci) dijagnoza s obzirom na rod pacijenata.

Tablica 41. Medicinski problem zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju (dijagnoza) s obzirom na njihov rod

		Rod		Ukupno
		Muški	Ženski	
Dijagnoza	M	585 (56.6%)	1342 (71.8%)	1927
	S	416 (40.2%)	446 (23.9%)	862
	Z	33 (3.2%)	80 (4.3%)	113
Ukupno		1034	1868	2902

M – koštano-mišićna oboljenja
S – traumatologija
Z – ugradnja ortopedskih implantata i kirurški zahvati

Kod pacijenata muškog roda nešto je veća zastupljenost traumatologije te nešto manja zastupljenost koštano-mišićnih oboljenja u usporedbi s pacijentima ženskog roda. Slika 27. prikazuje medicinski problem zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju (dijagnoza) s obzirom na njihov rod.



Slika 27. Medicinski problem zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju (dijagnoza) s obzirom na njihov rod (%)

5.3.1.2. Dijagnoza i dob pacijenata

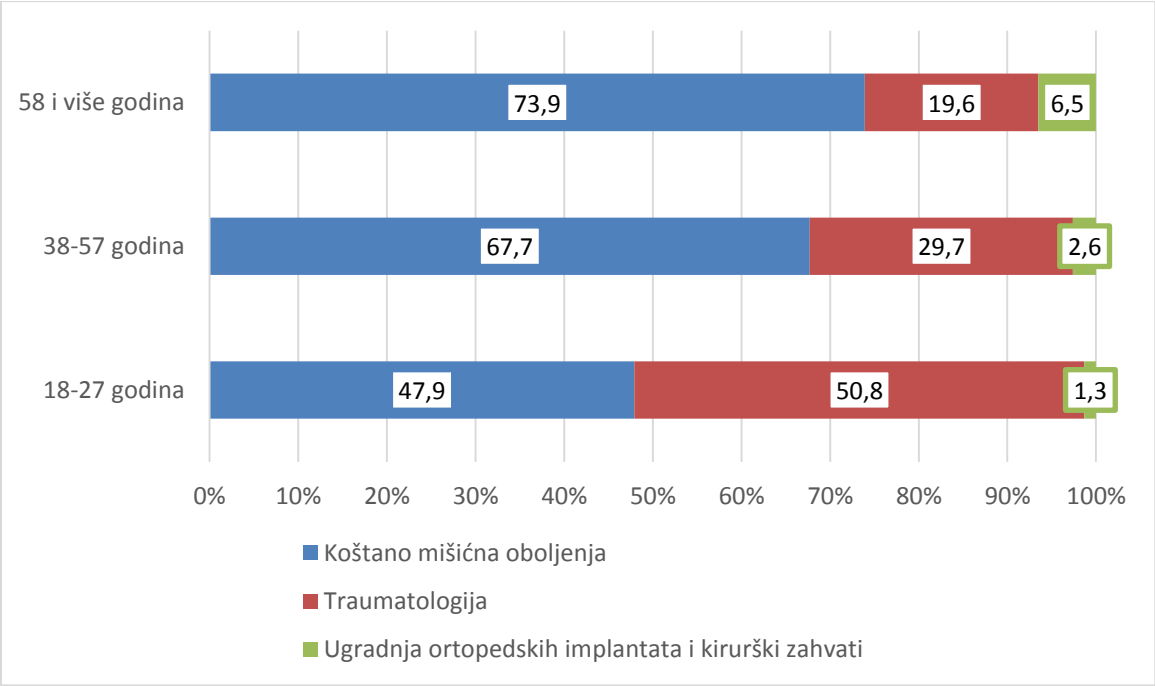
Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuju li se dijagnoze, odnosno medicinski problemi zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju s obzirom na njihovu dob. Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na zavisnost medicinskog problema zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju (dijagnoze) i njihove dobi (χ^2= 188.23, df=4, N=2890, p<.01). U Tablici 42. i Slikom 28 prikazan je udio (frekvencije i postotci) dijagnoza s obzirom na dob pacijenata.

Tablica 42. Medicinski problem zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju (dijagnoza) s obzirom na njihovu dob

		Dob			Ukupno
		18-37 godina	38-57 godina	58 i više godina	
Dijagnoza	M	255 (47.9%)	846 (67.7%)	819 (73.9%)	1920
	S	270 (50.8%)	371 (29.7%)	217 (19.6%)	858
	Z	7 (1.3%)	33 (2.6%)	72 (6.5%)	112
Ukupno		532	1250	1108	2890

M – koštano-mišićna oboljenja
S – traumatologija
Z – ugradnja ortopedskih implantata i kirurški zahvati

Rezultati pokazuju da je s povećanjem dobi veći udio koštano-mišićnih oboljenja i ugradnje ortopedskih implantata i kirurških zahvata, a manji udio traumatologije.



Slika 28. Medicinski problem zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju (dijagnoza) s obzirom na njihovu dob (%)

5.3.1.3. Prikaz funkcionalno oštećene tjelesne strukture s obzirom na rod pacijenata

U Tablici 43. prikazani su podatci o funkcionalno oštećenoj strukturi pacijenata s obzirom na njihov rod.

Tablica 43. Podatci o funkcionalno oštećenoj tjelesnoj strukturi pacijenata (frekvencije i postotci) s obzirom na rod pacijenata

			f	%
Glava	Glava i vrat	Muški	127	12.3
		Ženski	325	17.4
	Ramena	Muški	210	20.3
		Ženski	483	25.9
Ruka	Ruka – nadlaktica	Muški	75	7.3
		Ženski	181	9.7
	Ruka – podlaktica	Muški	102	9.9
		Ženski	152	8.1
	Ruka – šaka	Muški	155	15.0
		Ženski	402	21.5
Noga	Zdjelica	Muški	79	7.6
		Ženski	169	9.0
	Noga – bedro	Muški	175	16.9
		Ženski	312	16.7
	Noga – potkoljenica	Muški	221	21.4
		Ženski	335	17.9
	Nožni zglob i stopalo	Muški	175	16.9
		Ženski	338	18.1
	Kralješnica	Muški	351	33.9
		Ženski	761	40.7

5.3.1.4. Prikaz funkcionalno oštećene tjelesne strukture po dobi pacijenata

U Tablici 44. prikazano je funkcionalno oštećene tjelesne strukture s obzirom na dob pacijenata.

Tablica 44. Prikaz funkcionalno oštećene tjelesne strukture s obzirom na dob pacijenata

		Glava			
		Glava i vrat		Ramena	
		f	%	f	%
Dobna skupina	18-27	21	10.8	27	13.9
	28-37	42	12.4	33	9.8
	38-47	84	16.4	96	18.8
	48-57	122	16.5	207	28.0
	58-67	117	17.4	198	29.5
	68-77	53	16.4	98	30.2
	78-87	11	10.3	32	29.9
	88 i više	0	0.0	0	0.0

		Ruka					
		Ruka – nadlaktica		Ruka – podlaktica		Ruka – šaka	
		f	%	f	%	f	%
Dobna skupina	18-27	10	5.2	18	9.3	24	12.4
	28-37	19	5.6	21	6.2	51	15.1
	38-47	36	7.0	40	7.8	80	15.7
	48-57	71	9.6	78	10.6	177	24.0
	58-67	66	9.8	59	8.8	148	22.0
	68-77	43	13.3	26	8.0	55	17.0
	78-87	10	9.3	11	10.3	20	18.7
	88 i više	1	20.0	1	20.0	2	40.0

		Noga							
		Zdjelica		Noga – bedro		Noga – potkoljenica		Nožni zglob i stopalo	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Dobna skupina	18-27	8	4.1	37	19.1	39	20.1	32	16.5
	28-37	16	4.7	49	14.5	66	19.5	51	15.1
	38-47	27	5.3	69	13.5	88	17.2	95	18.6
	48-57	54	7.3	107	14.5	125	16.9	122	16.5
	58-67	73	10.9	120	17.9	127	18.9	130	19.3
	68-77	51	15.7	75	23.1	83	25.6	56	17.3
	78-87	19	17.8	27	25.2	25	23.4	23	21.5
	88 i više	0	0.0	0	0.0	1	20.0	2	40.0

		Kralješnica	
		f	%
Dobna skupina	18-27	41	21.1
	28-37	108	32.0
	38-47	196	38.4
	48-57	287	38.8
	58-67	280	41.7
	68-77	145	44.8
	78-87	47	43.9
	88 i više	2	40.0

5.3.2. Vlastita procjena zdravstvenog stanja

U Tablici 41. prikazani su deskriptivni podatci na razini pojedinih čestica (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*) koje se odnose na zdravstveno stanje na početku terapije. Također, za provjeru sadržajne valjanosti skale *Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku terapije* izračunate su korelacije pojedinih čestica s ukupnim rezultatom na skali (r_{it}).

Tablica 45. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku terapije

	M	SD	r_{it}
E1 Procjena jačine boli na početku fizikalne terapije	3.14	0.92	.45
E3 Procjena pokretljivosti zglobova na početku fizikalne terapije	2.73	1.13	.66
E5 Procjena stabilnosti zglobova na početku fizikalne terapije	2.51	1.21	.71
E7 Procjena mišićne snage na početku fizikalne terapije	2.66	1.16	.75
E9 Procjena mišićne izdržljivosti na početku fizikalne terapije	2.64	1.17	.77
E11 Procjena jednostavnih voljnih pokreta na početku fizikalne terapije	2.44	1.21	.80
E13 Procjena izvođenja složenih voljnih pokreta na početku fizikalne terapije	2.60	1.22	.79
E15 Koordinacija voljnih pokreta na početku fizikalne terapije	2.31	1.27	.79
E17 Pojava nevoljnih pokreta (nevoljne mišićne kontrakcije, tremor, tikovi) na početku fizikalne terapije	1.67	1.48	.51

Ukupan rezultat na skali izračunat je kao prosjek rezultata na navedenih 9 čestica. U Tablici 42. prikazani su deskriptivni podatci za cijelu skalu *Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku terapije* (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, minimalni rezultat – *Min*, maksimalni rezultat – *Max* i broj čestica – N). Također, u tablici je naveden koeficijent pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbachov alpha (α). Dobiveni koeficijent pouzdanosti (.91) ukazuje na jako dobru unutarnju konzistenciju skale.

Tablica 46. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku terapije

M	SD	Min	Max	N	α
2.52	.91	0.00	4.00	9	.91

U Tablici 43. prikazani su deskriptivni podatci na razini pojedinih čestica (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*) koje se odnose na zdravstveno stanje na kraju terapije. Također, za provjeru sadržajne valjanosti skale *Vlastita procjena zdravstvenog stanja na kraju terapije* izračunate su korelacije pojedinih čestica s ukupnim rezultatom na skali (r_{it}).

Tablica 47. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Vlastita procjena zdravstvenog stanja na kraju terapije

	M	SD	r_{it}
E2 Procjena jačine boli po završetku fizikalne terapije	1.64	0.92	.57
E4 Procjena pokretljivosti zglobova na kraju fizikalne terapije	1.60	1.03	.78
E6 Procjena stabilnosti zglobova na kraju fizikalne terapije	1.52	1.07	.80
E8 Procjena mišićne snage na kraju fizikalne terapije	1.57	1.06	.82
E10 Procjena mišićne izdržljivosti na kraju fizikalne terapije	1.56	1.05	.82
E12 Procjena jednostavnih voljnih pokreta na kraju fizikalne terapije	1.43	1.11	.85
E14 Procjena složenih voljnih pokreta na kraju fizikalne terapije	1.55	1.10	.83
E16 Koordinacija voljnih pokreta na kraju fizikalne terapije	1.38	1.11	.84
E18 Pojava nevoljnih pokreta (nevoljne mišićne kontrakcije, tremor, tikovi) na kraju fizikalne terapije	0.94	1.07	.58

Ukupan rezultat na skali *Vlastita procjena zdravstvenog stanja na kraju terapije* izračunat je kao prosjek rezultata na navedenih 9 čestica. U Tablici 44. prikazani su deskriptivni podatci za cijelu skalu (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, minimalni rezultat – *Min*, maksimalni rezultat – *Max* i broj čestica – N). Također, u tablici je naveden koeficijent pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbachov alpha (α). Dobiveni koeficijent pouzdanosti (.94) ukazuje na jako dobru unutarnju konzistenciju skale.

Tablica 48. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Vlastita procjena zdravstvenog stanja na kraju terapije

M	SD	Min	Max	N	α
1.47	.87	0.00	4.00	9	.94

5.3.2.1. Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije

Normalnost distribucije varijabli kojima je mjerena procjena zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije provjerena je računanjem indeksa simetričnosti i kurtoze. Na skali *Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku fizikalne terapije*, indeks simetričnosti (*Skewness*; -0.37) i kurtoze (*Kurtosis*; -0.53) ne ukazuju na znatno odstupanje od normalnosti distribucije. Također, ni na skali kojima je mjerena procjena zdravstvenog stanja na kraju terapije, indeks simetričnosti (*Skewness*; 0.38) i kurtoze (*Kurtosis*; -0.44) ne ukazuju na znatno odstupanje od normalnosti distribucije.

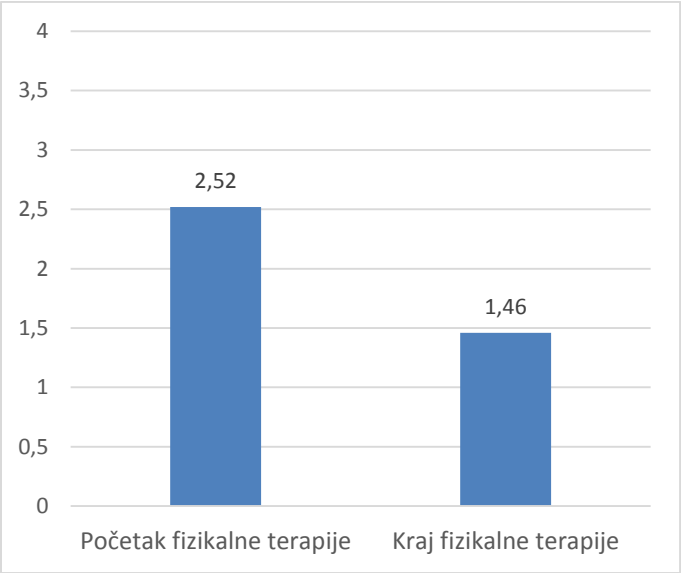
Kako bi se ispitalo je li došlo do promjene u samoprocjeni zdravstvenog stanja pacijenata na kraju fizikalne terapije, izračunat je t-test za zavisne uzorke kojim je testirana razlika u prosječnom rezultatu na skali *Vlastita procjena zdravstvenog stanja* na početku i kraju fizikalne terapije. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, t-omjer, stupnjevi slobode – *df* i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 49. Prosječnu procjenu zdravstvenog stanja (poteškoća) pacijenata na početku i na kraju fizikalne terapije prikazuje i Slika 27.

Tablica 49. Razlike u vlastitoj procjeni vlastitog zdravstvenog stanja (poteškoća) pacijenata na početku i kraju fizikalne terapije

Vrijeme procjene	N	M	SD	t	df	p
Početak fizikalne terapije	2868	2.52	0.91	55.67**	2867	<.01
Kraj fizikalne terapije	2868	1.46	0.87			

**p<.01

Dobiveni rezultati ukazuju na značajno niži rezultat na skali na kraju nego na početku fizikalne terapije, odnosno ukazuju na značajno smanjenje u procjeni poteškoća nakon fizikalne terapije.



Slika 29. Prosječna procjena zdravstvenog stanja (poteškoća) pacijenata na početku i na kraju fizikalne terapije

5.3.2.2. Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije s obzirom na rod pacijenata

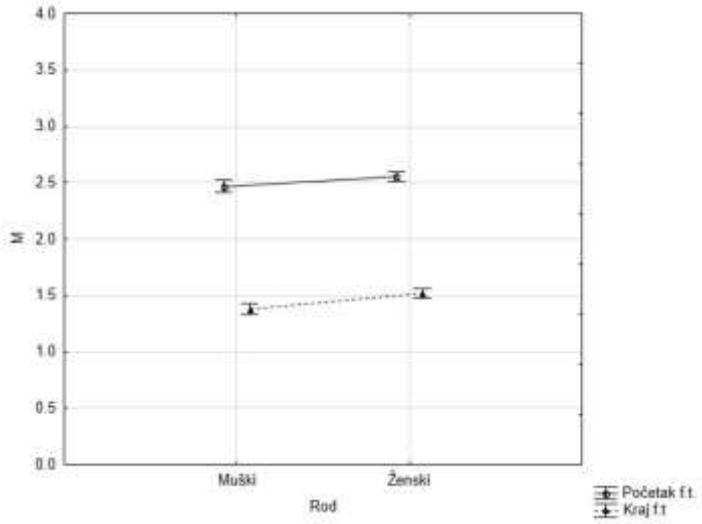
Kako bi se ispitalo je li došlo do razlike u procjeni vlastitog zdravstvenog stanja pacijenata na početku i kraju fizikalne terapije, s obzirom na njihov rod, provedena je 2x2 analiza varijance s ponovljenim mjerenjima na jednom faktoru (vrijeme procjene). Rezultati provedene analize (aritmetička sredina – *M*, standardna pogreška – *SE*, F-omjer, stupnjevi slobode – *df* i veličina efekta – η_p^2) prikazani su u Tablici 50.

Tablica 50. Rezultati dvosmjerne analize varijance za varijablu procjene vlastitog zdravstvenog stanja kod pacijenata različitog roda

		M	SE	F	df	η_p^2
Vrijeme procjene	Početak fizikalne terapije	2.52	.02	2886.56**	1,2866	.50
	Kraj fizikalne terapije	1.46	.02			
Rod	Muški	1.92	.02	15.43**	1,2866	.01
	Ženski	2.03	.02			
Vrijeme procjene x rod	-	-	-	1.82	1,2866	-

**p<.01

Dobiven je značajan glavni efekt vremena procjene (objašnjen u prethodnom poglavlju *Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije*). Dobiven je značajan glavni efekt roda na procjenu zdravstvenog stanja, pri čemu pacijenti muškog roda u prosjeku navode manje poteškoća nego pacijenti ženskog roda. Nije dobivena statistički značajna interakcija vremena procjene i roda na procjenu vlastitog zdravstvenog stanja. Na Slici 30. prikazana je procjena vlastitog zdravstvenog stanja na početku i kraju fizikalne terapije kod pacijenata različitog roda.



Slika 30. Prosječna procjena vlastitog zdravstvenog stanja na početku i kraju fizikalne terapije kod pacijenata različitog roda

5.3.2.3. Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije s obzirom na dob pacijenata

Kako bi se ispitalo je li došlo do razlike u procjeni vlastitog zdravstvenog stanja pacijenata na početku i kraju fizikalne terapije s obzirom na njihovu dob, provedena je 2x3 analiza varijance s ponovljenim mjerenjima na jednom faktoru (vrijeme procjene). Ispitanici su svrstani u tri skupine s obzirom na dob (18-37 godina, 38-57 godina te 58 i više godina). Rezultati provedene analize (aritmetička sredina – *M*, standardna pogreška – *SE*, F-omjer, stupnjevi slobode – *df* i veličina efekta – η_p^2) prikazani su u Tablici 51.

Tablica 51. Rezultati dvosmjerne analize varijance za varijablu procjene vlastitog zdravstvenog stanja kod pacijenata različite dobi

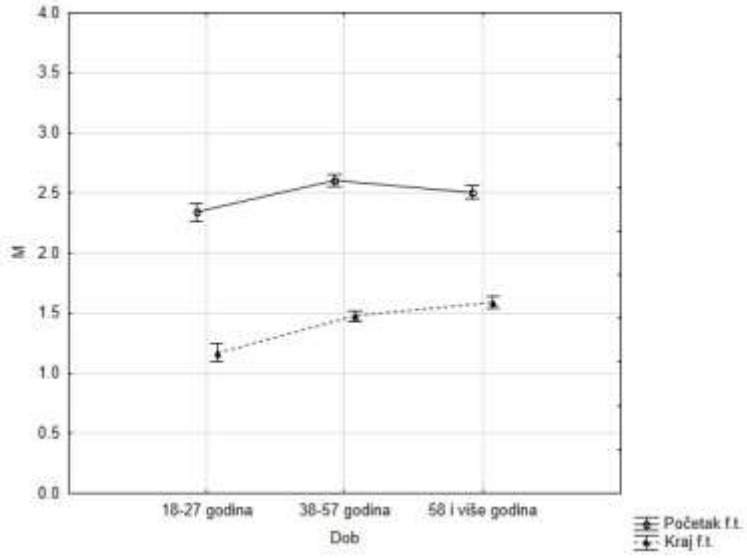
		M	SE	F	df	η_p^2
Vrijeme procjene	Početak fizikalne terapije	2.48	.02	2807.23**	1,2853	.50
	Kraj fizikalne terapije	1.41	.02			
Dob	18-37 godina	1.76	.03			
	38-57 godina	2.04	.02	34.24**	1,2853	.02
	58 i više godina	2.05	.02			
Vrijeme procjene x dob	Početak f.t. -18-37 godina	2.34	.04			
	Kraj f.t. - 18-37 godina	1.17	.04			
	Početak f.t. - 38-57 godina	2.60	.03			
	Kraj f.t. - 38-57 godina	1.48	.02	16.95**	2,2853	.01
	Početak f.t.- 58 i više godina	2.51	.03			
	Kraj f.t.- 58 i više godina	1.59	.03			

**p<.01

Dobiven je značajan glavni efekt vremena procjene (objašnjen u poglavlju *Vlastita procjena zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije*). Dobiven je značajan glavni efekt dobi na procjenu zdravstvenog stanja. *Post-hoc* testom (*Scheffe*) utvrđeno je da najmlađa skupina pacijenata (18-37 godina) ima značajno niži prosječan rezultat na skali *Vlastita*

procjena zdravstvenog stanja od pacijenata u ostalim dobnim skupinama, odnosno da u prosjeku navode manje poteškoće. Procjene poteškoća pacijenata iz skupine 38-57 godina i pacijenata iz skupine 58 i više godina ne razlikuju se značajno.

Dobivena je značajna interakcija vremena procjene i dobi na procjenu vlastitog zdravstvenog stanja, prikazana na Slici 31.



Slika 31. Prosječna procjena vlastitog zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije kod pacijenata različite dobi

Kod sve tri dobne skupine procjena poteškoća na početku fizikalne terapije bila je viša nego na kraju fizikalne terapije.

Dobivena interakcija vidljiva je u razlikama u procjeni poteškoća među skupinama na pojedinim razinama varijable koja se odnosi na vrijeme mjerenja. Na početku fizikalne terapije, prosječna procjena poteškoća kod najmlađe skupine pacijenata (18-37 godina) bila je niža nego kod ostalih skupina. Procjena poteškoća skupine 38-57 godina nije se razlikovala od najstarije skupine (58 i više godina).

Na kraju fizikalne terapije, prosječna procjena poteškoća bila je najniža kod najmlađe skupine (18-37 godina), viša kod skupine 38-57 godina i najviša kod najstarije skupine (58 i više godina).

5.3.3. Procjena komunikacijskog straha od fizioterapeuta

U Tablici 52. prikazani su deskriptivni podatci na razini pojedinih čestica (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*) skale *Strah od fizioterapeuta* (FOP). Također, za provjeru sadržajne valjanosti skale izračunate su korelacije pojedinih tvrdnji s ukupnim rezultatom na skali (r_{it}).

Tablica 52. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Strah od fizioterapeuta

	M	**SD**	$\mathbf{r_{it}}$
F1 Osjećam se napeto.	1.34	0.70	.64
F2 Osjećam se smireno.*	1.36	0.81	.60
F3 Osjećam se mučno.	1.12	0.46	.43
F4 Osjećam se nervozno.	1.27	0.65	.59
F5 Osjećam se opušteno.*	1.33	0.77	.63

**tvrdnje su rekodirane u suprotnom smjeru*

Dobiveni koeficijent pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbachov alpha (α) iznosi .79 i ukazuje na relativno dobru unutarnju konzistenciju skale. Ukupan rezultat na skali *Strah od fizioterapeuta* izračunat je prema formuli FOP=15 + (F1+F3+F4) – (F2+F5). U Tablici 53. prikazani su deskriptivni podatci za cijelu skalu (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, minimalni rezultat – *Min*, maksimalni rezultat – *Max* i broj čestica – N) i koeficijent pouzdanosti.

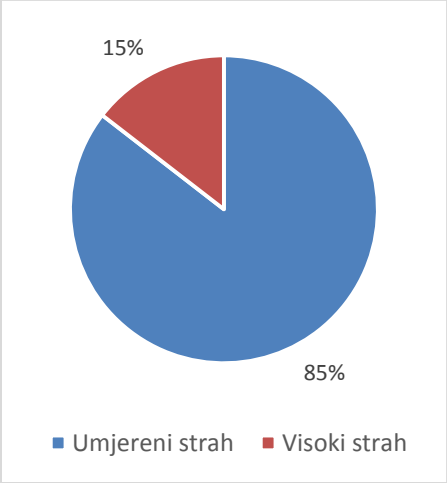
Tablica 53. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Strah od fizioterapeuta

M	**SD**	**Min**	**Max**	**N**	**α**
11.42	2.53	10.00	25.00	5	.79

Ispitanici su svrstani u tri kategorije s obzirom na njihov strah od fizioterapeuta, na temelju njihovog rezultata na skali *Strah od fizioterapeuta* (slabi = manje od 7 bodova na skali, umjereni = 7-13 bodova i visoki strah = više od 13 bodova). U Tablici 54. prikazan je udio ispitanika u pojedinim kategorijama. Slika 32. prikazuje zastupljenost pojedinih razina straha od fizioterapeuta.

Tablica 54. Podatci (frekvencije i postotci) za različite razine straha od fizioterapeuta

	f	%
Slabi strah	0	0.0
Umjereni strah	2472	85.5
Visoki strah	420	14.5



Slika 32. Prikaz zastupljenosti pojedinih razina straha od fizioterapeuta

Iz podataka navedenih u tablici vidljivo je da većina ispitanika procjenjuje da ima umjereni strah od fizioterapeuta, mali udio njih ima visoki strah, a nitko od ispitanika nije u kategoriji pacijenata koji prema rezultatu na skali *Strah od fizioterapeuta* imaju slabi strah od fizioterapeuta.

5.3.3.1. Strah od fizioterapeuta i rod pacijenata

Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuje li se strah od fizioterapeuta s obzirom na rod pacijenata. Rezultati hi-kvadrat testa pokazali su da nema značajne razlike u strahu od fizioterapeuta kod pacijenata muškog i ženskog roda (χ^2=0.10, df=1, N=2892, p>.05).

5.3.3.2. Strah od fizioterapeuta i dob pacijenata

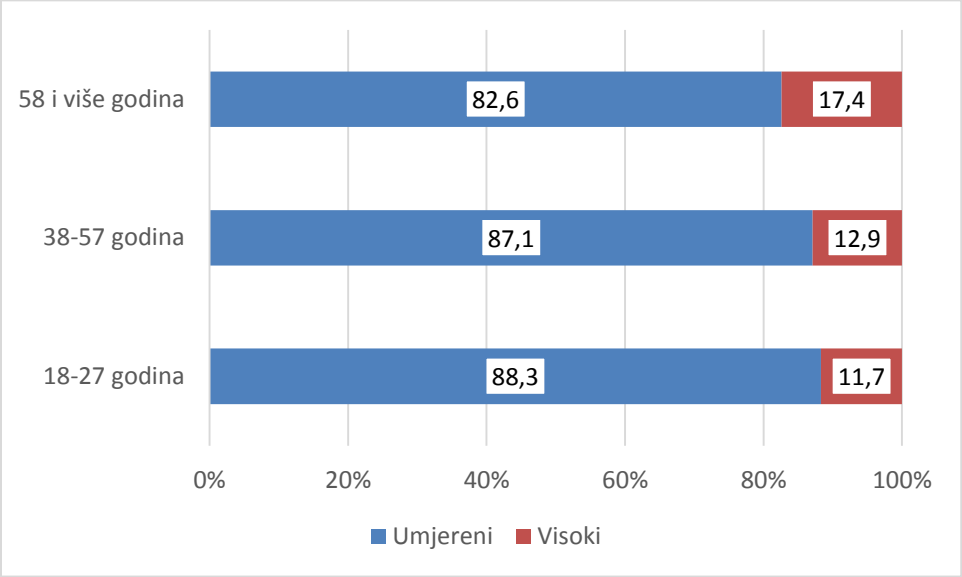
Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuje li se strah od fizioterapeuta s obzirom na dob pacijenata. Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na zavisnost straha od fizioterapeuta i dobi

pacijenata (χ^2= 13.71, df=2, N=2880, p<.01). U Tablici 55. prikazan je strah od fizioterapeuta (frekvencije i postotci) s obzirom na dob pacijenata. Slika 33. prikazuje strah od fizioterapeuta s obzirom na dob pacijenata.

Tablica 55. Strah od fizioterapeuta s obzirom na dob pacijenata

		Dobna skupina			Ukupno
		18-37 godina	38-57 godina	58 i više godina	
Strah od fizioterapeuta	Umjereni	469 (88.3%)	1087 (87.1%)	909 (82.6%)	2465
	Visoki	62 (11.7%)	161 (12.9%)	192 (17.4%)	415
Ukupno		531	1248	1101	2880

Iz rezultata prikazanih u tablici vidljivo je da je u skupini pacijenata od 58 i više godina veći udio pacijenata s visokim strahom od fizioterapeuta (17.4%), nego u mlađim skupinama pacijenata (11.7% u najmlađoj skupini i 12.9% u skupini od 38 do 57 godina).



Slika 33. Strah od fizioterapeuta s obzirom na dob pacijenata (%)

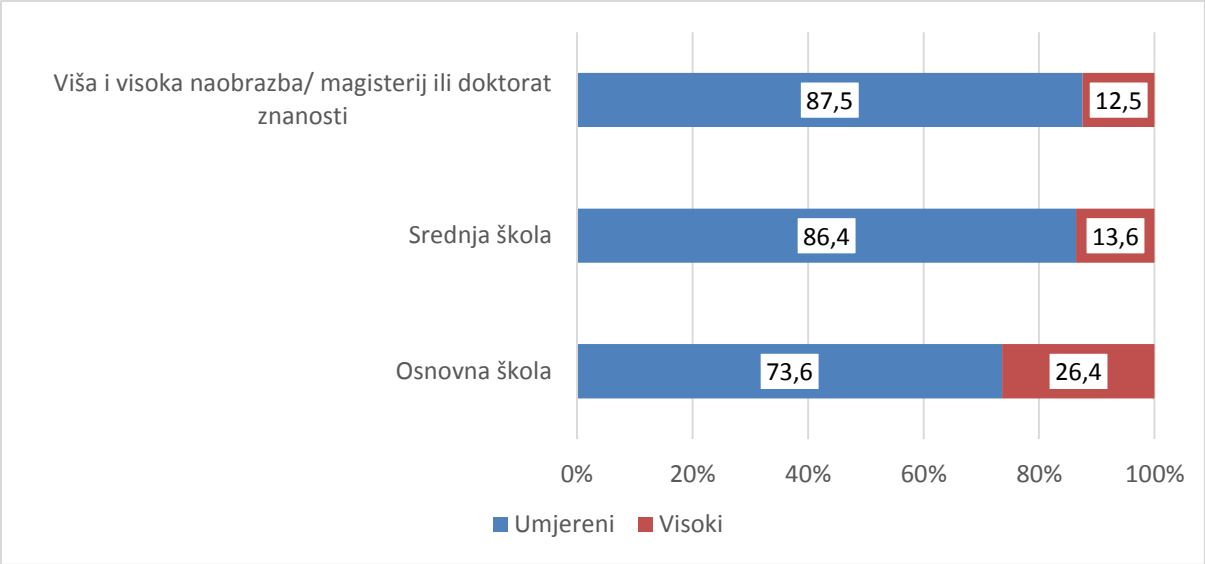
5.3.3.3. Strah od fizioterapeuta i obrazovanje pacijenata

Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuje li se strah od fizioterapeuta s obzirom na obrazovanje pacijenata. Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na zavisnost straha od fizioterapeuta i obrazovanja pacijenata (χ^2= 36.17, df=2, N=2875 p<.01). U Tablici 56. prikazan je strah od fizioterapeuta (frekvencije i postotci) s obzirom na obrazovanje pacijenata.

Tablica 56. Strah od fizioterapeuta s obzirom na obrazovanje pacijenata

		Obrazovanje			Ukupno
		Osnovna škola	Srednja škola	Viša i visoka naobrazba/ magisterij ili doktorat znanosti	
Strah od fizioterapeuta	Umjereni	206	1500	752	2458
		73.6%	86.4%	87.5%	
	Visoki	74	236	107	417
		26.4%	13.6%	12.5%	
Ukupno		280	1736	859	2875

Iz podataka prikazanih u tablici vidljivo je da je u skupini pacijenata s najnižom razinom obrazovanja (osnovna škola) veći udio pacijenata s visokim strahom od fizioterapeuta (26.4%) nego u skupinama s višim razinama obrazovanja (13.6% u skupini sa završenom srednjom školom, odnosno 12.5% kod pacijenata s višim razinama obrazovanja). Slika 34. prikazuje strah od fizioterapeuta s obzirom na obrazovanje pacijenata.



Slika 34. Strah od fizioterapeuta s obzirom na obrazovanje pacijenata

5.3.4. Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom

U Tablici 57. prikazani su deskriptivni podatci na razini pojedinih čestica (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*) skale *Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom*. Također, za provjeru sadržajne valjanosti skale izračunate su korelacije pojedinih tvrdnji s ukupnim rezultatom na skali (r_{it}).

Tablica 57. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom

	M	SD	r_{it}
G1 Kako biste ocijenili temeljitost pitanja kojima Vas je fizioterapeut ispitao o Vašem zdravstvenom stanju i simptomima bolesti?	4.29	0.90	.81
G2 Kako biste ocijenili pozornost koju Vam fizioterapeut poklanja kada mu se obraćate?	4.51	0.76	.84
G3 Kako ocjenjujete objašnjenja kojima Vam fizioterapeut objašnjava Vaše zdravstvene probleme ili postupke koje namjerava provoditi?	4.43	0.83	.85
G4 Kako ocjenjujete odgovore fizioterapeuta na Vaša pitanja?	4.47	0.80	.84
G5 Kako biste ocijenili duljinu razgovora i vrijeme koje je fizioterapeut posvetio u razgovoru s Vama?	4.23	0.93	.84
G6 Kako biste ocijenili strpljivost fizioterapeuta u razgovoru s Vama?	4.52	0.79	.85
G7 Kako biste ocijenili razinu bliskosti fizioterapeuta prema Vama?	4.25	0.91	.79

Ukupan rezultat na skali *Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom* izračunat je kao prosjek rezultata na navedenih 7 čestica. U Tablici 58. prikazani su deskriptivni podatci za cijelu skalu (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, minimalni rezultat – *Min*, maksimalni rezultat – *Max* i broj čestica – N). Također, u tablici je naveden koeficijent pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbachov alpha (α). Dobiveni koeficijent pouzdanosti (.95) ukazuje na jako dobru unutarnju konzistenciju skale.

Tablica 58. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom

M	SD	Min	Max	N	α
4.39	0.74	1	5	7	.95

Normalnost distribucije rezultata na skali *Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom* provjerena je računanjem indeksa simetričnosti (*Skewness*; -1.47) i kurtoze (*Kurtosis*; 2.25). Navedeni indeksi ukazuju na znatno odstupanje od normalnosti, odnosno na negativno asimetričnu distribuciju, pa su zbog toga kao statističke analize odabrani neparametrijski testovi.

5.3.4.1. Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom i dob pacijenata

Kako bi se ispitala učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na dob pacijenata proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2,stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 59.

Tablica 59. Razlike u učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na dob pacijenata

Dobna skupina	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
18-37 godina	532	1559.71	4.86	0.86	29.71	2	<.01
38-57 godina	1244	1472.55	4.71	1.00			
58 i više godina	1100	1341.37	4.57	1.14			

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom* s obzirom na dob pacijenata (χ^2= 29.71, df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđena je značajno niža procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom najstarije skupine pacijenata (58 i više godina) nego ostalih skupina. Između procjena najmlađe skupine (18-37 godina) i skupine od 38 do 57 godina nema značajne razlike.

5.3.4.2. Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom i rod pacijenata

Kako bi se ispitala procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na rod pacijenata proveden je Mann-Whitney U test. Nije dobivena statistički značajna razlika u procjeni učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom između pacijenata muškog i ženskog roda (U=923626.000, Z=-1.56, p>.05).

5.3.4.3. Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom i obrazovanje pacijenata

Kako bi se ispitala učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na obrazovanje pacijenata proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2,stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 60.

Tablica 60. Razlike u učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na obrazovanje pacijenata

Obrazovanje	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
Osnovna škola	280	1437.28	4.71	1			
Srednja škola	1734	1464.09	4.71	1			
Viša i visoka naobrazba/ magisterij ili doktorat znanosti	857	1378.75	4.57	1	6.35	2	<.05

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom* s obzirom na obrazovanje pacijenata (χ^2= 6.35, df=2, p<.05). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđena je značajno niža procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom za skupinu pacijenata s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) nego za skupinu sa srednjim stupnjem obrazovanja (srednja škola). Procjene ostalih grupa ne razlikuju se značajno.

5.3.4.4. Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom i mjesto provođenja rehabilitacije

Kako bi se ispitala *učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom* s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije (1. ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama, 2. liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju, 3. liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije) proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2,stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 61.

Tablica 61. Razlike u učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije

Mjesto provođenja rehabilitacije	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
1	1976	1420.85	4.71	1			
2	715	1438.67	4.71	1	16.66	2	<.01
3	192	1672.11	4.86	0.71			

1 - Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama
2 - Liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju
3 - Liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom* s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije (χ^2= 16.66, df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđena je značajno viša procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom za skupinu pacijenata koji se liječe u privatnoj ustanovi fizikalne terapije nego u ostalim skupinama. Između procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom ostalih skupina nema značajne razlike.

5.3.4.5. Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom i razina potpore zdravstvenog sustava

Kako bi se ispitala učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava (1. u cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem, 2. djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem, 3. terapija na vlastiti trošak) proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2, stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 62.

Tablica 62. Razlike u učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava

Razina potpore	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
1	2490	1454.18	4.71	1			
2	207	1112.94	4.29	1.14	41.56	2	<.01
3	180	1603.97	4.86	0.86			

1 - U cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem
2 - Djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem
3 - Terapija na vlastiti trošak

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom* s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava (χ^2= 41.56, df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđena je značajno niža procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom kod pacijenata kojima je djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem nego u ostalim skupinama, koje se međusobno ne razlikuju.

5.3.5. Procjena stavova korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom

U Tablici 63. prikazani su deskriptivni podatci na razini pojedinih čestica (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*) skale *Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom*. Također, za provjeru sadržajne valjanosti skale izračunate su korelacije pojedinih čestica s ukupnim rezultatom na skali (r_{it}).

Tablica 63. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom

	M	SD	r_{it}
H1 Ako fizioterapeuta zanimaju pojedinosti o mom zdravstvenom stanju, znači da brine o meni.	4.46	0.68	.58
H2 Dobro se osjećam kada mi fizioterapeut kaže: „Razumijem Vas“ ili „Suosjećam s Vama“.	4.34	0.75	.66
H4 Osjećam se bolje i motiviranije kada me fizioterapeut potiče tijekom vježbanja: „Vi to možete učiniti“.	4.46	0.72	.68
H5 Osjećam se hrabrije zbog podrške obitelj i/ili prijatelja tijekom fizioterapije.	4.32	0.85	.60
H6 Osjećam veće samopouzdanje ako mi fizioterapeut objasni ciljeve i plan daljnjeg liječenja.	4.58	0.64	.68
H7 Zadovoljan/na sam kada fizioterapeut iskazuje poštovanje prema meni i sebi, održavajući terapiju u točno zakazano vrijeme.	4.67	0.56	.62
H8 Zadovoljan/na sam kada mogu o svom zdravstvenom problemu razgovarati s fizioterapeutom.	4.59	0.61	.68
H10 Duhovitost i humor fizioterapeuta tijekom terapije poboljšava moje psihološko stanje.	4.39	0.76	.62
H11 Ako me fizioterapeut pažljivo sluša, ublažava moju napetost i pritisak.	4.35	0.76	.69
H13 Prvi dojam o fizioterapeutu za mene je vrlo važan.	4.23	0.89	.49
H14 Živost govora fizioterapeuta (ton glasa, brzina i ritam govora) pozitivno utječu na mene tijekom terapije.	4.27	0.81	.61

Zadržano je 11 čestica koje imaju zadovoljavajuće korelacije s ukupnim rezultatom na skali. Tvrdnje koje su **izbačene iz daljnje obrade**, koje zbog niskih korelacija s ukupnim rezultatom (**r_{it}**≤.40) na skali nisu uvrštene u skalu su: H3 *Mislim da moje psihološko stanje utječe na moju zdravstvenu situaciju*, H9 *Ne želim razgovarati s fizioterapeutom samo kada sam loše volje*, H12 *Vjerujem u moje molitve i duhovnost koje mi olakšavaju osjećaj boli*, H15

Osjećam da je razgovor s fizioterapeutom gubitak vremena, *H16 Zadovoljniji/ja sam ako se tijekom terapije izmjenjuju različiti fizioterapeuti, a ne da uvijek bude jedan te isti*, H17 *Moj prvi dojam o fizioterapeutu je nepromjenljiv, čak i ako on poboljša svoj odnos prema meni tijekom terapije.*

Ukupan rezultat na skali *Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom* izračunat je kao prosjek rezultata na navedenih 11 čestica. U Tablici 64. prikazani su deskriptivni podatci za cijelu skalu (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, minimalni rezultat – *Min*, maksimalni rezultat – *Max* i broj čestica – N). Također, u tablici je naveden koeficijent pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbachov alpha (α). Dobiveni koeficijent pouzdanosti (.89) ukazuje na dobru unutarnju konzistenciju skale.

Tablica 64. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji sa fizioterapeutom

M	SD	Min	Max	N	α
4.42	0.51	1.00	5.00	11	.89

Normalnost distribucije rezultata na skali *Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom* provjerena je računanjem indeksa simetričnosti (*Skewness*; -1.02) i kurtoze (*Kurtosis*; 1.63). S obzirom da navedeni indeksi ukazuju na znatno odstupanje od normalnosti, odnosno na negativno asimetričnu distribuciju, kao statističke analize odabrani su neparametrijski testovi.

5.3.5.1. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom i dob pacijenata

Kako bi se ispitali stavovi pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na dob pacijenata, proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2,stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 65.

Tablica 65. Razlike u stavovima pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na dob pacijenat

Dobna skupina	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
18-37 godina	528	1301.04	4.41	0.82	15.88	2	<.01
38-57 godina	1239	1455.01	4.55	0.82			
58 i više godina	1091	1462.70	4.55	0.82			

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom* s obzirom na dob pacijenata (χ^2= 15.88, df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno niži prosječan rezultat na skali kod najmlađe skupine pacijenata (18-37 godina) nego kod ostalih skupina. Između procjena srednje (38-57 godina) i najstarije skupine (58 i više godina) nema značajne razlike.

5.3.5.2. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom i rod pacijenata

Kako bi se ispitala razlika u prosječnom rezultatu na skali *Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom* s obzirom na rod pacijenata proveden je Mann-Whitney U test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3-Q_1, Mann Whitney U, Z, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 66. i ukazuju na značajno viši rezultat kod pacijenata ženskog roda.

Tablica 66. Razlike u stavovima korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na njihov rod

Rod	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	Mann-Whitney U	Z	p
Muško	1023	1382.46	4.45	0.82	890477.00	-2.56	<.05
Žensko	1847	1464.88	4.55	0.82			

5.3.5.3. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom i obrazovanje pacijenata

Kako bi se ispitala razlika u prosječnom rezultatu na skali *Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom* s obzirom na obrazovanje pacijenata, proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2, stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 67.

Tablica 67. Razlike u stavovima pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na obrazovanje pacijenata

Obrazovanje	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
Osnovna škola	276	1496.61	4.55	0.82			
Srednja škola	1723	1449.40	4.55	0.82			
Viša i visoka naobrazba/ magisterij ili doktorat znanosti	854	1359.32	4.45	0.82	9.09	2	<.05

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom* s obzirom na obrazovanje pacijenata (χ^2= 9.09, df=2, p<.05). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno niži rezultat na skali za skupinu pacijenata s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) nego za ostale skupine, koje se međusobno ne razlikuju.

5.3.5.4. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom i mjesto provođenja rehabilitacije

Kako bi se ispitali stavovi pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije (1. ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama, 2. liječenje u specijalnim bolnicama za

medicinsku rehabilitaciju, 3. liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije) proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2, stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 68.

Tablica 68. Razlike u stavovima pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije

Mjesto provođenja rehabilitacije	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
1	1962	1392.17	4.45	0.82			
2	714	1535.80	4.64	0.73	16.30	2	<.01
3	189	1468.44	4.55	0.86			

1 - Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama
2 - Liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju
3 - Liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom* s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije (χ^2= 16.30, df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno viši rezultat na skali za skupinu pacijenata koji se liječe u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju nego onih koji su uključeni u ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama. Između ostalih skupina nema značajne razlike.

5.3.5.5. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom i razina potpore zdravstvenog sustava

Kako bi se ispitali stavovi pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava (1. u cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem, 2. djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem, 3. terapija na vlastiti trošak) proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize

(broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2, stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 69.

Tablica 69. Razlike u stavovima pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava

Razina potpore	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
1	2477	1443.55	4.55	0.82			
2	205	1293.54	4.45	0.77	6.59	2	<.05
3	177	1398.47	4.55	0.82			

1 - U cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem
2 - Djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem
3 - Terapija na vlastiti trošak

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom* s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava (χ^2= 6.59, df=2, p<.05). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno viši rezultat na skali za skupinu pacijenata kojima je u cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem nego za skupinu kojoj je djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem. Između ostalih skupina nema značajne razlike.

5.3.6. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji

U Tablici 70. prikazani su deskriptivni podatci na razini pojedinih čestica (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*) skale *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji*. Također, za provjeru sadržajne valjanosti skale izračunate su korelacije pojedinih tvrdnji s ukupnim rezultatom na skali (r_{it}).

Tablica 70. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji

	M	SD	r_{it}
I1 Tijekom fizikalne terapije imali ste dovoljno vremena za konzultacije s fizioterapeutom.	4.22	0.89	.79
I2 Fizioterapeut Vas je sa zanimanjem slušao dok ste govorili o zdravstvenim problemima.	4.36	0.83	.80
I3 Fizioterapeut Vam pomaže da se dobro osjećate kako biste mogli obavljati svoje normalne dnevne aktivnosti.	4.32	0.83	.78
I4 Na početku fizikalne terapije fizioterapeut Vam je objasnio svrhu terapijskih testova i postupaka koje će provoditi.	4.24	0.99	.83
I5 Fizioterapeut Vam je rekao sve što ste željeli znati o svojim simptomima i/ili bolesti.	4.19	0.99	.84
I6 Fizioterapeut Vam je pružio pomoć pri rješavanju emocionalnih problema vezanih uz Vaše zdravstveno stanje.	3.78	1.12	.75
I7 Fizioterapeut Vam je pomagao da bolje razumijete savjete koje je dao tijekom terapije.	4.31	0.90	.85
I8 Fizioterapeut Vas je upozorio na posljedice ako ne provodite terapijske vježbe koje je zadao i savjetovao.	4.23	0.99	.83
I9 Fizioterapeut Vam je objasnio rezultate i pojedinosti u specifičnim terapijskim testovima.	4.07	1.05	.85
I10 Fizioterapeut Vas je upozorio na nuspojave koje se mogu dogoditi tijekom fizioterapije.	4.04	1.13	.82

Ukupan rezultat na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* izračunat je kao prosjek rezultata na navedenih 10 čestica. U Tablici 71. prikazani su deskriptivni podatci za cijelu skalu (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, minimalni rezultat – *Min*, maksimalni rezultat – *Max* i broj čestica – N). Također, u tablici je naveden koeficijent pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbachov alpha (α). Dobiveni koeficijent pouzdanosti (.96) ukazuje na jako dobru unutarnju konzistenciju skale.

Tablica 71. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji

M	SD	Min	Max	N	α
4.18	0.83	1.10	5.00	10	.96

Normalnost distribucije rezultata na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* provjerena je računanjem indeksa simetričnosti (*Skewness*; -1.08) i kurtoze (*Kurtosis*; 0.69). Navedeni indeksi ukazuju na znatno odstupanje od normalnosti, odnosno na negativno asimetričnu distribuciju, pa su zbog toga kao statističke analize odabrani neparametrijski testovi.

5.3.6.1. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji i dob pacijenata

Kako bi se ispitala procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na dob pacijenata, proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2,stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 72.

Tablica 72. Razlike u procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na dob pacijenata

Dobna skupina	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
18-37 godina	530	1510.20	4.50	1			
38-57 godina	1241	1478.20	4.40	1.1	19.21	2	<.01
58 i više godina	1099	1351.26	4.20	1.3			

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* s obzirom na dob pacijenata (χ^2= 19.21, df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno niži prosječan rezultat na skali kod najstarije skupine pacijenata (58 i više godina) nego ostalih skupina. Između procjena srednje (38-57 godina) i najmlađe skupine (18-37 godina) nema značajne razlike.

5.3.6.2. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji i rod pacijenata

Kako bi se ispitala razlika u prosječnom rezultatu na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* s obzirom na rod pacijenata proveden je Mann-Whitney U test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3-Q_1, Mann Whitney U, Z, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 73. i ukazuju na značajno viši rezultat kod pacijenata muškog roda.

Tablica 73. Razlike u stavovima korisnika fizioterapije s obzirom na njihov rod

Rod	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	Mann-Whitney U	Z	p
Muško	1028	1511.61	4.40	0.90	880885.50	-3.39	<.01
Žensko	1854	1402.63	4.35	0.80			

5.3.6.3. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji i obrazovanje pacijenata

Kako bi se ispitala *procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* s obzirom na obrazovanje pacijenata, proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2, stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 74.

Tablica 74. Razlike u procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na obrazovanje pacijenata

Obrazovanje	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
Osnovna škola	278	1457.17	4.18	1.4	22.41	2	<.01
Srednja škola	1733	1483.78	4.23	1.1			
Viša i visoka naobrazba/ magisterij ili doktorat znanosti	854	1322.08	4.06	1.2			

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* s obzirom na obrazovanje pacijenata (χ^2= 22.41,

df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno niži rezultat na skali za skupinu pacijenata s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) nego za skupinu sa završenom srednjom školom. Između ostalih skupina nema značajne razlike.

5.3.6.4. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije

Kako bi se ispitala procjena *ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije (1. ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama, 2. liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju, 3. liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije) proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2,stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 75.

Tablica 75. Razlike u procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije

Mjesto provođenja rehabilitacije	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
1	1972	1409.62	4.4	1.2			
2	715	1456.76	4.4	1.1	18.65	2	<.01
3	190	1677.11	4.7	1			

1 - Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama
2 - Liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju
3 - Liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije (χ^2= 18.65, df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno viši rezultat na skali za skupinu pacijenata koji se liječe u privatnoj ustanovi fizikalne terapije nego u ostalim skupinama. Između ostalih skupina nema značajne razlike u procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji.

5.3.6.5. Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji i razina potpore zdravstvenog sustava

Kako bi se ispitala procjena *ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava (1. u cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem, 2. djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem, 3. terapija na vlastiti trošak) proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2, stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 76.

Tablica 76. Razlike u procjeni ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava

Razina potpore	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
1	2491	1448.12	4.4	1.1			
2	204	1165.70	4	1.45	28.30	2	<.01
3	177	1585.12	4.6	0.95			

1 - U cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem
2 - Djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem
3 - Terapija na vlastiti trošak

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava (χ^2= 28.30, df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno niži rezultat na skali kod pacijenata kojima je djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem nego u ostalim skupinama koje se međusobno ne razlikuju.

5.3.7. Procjena načina govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije

U Tablici 77. prikazani su deskriptivni podatci na razini pojedinih čestica (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*) skale *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima*

fizikalne terapije. Također, za provjeru sadržajne valjanosti skale izračunate su korelacije pojedinih tvrdnji s ukupnim rezultatom na skali (r_{it}).

Tablica 77. Deskriptivni podatci za pojedine čestice iz skale Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije

	M	SD	r_{it}
J1 Govorio je prebrzo.	1.56	0.99	.57
J2 Koristio je riječi koje su bile nerazumljive.	1.39	0.83	.65
J3 Zanemarivao je sve što ste mu rekli.	1.26	0.73	.67
J6 Bio je zbunjen dok je razgovarao s Vama.	1.22	0.69	.62

Zadržane su 4 čestice koje imaju zadovoljavajuće korelacije s ukupnim rezultatom na skali. Iz daljnje obrade izbačene su tvrdnje J4 *U razgovoru je koristio razumljive riječi* i J5 *Na kraju razgovora provjeravao je jeste li razumjeli što Vam je rekao,* zbog niskih korelacija s ukupnim rezultatom (**r_{it}**$\leq$.40) na skali.

Ukupan rezultat na skali *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije* izračunat je kao prosjek rezultata na navedene 4 čestice. U Tablici 78. prikazani su deskriptivni podatci za cijelu skalu (aritmetička sredina – *M*, standardna devijacija – *SD*, minimalni rezultat – *Min*, maksimalni rezultat – *Max* i broj čestica – N). Također, u tablici je naveden koeficijent pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije Cronbachov alpha (α). Dobiveni koeficijent pouzdanosti (.80) ukazuje na dobru unutarnju konzistenciju skale.

Tablica 78. Deskriptivni podatci za ukupan rezultat na skali Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije

M	**SD**	**Min**	**Max**	**N**	**α**
1.36	0.65	1.00	5.00	4	.80

Normalnost distribucije rezultata na skali *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije* provjerena je računanjem indeksa simetričnosti (*Skewness*; 2.74) i kurtoze (*Kurtosis*; 9.01). Navedeni indeksi ukazuju na znatno odstupanje od normalnosti, odnosno na

pozitivno asimetričnu distribuciju, pa su zbog toga kao statističke analize odabrani neparametrijski testovi.

5.3.7.1. Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije i dob pacijenata

Kako bi se ispitala procjena govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na dob pacijenata proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2, stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 79.

Tablica 79. Razlike u procjeni govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na dob pacijenata

Dobna skupina	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
18-37 godina	532	1327.12	1.25	0.25			
38-57 godina	1245	1377.93	1	0.25	53.51	2	<.01
58 i više godina	1104	1567.00	1.48	0.75			

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije* s obzirom na dob pacijenata (χ^2= 53.51, df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno viši prosječan rezultat na skali kod najstarije skupine pacijenata (58 i više godina) nego ostalih skupina. Između procjena srednje (38-57 godina) i najmlađe skupine (18-37 godina) nema značajne razlike.

5.3.7.2. Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije i rod pacijenata

Kako bi se ispitala razlika u prosječnom rezultatu na skali *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije* s obzirom na rod pacijenata proveden je Mann-

Whitney U test. Rezultati provedene analize (U=947527.5, Z=-0.67, p>.05) pokazuju da nema značajne razlike u rezultatu na ovoj skali između pacijenata muškog i ženskog roda.

5.3.7.3. Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije i obrazovanje pacijenata

Kako bi se ispitala procjena govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na obrazovanje pacijenata proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3-Q_1, χ^2, stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 80.

Tablica 80. Razlike u procjeni govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na obrazovanje pacijenata

Obrazovanje	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
Osnovna škola	280	1537.92	1	0.75			
Srednja škola	1737	1436.17	1	0.5			
Viša i visoka naobrazba/ magisterij ili doktorat znanosti	859	1410.80	1	0.5	6.29	2	<.05

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije* s obzirom na obrazovanje pacijenata (χ^2= 6.29, df=2, p<.05). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno niži rezultat na skali za skupinu pacijenata s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) nego za skupinu sa završenom osnovnom školom. Između ostalih skupina nema značajne razlike.

5.3.7.4. Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije i mjesto provođenja rehabilitacije

Kako bi se ispitala procjena govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije (1. ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama, 2. liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju, 3. liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije) proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2, stupnjevi slobode – *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 81.

Tablica 81. Razlike u procjeni govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije

Mjesto provođenja rehabilitacije	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	df	p
1	1980	1460.47	1	0.5			
2	716	1444.79	1	0.5	10.47	2	<.01
3	192	1278.78	1	0.25			

1 - Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama
2 - Liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju
3 - Liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije* s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije (χ^2= 10.47, df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno niži rezultat na skali za skupinu pacijenata koji se liječe u privatnoj ustanovi fizikalne terapije nego u ostalim skupinama, koje se međusobno ne razlikuju.

5.3.7.5. Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije i razina potpore zdravstvenog sustava

Kako bi se ispitala procjena govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava (1. u cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem, 2. djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem, 3. terapija na vlastiti trošak) proveden je Kruskal Wallis H test. Rezultati provedene analize (broj ispitanika – *N*, prosječni rang, medijan – *C*, interkvartilni raspon – Q_3- Q_1, χ^2, stupnjevi slobode V *df*, i p-vrijednost) prikazani su u Tablici 82.

Tablica 82. Razlike u procjeni govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava

Razina potpore	N	Prosječni rang	C	Q_3- Q_1	χ^2	Df	p
1	2496	1434.46	1	0.5			
2	206	1617.24	1	1	15.31	2	<.01
3	180	1338.00	1	0.25			

1 - U cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem
2 - Djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem
3 - Terapija na vlastiti trošak

Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije* s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava (χ^2= 15.31, df=2, p<.01). *Post hoc* analizom (*Dunn-Bonferroni*) utvrđen je značajno viši rezultat na skali kod pacijenata kojima je djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem nego u ostalim skupinama, koje se međusobno ne razlikuju.

5.3.8. Odnos između promjene u procjeni simptoma i mjera komunikacije fizioterapeuta s pacijentima

Na temelju procjena zdravstvenog stanja na početku i na kraju terapije izračunata je nova varijabla koja predstavlja promjenu u procjeni simptoma, odnosno razliku u procjeni zdravstvenog stanja (procjena simptoma na kraju terapije – procjena simptoma na početku terapije). Pri tome, rezultat s negativnim predznakom na ovoj varijabli predstavlja poboljšanje, odnosno nižu procjenu simptoma na kraju terapije.

Kako bi se ispitao odnos između promjene u simptomima i varijabli koje se odnose na komunikaciju fizioterapeuta s pacijentima, izračunati su Spearmanovi koeficijenti korelacije ove varijable i skala: *Strah od fizioterapeuta, Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom, Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom, Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* i *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije.* Rezultati su prikazani u Tablici 83.

Tablica 83. Spearmanovi koeficijenti korelacije između promjene u procjeni simptoma i pojedinih skala komunikacije fizioterapeuta s pacijentima

	Promjena u procjeni simptoma
Strah od fizioterapeuta	.11**
Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom	-.20**
Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom	-.23**
Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji	-.18**
Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne	.12**

**p<.01

Dobivena je pozitivna korelacija između promjene u procjeni simptoma i skala: *Strah od fizioterapeuta* i *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije*, što ukazuje na veće poboljšanje u procjeni zdravstvenog stanja kod pacijenata koji navode niži strah od fizioterapeuta i bolji govor fizioterapeuta u komunikaciji.

Dobivene su negativne korelacije između promjene u procjeni simptoma i skala: *Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom, Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom* i *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji*. Drugim riječima, pacijenti kod kojih je došlo do većeg poboljšanja zdravstvenog stanja imaju viši rezultat na navedenim skalama.

5.4. ANALIZA NASTAVNIH PLANOVA I PROGRAMA STUDIJA FIZIOTERAPIJE

U svrhu ove analize dokumenata, a kako bi se prihvatila ili opovrgnula prva hipoteza ovoga doktoskog rada **H1: *Profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta nisu definirane niti zastupljene u hrvatskoj pravnoj i obrazovnoj dokumentaciji***, potrebno je analizirati i postojeće nastavne i studijske programe same fizioterapeutske struke. Formalno obrazovanje u djelatnosti fizioterapije temelji se na Hrvatskom kvalifikacijskom okviru (HKO) koji ima zadaću povezati ishode učenja koji se postižu u svim obrazovnim institucijama te ih postaviti u međusobne odnose u Republici Hrvatskoj i na međunarodnoj razini. Njime se definiraju jasni kriteriji stjecanja kompetencija koje učenici i studenti mogu očekivati da će imati nakon završetka obrazovanja za kvalifikaciju određene razine i obujma (Dželalija, 2009). Obrazovanje fizioterapeuta u Hrvatskoj provodi se kroz sveučilišne i stručne studije. Sveučilišni studij fizioterapije obuhvaća: preddiplomsku i diplomsku razinu. Nakon sveučilišnog diplomskog studija, fizioterapeuti mogu upisati i neki od poslijediplomskih specijalističkih ili doktorskih studija iz znanstvenih područja biomedicine ili drugih područja koja dolaze u doticaj s fizioterapijom. Stručni studij fizioterapije obuhvaća sljedeće razine: preddiplomski stručni studij i specijalistički diplomski stručni studij.

Analizom nastavnih planova i programa na razini preddiplomskih i diplomskih studija fizioterapije istraživana je pojavnost komunikacijskih kompetencija u obrazovanju s obzirom na sadržaj i ciljeve nastavnih kolegija/predmeta. Na području Hrvatske formalno obrazovanje fizioterapeuta odvija se u sedam različitih visokih učilišta:

- Sveučilište *Josipa Jurja Strossmayera* u Osijeku – Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek (sveučilišni preddiplomski studij fizioterapija; sveučilišni diplomski studij fizioterapija)
- Sveučilište *Libertas* u Zagrebu (sveučilišni preddiplomski studij fizioterapije);
- Sveučilište *Sjever* (preddiplomski stručni studij fizioterapije)
- Sveučilište u Rijeci – Fakultet zdravstvenih studija (preddiplomski stručni studij fizioterapije, sveučilišni diplomski studij fizioterapije)
- Sveučilište u Splitu – Sveučilišni odjel zdravstvenih studija: (preddiplomski sveučilišni studij fizioterapije; diplomski sveučilišni studij fizioterapije)

- Sveučilište u Zagrebu – Zdravstveno veleučilište (preddiplomski stručni studij fizioterapije; stručni specijalistički diplomski studij fizioterapije)
- Veleučilište *Lavoslav Ružička* u Vukovaru (preddiplomski stručni studij fizioterapije; specijalistički diplomski stručni studij fizioterapije *Preventivna fizioterapija*)

Tablica 84. Prikaz predmeta koji dolaze u doticaj s komunikologijom

		PREDDIPLOMSKI STUDIJ FIZIOTERAPIJE			DIPLOMSKI STUDIJ FIZIOTERAPIJE	
		1. godina studija	2. godina studija	3. godina studija	1. godina studija	2. godina studija
PREDMETI	ETIKA ZDRAVSTVENE SKRBI	5	1	3,4,6,7	1,5	
	FIZIOTERAPEUTSKA PROCJENA	1,4,5				
	KLINIČKA PROPEDEUTIKA	1				
	KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE	1,5	2,3,4,6,7			
	STRANI JEZIK	1,2,4,5,7	2,5	2	7	
	MENADŽMENT U ZDRAVSTVU		3,7		4	1,6
	PRISTUP OSOBAMA S INVALIDITETOM				4	
	UMIJEĆE MEDICINSKE NASTAVE				4	
	PALIJATIVNA SKRB		1,3,7	5		6
	PSIHOLOGIJA SPORTA			6		
	GERONTOLOGIJA	1,3,7		2,5,6		4
	TIMSKI RAD				4	6
	RAD S GRUPOM				6	
	POSLOVNO KOMUNICIRANJE				1	

Oznake u tablici: 1 - Sveučilište *Josipa Jurja Strossmayera* u Osijeku - Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek; 2 - Sveučilište *Libertas* u Zagrebu; 3 - Sveučilište *Sjever*; 4 - Sveučilište u Rijeci – Fakultet zdravstvenih studija; 5 - Sveučilište u Splitu – Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; 6 - Sveučilište u Zagrebu – Zdravstveno veleučilište;
7 - Veleučilište *Lavoslav Ružička* u Vukovaru.

Analizom su prvo izdvojeni kolegiji na razini preddiplomskih studija (ovisno o mjestu i vrsti ustanove) koji studentima omogućavaju znanja u struci te o komunikacijskim kompetencijama, a od tog broja analizom je izdvojeno 5 obveznih kolegija koji na razini sadržaja i ciljeva predmeta povećavaju komunikacijske kompetencije budućih fizioterapeuta. To su sljedeći kolegiji:

1. Etika zdravstvene skrbi

2. Fizioterapeutska procjena

3. Klinička propedeutika

4. Komunikacijske vještine

5. Strani jezik

1. NASTAVNI PREDMET: **ETIKA ZDRAVSTVENE SKRBI**

Cilj predmeta je usvajanje znanja, vještina i stjecanje kompetencija za rješavanje etičkih problema i dilema s kojima se suočavaju fizioterapeuti.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: razvoj i značenje etičke misli; međunarodni kodeksi etike zdravstvenih djelatnika; pojam morala, moralnosti i moralnih normi; etički problemi u odnosima zdravstvenih djelatnika i bolesnika; poštovanje čovjekova života i njegove smrti; odgovornost za kvalitetu i vlastiti profesionalni razvoj; etičke dileme i etičko odlučivanje u zdravstvenim timovima.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- stjecanje znanja o posljedicama znanstveno-tehnološkog napretka na moral i etiku u medicini s posebnim osvrtom na fizioterapiju;
- sposobnost studenata za etičku analizu i argumentaciju etičkih rješenja;
- primjena odrednica Kodeksa fizioterapeutske etike i deontologije u rješavanju slučajeva iz fizioterapeutske prakse.

2. NASTAVNI PREDMET: **FIZIOTERAPEUTSKA PROCJENA**

Cilj predmeta je upoznati studente s metodama fizioterapeutske procjene zdravstvenog stanja korisnika fizikalne terapije.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: metode medicinskog intervjua (anamneze) s korisnicima fizioterapije, fizikalni pregled te primjena postupaka mjerenja i testova u fizioterapiji – antropometrijske mjere, mjerenje aerobnog kapaciteta i izdržljivosti, procjena integriteta i mobilnosti zglobova, mjere opsega pokreta; mjere mišićne jakosti, dinamometrija, testiranje izometričke i izokinetičke jakosti mišića, procjena posture, procjena boli, procjena aktivnosti svakodnevnog života, procjena hoda, lokomocije i balansa; ergonomska i biomehanička procjena; procjena upotrebe pomoćnih i adaptivnih sredstava; specifične fizioterapeutske metode i sustavi procjene.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- stjecanje znanja o metodama procjene u fizioterapiji kao osnovi za planiranje fizioterapeutskih postupaka,
- sposobnost analize i usporedbe osnovnih metoda procjenjivanja u fizioterapiji,
- korištenje različitih sustava dokumentiranja i interpretacije dobivenih rezultata,
- oblikovanje zaključaka fizioterapeutske procjene, koji se koriste u planiranju fizioterapeutske intervencije,
- aktivno sudjelovanje u sveobuhvatnoj timskoj procjeni korisnika.

3. NASTAVNI PREDMET: **KLINIČKA PROPEDEUTIKA**

Cilj predmeta je uvesti studente u kliničku medicinu te ih upoznati s osnovnim pojmovima bolesti.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: komunikacijske vještine (anamnezu i heteroanamnezu); uzimanje općeg statusa bolesnika; fizikalni pregled: inspekcija, auskultacija, palpacija, perkusija. Vezano za komunikacijske vještine kod uzimanja anamneze i heteroanamneze, studenti uče kako uzeti podatke o bolesti te kako pravilno komunicirati kroz medicinski intervju s pacijentom.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- pravilno uzimanje podataka o bolesti kroz medicinski intervju
- primjena tehnika fizikalnog pregleda bolesnika.

4. NASTAVNI PREDMET: **KOMUNIKACIJSKE VJEŠTINE**

Cilj predmeta je upoznati studente s osnovnim načelima, vrstama i oblicima ljudske komunikacije te specifičnostima komunikacije u zdravstvu i osposobiti ih za učinkovitu komunikaciju s pacijentima i članovima njihovih obitelji.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: oblici verbalne i neverbalne komunikacije; preventivna, dijagnostička i terapijska uloga komunikacije s pacijentom i njegovom obitelji; načela uspješne komunikacije; uloga suosjećanja u komunikaciji s pacijentima; načela individualne i grupne komunikacije; uzroci slabe komunikacije fizioterapeuta i pacijenta; utjecaj komunikacije na pridržavanje zdravstvenih savjeta i uputa; mogućnosti unapređenja komunikacije; načini prevladavanja komunikacijskih prepreka; komunikacija s bolesnicima u pojedinim psihičkim stanjima (depresivni pacijent, tjeskobni pacijent, hipohondrični pacijent, agresivni pacijent, pacijent koji trpi jaku bol, umirući pacijent); načini priopćavanja loših vijesti; način provođenja psihološke pripreme na invazivne i operativne zahvate; komunikacija s obitelji pacijenta u situacijama akutnih ozljeda i teških kroničnih bolesti; komunikacija s obitelji umrlog pacijenta; komunikacija u edukaciji i zdravstvenom odgoju te javna komunikacija.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- prepoznati i demonstrirati osnove verbalne, neverbalne i paraverbalne komunikacije;
- objasniti i usporediti osnovne komunikacijske stilove;
- prepoznati i demonstrirati osnovne prepreke u komunikaciji s pacijentom i članovima obitelji;
- prepoznati i razriješiti jednostavne prigovore u odnosu s pacijentom i članovima obitelji;
- usporediti i protumačiti specifičnosti komunikacije s osobama ograničenih komunikacijskih sposobnosti, djecom, adolescentima i starijim osobama;
- pripremiti i izvesti javnu prezentaciju na zadanu temu iz određenog kliničkog područja;
- identificirati i odabrati primjeren stil vođenja u timu.

5. NASTAVNI PREDMET: **STRANI JEZIK**

Od stranih jezika na preddiplomskoj razini studenti mogu odabrati **engleski, njemački ili francuski jezik.**

Cilj kolegija vezano za strani jezik je razvijanje usmene i pismene kompetencije na engleskom, njemačkom ili francuskom jeziku kroz razumijevanje odabranih stručnih tekstova, usvajanje medicinske terminologije i samostalno izražavanje. U okviru predmeta sustavno se ponavljaju osnovne gramatičke jedinice, usvaja se tvorba riječi i proširuje vokabular.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- razviti opće kompetencije vezane uz četiri komunikacijske vještine: čitanje, pisanje, slušanje i govor;

- razviti sposobnost razumijevanja stručne terminologije; prevesti stručan tekst; izraziti osobno stajalište i mišljenje o određenoj stručnoj temi;
- pratiti, analizirati i interpretirati stručnu literaturu na stranom jeziku;
- razviti vještine pronalaženja, sažimanja i prezentacije podataka i informacija, što je studentima neophodno u budućem profesionalnom životu.

Nadalje, na preddiplomskoj razini studija fizioterapije analizom su izdvojena 3 izborna kolegija koji ciljevima i sadržajem predmeta povećavaju komunikacijske kompetencije. To su sljedeći izborni kolegiji:

1. Palijativna skrb

2. Psihologija sporta

3. Gerontologija

1. NASTAVNI PREDMET: **PALIJATIVNA SKRB**

Cilj kolegija je upoznati studente s ulogom fizioterapeuta kao člana interdisciplinarnog tima koji će svojim znanjem, komunikacijskim vještinama, empatijom i senzibilitetom za ljudske i kulturalne vrijednosti pravilno planirati i anticipirati zdravstvene usluge, pomoć i potporu za bolesnika u terminalnoj fazi života, kao i za njegovu obitelj.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: definicija i osnovni pojmovi u palijativnoj skrbi; načela i filozofija palijativne njege; povijest hospicija i palijativne skrbi; organizacijski modeli palijativne skrbi; pomoć pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba umirućih bolesnika i njihovih obitelji; postupci rješavanja i ublažavanja neugodnih simptoma i patnje bolesnika; odnos fizioterapeut-bolesnik, fizioterapeut-obitelj; komunikacija s umirućim bolesnikom i njegovom obitelji; interdisciplinarni tim i komunikacija unutar interdisciplinarnog tima; potpora obitelji tijekom bolesti i žalovanja, te etička pitanja u palijativnoj njezi.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- primijeniti ključne komponente palijativne skrbi u okruženju u kojem se pacijenti i njihove obitelji nalaze;
- objasniti filozofiju i načela palijativne zdravstvene njege;
- navesti organizacijske oblike i razine palijativne skrbi;
- procijeniti potrebe, planirati, provoditi i evaluirati palijativnu skrb;
- primijeniti postupke rješavanja i ublažavanja simptoma i patnje bolesnika;

- organizirati profesionalnu, socijalnu i duhovnu potporu bolesniku i njegovoj obitelji;
- komentirati etička pitanja u palijativnoj njezi.

2. NASTAVNI PREDMET: **PSIHOLOGIJA SPORTA**

Cilj predmeta je razvijanje općih i specifičnih kompetencija za rad sa sportašima.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: definicija i razvoj psihologije sporta; ličnost i sportsko postignuće; promjene u ličnosti kao posljedica bavljenja sportom; psihološki profil vrhunskog sportaša; utjecaj kognitivnih sposobnosti na sportsku uspješnost: analiza kognitivne efikasnosti sportaša, kognitivnog opterećenja sportske aktivnosti te mogućeg djelovanja sportske aktivnosti na razvoj kognitivnih sposobnosti.

Ishodi učenja ovog predmeta su:
- stjecanje znanja o psihološkoj pripremi sportaša;
- sposobnost postavljanja ciljeva u sportu;
- postizanje motivacije i samopouzdanja sportaša;
- objasniti postupke provođenja relaksacije kod sportaša;
- stjecanje znanja o komunikaciji sa sportašima.

3. NASTAVNI PREDMET: **GERONTOLOGIJA**

Cilj predmeta je stjecanje znanja i vještina za rad sa starijim osobama.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: definicija gerontologije; starenje stanovništva; utjecaj starenja stanovništva na funkcioniranje države i zdravstvenog sustava; osnove komunikacijskih vještina s pacijentima starije životne dobi; komunikacija s posebnim skupinama pacijenata (oštećen sluh i vid); osnove hrvatskog znakovnog jezika; kognitivne funkcije i starenje; starenje i društvo – predrasude prema starijim osobama.

Ishodi učenja ovog predmeta su:
- stjecanje znanja o komunikaciji sa starijim osobama;
- odrediti pristup i najbolji tretman starije osobe;
- prepoznati senzoričke, motoričke i intelektualne nedostatke starije osobe;
- prepoznati simptome bolesti karakterističnih za stariju životnu dob.

Na razini diplomskih studija fizioterapije analizom su izdvojena 3 obvezna kolegija koji ciljevima i sadržajem predmeta povećavaju komunikacijske kompetencije budućih fizioterapeuta. To su sljedeći kolegiji:

1. Menadžment u zdravstvu

2. Pristup osobama s invaliditetom

3. Umijeće medicinske nastave

1. NASTAVNI PREDMET: **MENADŽMENT U ZDRAVSTVU**

Cilj predmeta je usvajanje osnovnih znanja i vještina iz područja suvremenog upravljanja u zdravstvenim institucijama kako bi mogli djelovati što učinkovitije, poznajući istovremeno upravljanje ljudskim i materijalnim resursima, financijama, informatičkom tehnologijom, novim znanjima i tehnološkim dostignućima.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: psihologija menadžera i važnost osobnog razvoja; komunikacijske vještine i upravljanje ljudima; upravljanje promjenama; financijski menadžment i upravljanje rizikom; upravljanje resursima; djelotvorno operativno upravljanje i formiranje uspješnog tima, te sustav informatizacije u zdravstvenom sustavu.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- upoznati psihologiju menadžera i važnost osobnog razvoja;
- upoznati se s različitim teorijama i modelima suvremenog menadžmenta primjenjivim u zdravstvenim profesijama;
- upoznati se sa specifičnostima zdravstvene organizacije u privatnom i državnom (društvenom) sektoru;
- upoznati se sa osnovnim zakonima i pravilnicima važnim za zdravstveni sustav;
- upoznati se sa značajem zajedničkog rada u organizaciji, prednostima timskog rada, i upravljanja timom.

2. NASTAVNI PREDMET: **PRISTUP OSOBAMA S INVALIDITETOM**

Cilj predmeta je stjecanje znanja i vještina o pristupu osobama s invaliditetom i djeci s teškoćama u razvoju u skladu sa suvremenim pristupima ovoj populaciji.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: invaliditet i društvo; modeli pristupa osobama s invaliditetom, uzroci i prevencija invaliditeta; odnos prema osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj; oblici skrbi za osobe s invaliditetom i djecu s teškoćama u razvoju; kvaliteta života osoba s invaliditetom; prava osoba s invaliditetom iz sustava zdravstvene i socijalne skrbi; programi u radu s osobama s invaliditetom; zdravstvena njega osobe s invaliditetom u obitelji; proces zdravstvene njege u skrbi osoba s invaliditetom (procjena, planiranje, provođenje); etički aspekti skrbi za osobe s invaliditetom te holistički pristup u radu s osobama s invaliditetom.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- stjecanje znanja za analizu, pripremu i organiziranje programa promocije zdravlja temeljenih na iskazanim potrebama osoba s invaliditetom,
- stjecanje znanja o planiranju i provođenju zdravstvene njege i evaluacije ishoda s posebnim naglaskom na specifičnosti pristupa djetetu s teškoćama u razvoju,
- kreirati zadatke zdravstvenog djelatnika kao kompetentnog člana multidisciplinarnog tima u radu s osobama s invaliditetom,
- analizirati i utvrditi zadatke zdravstvenog djelatnika u provedbi tehnika i specifičnih intervencija multidisciplinarnog pristupa u radu s osobama s invaliditetom i djece s teškoćama u razvoju, s naglaskom na ulozi zdravstvenog djelatnika u radu tima,
- promovirati suvremene pristupe u radu s osobama s invaliditetom u cilju podizanja kvalitete življenja,
- koristiti različite komunikacijske vještine u radu s osobama s invaliditetom, rad u grupi i individualni rad,
- primijeniti zdravstvene intervencije za osobe s invaliditetom i djecu s teškoćama u razvoju, pristupiti roditeljima djece s teškoćama u razvoju, identificirati specifične poteškoće vezane za pojedina oštećenja i pristupe.

3. NASTAVNI PREDMET: **UMIJEĆE MEDICINSKE NASTAVE**

Cilj predmeta je stjecanje znanja i vještina kako planirati, voditi i vrednovati nastavne aktivnosti u procesu medicinske edukacije.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: ispitivanje predznanja studenata; ciljevi nastavnog programa; definiranje znanja, vještina i stavova; Bloomova taksonomija znanja, vještina i stavova; ishodi učenja; kompetencije; kriterij kako nešto objasniti i naučiti; metode edukacije: predavanja, rad u grupama, vježbe, praktični rad i učenje na daljinu; izrada plana nastave; metode vrednovanja, te Bolonjski sustav.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- razviti moralne stavove vezano uz nastavničko zvanje; procijeniti dobrog nastavnika;
- razlikovati učenje i pamćenje; kategorizirati vrste pamćenja;
- razviti nastavničke osobine;
- definirati obrazovne ciljeve, interpretirati program predmeta, razlikovati program predmeta od programa studija;

- planirati različite oblike nastave; razumjeti nastavni plan i odrediti edukativne ciljeve (opće i specifične);
- kreirati strukturu predavanja, odrediti tip predavanja, izraditi *power-point* prezentaciju, odabrati audiovizualna sredstva;
- odrediti ishode učenja, usporediti ishode učenja i kompetencije, objasniti razliku između općih i specifičnih kompetencija;
- planirati usmenu i pismenu prezentaciju.

Na diplomskoj razini studija fizioterapije analizom su izdvojena i 3 izborna kolegija koji ciljevima i sadržajem predmeta povećavaju komunikacijske kompetencije. To su sljedeći izborni kolegiji:

1. Timski rad

2. Rad s grupom

3. Poslovno komuniciranje

1. NASTAVNI PREDMET: **TIMSKI RAD**

Cilj predmeta je stjecanje znanja o poznavanju karakteristika i pozitivnog djelovanja interdisciplinarnog i transdisciplinarnog timskog rada u zdravstvenim djelatnostima.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: razvoj timskog rada; uloge u zdravstvenom timu; vrste vođa timova i njihovo poticanje za ostvarivanje zajedničkih ciljeva i vrijednosti te dobre komunikacije unutar tima; faktori koji određuju uspješnost timskog rada; te načini poticanja interdisciplinarne konzultacije i transdisciplinarnog rada.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- razumijevanje interdisciplinarne konzultacije i transdisciplinarnog rada;
- poznavanje posljedica koje donosi neprofesionalnost u radu;
- poznavanje procesa nastanka kroz faze formiranja, orijentiranja, izrastanja te razvijanja zdravstvenog tima;
-razlikovanje organizacijske piramide i horizontalne organizacije sa specijaliziranim timovima;
- razlikovanje funkcioniranja članova tima u administrativnim ili poduzetničkim timovima;
- znanja o specifičnosti malog i velikog tima, kao i osnovnih timskih uloga;
- razlikovanje konstruktivnih i destruktivnih konflikata unutar tima, njihovi pozitivni i negativni utjecaji na tim i metode rješavanja konflikata.

2. NASTAVNI PREDMET: **RAD S GRUPOM**

Cilj predmeta je stjecanje znanja i vještina vezano za rad s grupom osoba sa sličnim ili istim zdravstvenim problemima.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: osnovni pojmovi i definicije rada u grupi; grupna dinamika i grupni procesi: ciljevi, norme, kohezivnost, uloge u grupi; vođenje grupe: tipovi i vještine voditelja, donošenje odluka, evaluacija grupnog rada; vrste grupa u fizioterapiji: terapijske, orijentacijske, resocijalizacijske; te supervizija u grupnom radu.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- stjecanje znanja o specifičnostima rada u grupama osoba s različitim zdravstvenim problemima;
- organiziranje terapijske aktivnosti u grupi,
- edukacija bolesnika o samopomoći,
- stjecanje znanja o komunikaciji za rad u grupi.

3. NASTAVNI PREDMET: **POSLOVNO KOMUNICIRANJE**

Cilj predmeta je upoznavanje studenata s poslovnim komuniciranjem u suvremenom menadžmentu i poslovanju.

Sadržaj predmeta obuhvaća teme: komuniciranje kao dio kulture; komunikacijski stilovi u menadžmentu; komunikacija – vještina i znanost; komunikacija i okruženje; poslovna komunikacija – temelj poslovnih procesa; suvremena sredstva poslovne komunikacije; oblici poslovne komunikacije; proces poslovne komunikacije; pravila za uspješno komuniciranje; razvoj komunikacijske tehnologije i sustavi poslovne komunikacije; poslovna komunikacija u e-poslovanju: zakonske pretpostavke, problemi sigurnosti; multimedija u funkciji poslovne komunikacije; suvremene tehnologije i komunikacija; novi trendovi u neizravnoj komunikacijskoj interakciji; trendovi poslovne komunikacije u budućnosti; pregovaranje kao ključni poslovni proces; odnosi s javnošću kao direktno vizualiziranje organizacije; javni nastup i međuljudsko ophođenje; aktivno slušanje kao komunikacijska prednost, te komunikacija u zdravstvu.

Ishodi učenja ovog predmeta su:

- prepoznati osnovne komponente i funkcije poslovnog komuniciranja,
- znati osnovne metode i strategije razvoja uspješne poslovne komunikacije,
- procijeniti utjecaj poslovnog komuniciranja na procese donošenja odluka u menadžmentu,

- kreirati strategiju razvoja i poticanja uspostave organizacijske klime bazirane na komunikaciji.

Ovom analizom izdvojeno je na preddiplomskoj razini studija fizioterapije ukupno 8 kolegija, od čega 5 obaveznih i 3 izborna kolegija te na diplomskoj razini studija fizioterapije ukupno 6 kolegija, od čega 3 obavezna i 3 izborna kolegija, koji se svojim ciljevima i sadržajem dotiču komunikacijskih kompetencija. Pohvalno je da je obrazovni program već na preddiplomskoj razini prepoznao potrebu uvrštavanja kolegija poput *Komunikacijskih vještina*, u svih 7 učilišta koja osposobljavaju fizioterapeute, u čijem je sadržaju i ciljevima nastave objedinjeno znanje koje bi budući zdravstveni profesionalci trebali imati pri susretu s pacijentima, njihovim obiteljima i suradnicima na radnom mjestu. Međutim, rezultati ove analize dokumenata i istraživanja ne daju odgovore upoznaju li studenti te sadržaje samo na informativnoj razini ili se osposobljavaju i za konkretno rješavanje komunikacijskih problema. Bila bi potrebna daljnja analiza koja ovim radom nije predviđena te se ne može sa sigurnošću zaključiti ostvaruju li se i u kojoj mjeri komunikacijski sadržaji u sklopu pojedinih kolegija.

6. RASPRAVA

Učinkovita zdravstvena skrb, učinkovit odnos između fizioterapeuta i pacijenta, uspješnost međusobne suradnje unutar timskog rada fizioterapeuta i drugih zdravstvenih djelatnika ovisi o uspješnosti komunikacije fizioterapeuta s njihovom užom i širom radnom okolinom.

Dobiti točnu i pravovremenu medicinsku informaciju o vlastitom zdravstvenom stanju spada među temeljna ljudska prava. Međutim, u kliničkoj praksi situacija je potpuno drugačija – mnogi pacijenti ne dobivaju niti na vrijeme, niti u potpunosti medicinske informacije o svom zdravlju. Često prevladava mišljenje da liječnik najbolje zna što treba raditi s bolesnikom te da pacijent ili njegova obitelj ne trebaju znati detalje vezano uz njegovu bolest, kao niti o postupcima koji će biti primijenjeni tijekom liječenja. Takvo mišljenje još je uvijek često raširenо među drugim zdravstvenim djelatnicima koji, posebice tijekom bolničkog liječenja, nisu skloni svoje pacijente u potpunosti obavještavati o njihovoj bolesti ili o dijagnostičkim ili terapijskim postupcima kojima će biti podvrgnuti. „To dovodi do nezadovoljstva bolesnika zdravstvenim tretmanom i uskraćuje im se njihovo osnovno ljudsko pravo – da i sami sudjeluju u donošenju odluka o načinima vlastitog liječenja. Aktivno sudjelovanje u odlukama o vlastitom liječenju ne samo što pomaže bolesnicima u razvijanju osjećaja kontrole nad vlastitim zdravljem, već ima i izravne učinke na poboljšanje tijeka liječenja i ozdravljenje. Novi pristupi, u okviru zdravstvene psihologije, naglašavaju važnost dobre komunikacije i suradnje zdravstvenog djelatnika i bolesnika tijekom medicinske terapije, nudeći brojne psihološke tehnike za poboljšanje ukupne informiranosti bolesnika i komunikacije sa zdravstvenim djelatnicima tijekom liječenja, što je u mnogim slučajevima i vrlo koristan terapijski postupak koji neizravno djeluje na učinkovitost liječenja“ (Havelka i Lučanin, 2004; str. 3).

Lučanin (2004) naglašava da zdravstveni djelatnici kroz svoj klinički rad moraju biti odgovorni za iniciranje komunikacije s pacijentom, za izgradnju odnosa u kojem će se pacijent osjećati sigurno te mu pomoći u razumijevanju, prihvaćanju i aktivnom uključenju u proces liječenja. „Brojna istraživanja pokazala su da su u budućnosti nužne promjene u komunikaciji s bolesnikom. Među ostalim, istraživanja ukazuju da bolesnici najčešće

napuštaju zdravstvene ordinacije s pitanjima i brigama koje nisu mogli podijeliti sa zdravstvenim djelatnikom. Također je uočeno da bolesnici gotovo uvijek aktivno prate zdravstvene tretmane i svoje reakcije na njih, te donose svoje zaključke i odluke o liječenju. Nalazi istraživanja o komunikaciji s bolesnikom ukazuju na nekoliko najčešćih načina kako zdravstveni djelatnici obeshrabruju bolesnika na komunikaciju. Tako se vrlo često inicijalni iskazi pacijenta o brizi za vlastito zdravlje prekidaju, a ponekad i neoprezno minoriziraju. Utvrđeno je da liječnici prekidaju pacijenta u prosjeku već nakon 18 sekundi. Odgovori zdravstvenih djelatnika na bolesnikove simptome, zabrinutosti i emocionalne reakcije nisu odgovarajući i ne pokazuju empatičnost. Tako, dok bolesnici izražavaju ozbiljniju zabrinutost za svoje zdravlje u gotovo 50% posjeta zdravstvenim ustanovama, zdravstveni djelatnici tu njihovu zabrinutost jasno primijete i bolesnicima to daju na znanje u približno 25% slučajeva" (Lučanin, 2004; str. 14-15).

Ovom raspravom potrebno je ukazati i na važnost dobre i učinkovite komunikacije fizioterapeuta i drugih zdravstvenih djelatnika u zdravstvenom timu. Unutar zdravstvenog tima, kroz komunikaciju, zdravstveni djelatnici moraju se nadopunjavati. Bez profesionalne spremnosti na dopunjavanje nema kvalitetne komunikacije unutar zdravstvenog tima. Komplementarnost komuniciranja temelji se na priznavanju profesionalnih različitosti u kliničkom radu, odnosno, **veće znanje i stručnost jednog kliničara ne smije biti razlog za pretvaranje drugog zdravstvenog djelatnika u pasivni objekt**. „Nužni preduvjet za učinkovitu komunikaciju u zdravstvenom timu je dvosmjerna komunikacija u kojoj sugovornici šalju i primaju poruke te dobivaju pozitivne ili negativne povratne informacije. Važna karakteristika komunikacije je i konstruktivnost, odnosno destruktivnost. Kada se misli na odnose u zdravstvenom timu onda treba naglasiti da je konstruktivna komunikacija kreativna i koncentrirana na rješenje problema, sugovornici se poštuju, priznaju se različitosti, dozvoljava se neslaganje, razgovor je otvoren i taktičan, za razliku od destruktivne komunikacije koja nije kreativna, koja je lažna, nepoštena i gruba, a energija se troši na optuživanje, vrijeđanje, zbunjivanje i ignoriranje. Sugovornik se obezvrjeđuje i ismijava, prisiljava na obranu, čime se pogoršavaju međuljudski odnosi, umjesto da se rješavaju konkretni problemi" (Sedić, 2004; str. 4-5).

U kliničkom radu fizioterapeutima je potrebna osjetljivost kako prema pacijentima tako i prema drugim kliničarima unutar zdravstvenog tima, prihvaćanje, tolerancija, razumijevanje patnje i bolesti, a prije svega motivacija za pružanje pomoći pacijentima. Prema teoriji samoodređenja, potpora fizioterapeuta može poticati autonomnu motivaciju pacijenata i veću

upornost u pozitivnom ponašanju kroz postupke medicinske rehabilitacije. Fizioterapeut treba posjedovati vještine **empatičnog razumijevanja pacijenta**. Fizioterapeut treba znati kako uvažiti pacijentove osjećaje, kako prepoznati pacijentove životne situacije, kao i njegove osobnosti.

Etička dužnost fizioterapeuta je i briga o održavanju pozitivne atmosfere u krugu vlastitih aktivnosti kako bi se izbjeglo nepotrebno stvaranje stresa. Prikladna atmosfera na radnom mjestu omogućava fizioterapeutu da uživa u obavljanju svoga posla i odgodi učinke profesionalnog izgaranja, čime se istodobno štite i pacijenti.

Komunikacijske kompetencije ključne su za pružanje medicinskih usluga. Włoszczak-Szubzda i Jarosz (2013) navode da u fizioterapiji, kao i kod drugih zdravstvenih djelatnosti, tri područja kompetencija doprinose profesionalizmu na području komunikacije: (1) motivacija, (2) znanje i (3) vještine. **Motivacija za komunikaciju** predstavlja angažman i ohrabrenje za kontakt s drugima – pacijentima ili suradnicima unutar zdravstvenog tima. Komunikacija po svojoj definiciji obuhvaća poštovanje, toleranciju prema različitosti, poštovanje prava druge osobe. Kroz komunikaciju potrebno je prepoznati složenost međuljudskih interakcija, a samo njena primjena u praksi osobu čini komunikativno kompetentnom. **Komunikacijsko znanje**, iako je neophodno za osnovno prepoznavanje opsega komunikacijskih problema, za fizioterapeute je slabo korisno ako nije praćeno i vještinama. Razvoju **komunikacijskih vještina** doprinosi i emocionalna inteligencija, tj. osobne kompetencije pojedinca, shvaćene kao vještine prepoznavanja vlastitih emocionalnih stanja kao i emocionalnih stanja drugih; kao i vještine korištenja vlastitih emocija i suočavanja s emocionalnim stanjima sugovornika (Włoszczak-Szubzda i Jarosz, 2013).

Kroz svoj klinički rad fizioterapeuti moraju imati znanja i vještine za pružanje točnih i pravodobnih informacija korisnicima fizioterapije o njihovom zdravstvenom stanju i fizioterapeutskim postupcima koje će primijeniti, također moraju imati znanja i vještine kako komunicirati te razmjenjivati mišljenja i informacije o pojedinim stručnim pitanjima unutar zdravstvenog tima. **Cilj istraživanja** u sklopu doktorskog rada je jasno definirati profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta potrebne za uspješnu komunikaciju te utvrditi utjecaj asertivnog modela komunikacije na učinkovitost suradnje s pacijentima i unutar zdravstvenog tima. Uz osnovni cilj, postavljena su i **tri specifična istraživačka cilja**: (1) analizirati pravne i javno dostupne dokumente koji se odnose na klinički rad fizioterapeuta i formalno obrazovanje fizioterapeuta u Hrvatskoj; (2) procijeniti komunikološki profil

fizioterapeuta i istražiti različite aspekte komunikacijskih kompetencija – empatičnost i asertivnost u komunikaciji, kao i tolerantnost na neslaganje u komunikaciji na radnom mjestu; te (3) istražiti kod korisnika fizioterapije učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom, ponašanje fizioterapeuta tijekom komunikacije, strah od komunikacije te korelaciju ishoda rehabilitacije i zadovoljstva komunikacijom s fizioterapeutom. Kako bi se procijenile profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta, u istraživanju su korištene četiri metode prikupljanja podataka:

1. Analiza pravne dokumentacije o fizioterapeutskoj profesiji kojom su obuhvaćeni *Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti*, *Standardi u fizioterapeutskoj praksi* te *Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije*,
2. Anketno istraživanje o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta,
3. Anketno istraživanje o učinkovitosti komunikacije korisnika fizioterapije s fizioterapeutima,
4. Analiza kolegija u formalnom obrazovanju fizioterapeuta, pri čemu su obuhvaćeni nastavni planovi i programi preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog i stručnog studija fizioterapije na sveučilištima i veleučilištima u Hrvatskoj, čime su istraženi nastavni sadržaji koji uključuju komunikacijske kompetencije fizioterapeuta.

6.1. PROFESIONALNE KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCIJE U PRAVNIM DOKUMENTIMA KOJIMA SE REGULIRA FIZIOTERAPEUTSKA DJELATNOST

Kao samostalni zdravstveni stručnjak, fizioterapeut mora posjedovati stručna znanja i vještine o tomu kako i na koji način komunicirati s pacijentima i članovima obitelji, te kako razmjenjivati mišljenja i informacije o pojedinim stručnim pitanjima unutar zdravstvenog tima. Način prenošenja informacija zaslužuje i zahtijeva posebnu pozornost, kako u komunikaciji s korisnicima fizioterapije tako i unutar zdravstvenog tima. Fizioterapeut se procesu prenošenja informacija treba dostatno posvetiti kako one ne bi bile pogrešno ili djelomično shvaćene što može dovesti do pogreške te nesporazuma. Stoga, samo komunikacijski kompetentna osoba može raditi na prevenciji eventualnih pogrešaka, a kada je medicinska usluga povezana s ljudskim zdravljem – što kod fizioterapije najčešće znači bitno

poboljšanje kvalitete života – prevencija i time komunikacija dodatno dobivaju na značenju. Postavlja se pitanje **u kojoj su mjeri profesionalne komunikacijske kompetencije definirane i zastupljene u hrvatskoj pravnoj dokumentaciji kojom se regulira fizioterapeutska djelatnost**. U svrhu odgovora izvršena je pomna analiza javno dostupnih pravnih dokumenata koji reguliraju fizioterapeutsku djelatnost u Hrvatskoj te koji se odnose na klinički rad fizioterapeuta:

1. *Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti*,
2. *Standardi u fizioterapeutskoj praksi*,
3. *Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije*.

Svjetska konfederacija za fizioterapiju (WCPT) pojam fizioterapije definira kao "neovisnu zdravstvenu profesiju koja pruža usluge pacijentima u cilju razvijanja, održavanja i obnavljanja maksimalne funkcionalne pokretljivosti i funkcionalne sposobnosti u svim životnim dobima". Fizioterapija je kao zdravstvena djelatnost prisutna u svim kliničkim područjima, a fizioterapeut je redovni član zdravstvenih timova. Fizioterapeuti kao profesionalno samostalni zdravstveni stručnjaci pružaju usluge fizioterapije koje razvijaju, održavaju i vraćaju funkcionalnu sposobnost korisnika zdravstvenih usluga. Pomažu ljudima da poboljšaju kvalitetu života, gledajući na tjelesnu, psihološku, emocionalnu i socijalnu dobrobit. U svom radu fizioterapeuti moraju posjedovati kompetencije koje im omogućuju uspješnu komunikaciju s korisnicima fizikalne terapije, njihovim obiteljima i ostalim članovima zdravstvenog tima. Nadalje, u svojoj kliničkoj praksi moraju posjedovati znanja i vještine za pružanje točnih i pravodobnih informacija korisnicima fizioterapije kako bi oni vodili adekvatnu brigu o sebi i nakon provedene medicinske rehabilitacije.

Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti temelj je fizioterapeutske struke, odnosno djelatnosti. Njime se uređuju sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom fizioterapeuta u Republici Hrvatskoj. Prema ovom Zakonu, fizioterapeut je zdravstveni djelatnik koji obavlja postupke fizikalne terapije i upravlja procesom fizikalne terapije, a u fizioterapeutskoj skrbi pacijenata mogu sudjelovati i fizioterapeutski tehničari, radni terapeuti i maseri-kupeljari, koji su upisani u registar Hrvatske komore fizioterapeuta.

Zakonom su definirane dužnosti i obveze fizioterapeuta u kliničkoj praksi, pri čemu je, između ostalog, istaknuto kako je svaki fizioterapeut dužan:

– provesti fizioterapeutske postupke po utvrđenim programima, pravilima i protokolima u timskom radu,
– primijeniti metode rješavanja problema u provedbi fizioterapeutskih postupaka, a koje zahtijevaju vještinu analitičko-kritičkog pristupa,
– imati stalne konzultacije s liječnikom koji vodi i nadzire zdravstveno stanje pacijenta,
– surađivati sa svim članovima tima i suradnicima,
– savjesno postupati u radu,
– čuvati profesionalne tajne,
– poznavati i poštovati prava pacijenata,
– poštovati *Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije*,
– poštovati vjerska načela pacijenata,
– djelovati u interesu pacijenata.

Zakon također definira standard obrazovanja fizioterapeuta, gdje se temeljno obrazovanje fizioterapeuta stječe završavanjem studija fizioterapije. Uz formalno obrazovanje, navodi se mogućnost dodatnog usavršavanja fizioterapeuta iz određenoga područja zdravstvene zaštite, a koje se provodi na sveučilištima, veleučilištima ili u zdravstvenim ustanovama u svrhu poboljšanja kvalitete i učinkovitosti rada fizioterapeuta.

Slijedom navedenoga, u Zakonu o fizioterapeutskoj djelatnosti **nigdje nije specifično navedena obveza usavršavanja ili obrazovanja o načinima komuniciranja s pacijentima i njihovim bližnjima**. Navode se konzultacije, suradnja, primjena metoda i postupaka, savjesnost u radu te vještina analitičko-kritičkog pristupa pri rješavanju eventualnih problema, no stručni pristup koji bi osvijestio načine komunikacije s pacijentom u specifičnoj fizioterapeutskoj situaciji nigdje nije naveden. Stječe se dojam da se ova vrsta kompetencije podrazumijeva. Ona je prisutna u svakom kontaktu u radu s ljudima pa tako i s korisnicima fizioterapije. Pritom su zanemarene situacije koje su osjetljive, jer se radi o ljudskom zdravlju, kao i psihološko stanje pacijenta, odnosno spoznaja o potrebi stručnog pristupa osobi koja se nalazi pod dodatnim stresom u situaciji koja je nepoznata, a ima izravan utjecaj na njezin život. Sve navedeno vraća nas ponovno na pojam komunikacije – ona je utkana u svaki segment fizioterapeutske djelatnosti, ali nažalost u Zakonu nije predviđena kao kompetencija koja se u svojoj biti odnosi na etičnost, savjesnost te rješavanje problema. Drugim riječima, ako fizioterapeut kao stručni djelatnik ne posjeduje potrebnu vještinu komunikacije te znanje kako i kada je upotrijebiti, ne može niti osvijestiti u čemu eventualno griješi.

Hrvatska komora fizioterapeuta 2009. godine u namjeri poboljšanja kvalitete pružanja fizioterapijske skrbi objavila je dokument pod nazivom ***Standardi u fizioterapeutskoj praksi*** koji su razvijeni na temelju preporuke Svjetske konfederacije za fizikalnu terapiju (WCPT) i Europske regije - Svjetske konfederacije za fizikalnu terapiju (ER-WCPT). Takvi standardi predstavljaju osnovu fizioterapeutske djelatnosti u zdravstvenom sustavu, privatnim praksama i drugim ustanovama gdje se provodi fizikalna terapija. *Standardi u fizioterapijskoj praksi* obuhvaćaju 14 poglavlja, među kojima se nalazi i **poglavlje o komunikaciji u kliničkom radu**. Ovdje se ističe kako je jedna od važnih uloga fizioterapeuta komunicirati s korisnicima fizioterapije te koordinirati svim radnjama vezanim za upravljanje u fizikalnoj terapiji, gdje su uključeni rezultati fizioterapeutske procjene, postavljanje fizioterapeutske dijagnoze i terapijskih ciljeva, postavljanje plana fizioterapeutskog tretmana te druge fizioterapijske aktivnosti kao što su edukacija pacijenata za svakodnevni život i rad nakon provedene fizikalne terapije. Također, u Standardima je naglašena važnost svakodnevne komunikacije s drugim fizioterapeutima i ostalim suradnicima kroz timski rad, kako bi se osigurala što učinkovitija zdravstvena skrb korisnika fizikalne terapije.

Može se zaključiti kako *Standardi u fizioterapijskoj praksi* obuhvaćaju i ulogu komunikacije u kliničkom radu, međutim izričito se ne navode potrebne kompetencije u tom smislu. Dakle, komunikacija je, prema navedenim strukovnim fizioterapeutskim standardima, ključni element profesionalnog odnosa između fizioterapeuta i drugih suradnika u medicinskome timu te u odnosu prema pacijentu. Međutim, kao i u pitanjima medicinske etike, tako i u standardima jedne zdravstvene struke smatra se potrebnim **detaljnije obrazložiti što bi to konkretno bio komunikacijski standard te kako bi se uobličio u kompetencijama**.

Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije utvrđuje načela i pravila ponašanja fizioterapeuta prema korisnicima fizioterapeutskih usluga te određuje značaj i ulogu fizioterapeuta i drugih članova tima u provedbi fizikalne terapije kao što su fizioterapeutski tehničari, maseri-kupeljari i radni terapeuti.

Uz opća načela Kodeksa, koji naglašava kako je fizioterapeut dužan savjesno ispunjavati dužnosti koje proizlaze iz fizioterapeutskog poziva, za ovu analizu s obzirom na komunikaciju fizioterapeut-pacijent u fokusu je sljedeća problematika:

1. **Odnos fizioterapeuta prema pacijentu**, gdje je naglašena dužnost svakog fizioterapeuta da pruža svoju profesionalnu pomoć svakom pacijentu bez obzira na državljanstvo i prebivalište te neovisno o rasi, boji kože, spolu, jeziku, vjeri, političkom ili drugom uvjerenju, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama. Korisnici fizioterapije imaju pravo na: uslugu visoke kvalitete, informacije o svom zdravstvenom stanju, informirani pristanak za fizioterapeutske postupke, povjerljivost, pristup podatcima iz fizioterapeutskog kartona te zdravstvene upute i edukaciju.
2. **Davanje točnih podataka i informiranje,** gdje je navedeno da su fizioterapeuti dužni informirati korisnike fizioterapije, javnost, kao i ostale fizioterapeute istinito o prirodi svojih usluga, kako bi bili u stanju donijeti pravovaljane odluke o korištenju istih.
3. **Odnos fizioterapeuta prema drugim fizioterapeutima i drugim članovima zdravstvenog tima**, gdje je naglašeno da fizioterapeuti moraju osigurati da njihovo ponašanje uvijek bude profesionalno bez mogućnosti nastanka konflikata s kolegama i korisnicima fizioterapije.
4. **Čuvanje fizioterapeutske tajne i zaštitu osobnih podataka pacijenata**, gdje je naglašeno da su fizioterapeuti dužni kao tajnu čuvati sve što o korisnicima fizioterapije znaju, pružajući im fizioterapeutsku uslugu.

Na temelju *Kodeksa fizioterapeutske etike i deontologije* polaganim, ali sigurnim koracima fizioterapija se približava odrednicama poput **komunikacijskih kompetencija**. Razvidno je da svi podrazumijevamo etičnost, neovisno o vrsti struke, ali ne znamo kako to ostvariti. Profesionalna komunikacija implicira etičnost, s pozitivnim predznakom (biti etičan ili neetičan). Kroz Kodeks nisu naznačene smjernice kako se ponašati i komunicirati, bilo u zdravstvenom timu, bilo s korisnicima fizioterapeutskih usluga te na koji način izbjeći nejasnoće ili nesuglasice. Drugim riječima, profesionalno ponašanje ne može biti proizvoljno. Komunikacija nije samo slučajan ili nasumičan razgovor. Stoga, da zaključimo, u ovome poglavlju analize dokumentacije kroz *Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije* najprikladnija je implementacija komunikacijskih kompetencija.

Zaključno, na temelju provedene analize javno dostupnih pravnih dokumenata koji reguliraju fizioterapeutsku djelatnost u Hrvatskoj te koji se odnose na klinički rad fizioterapeuta *Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti, Standardi u fizioterapeutskoj praksi, Kodeks fizioterapeutske*

etike i deontologije) **prihvaća se pothipoteza H1.1:** ***Profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta nisu definirane i zastupljene u hrvatskoj pravnoj dokumentaciji koja regulira fizioterapeutsku profesiju.***

6.2. ANALIZA UPITNIKA O KOMUNIKACIJSKIM KOMPETENCIJAMA FIZIOTERAPEUTA

Fizioterapija kao zdravstvena profesija bavi se poboljšanjem i maksimiziranjem kvalitete života i pokretljivosti unutar područja promocije zdravlja, prevencije ozljeda i oštećenja, te habilitacije i rehabilitacije. Fizioterapiju provodi i nadgleda fizioterapeut te jednako i otvoreno sudjeluje u interdisciplinarnom odnosu sa svim zdravstvenim profesionalcima – pružateljima zdravstvenih usluga, kako u javnom, tako i u privatnom sektoru; s ciljem bolje zdravstvene skrbi korisnika koja se temelji na njegovim potrebama (Grubišić, 2011).

Suvremena fizioterapija koja se ostvaruje kroz interdisciplinarni timski rad holistički je orijentirana te obuhvaća medicinsku, psihološku i socijalnu dimenziju skrbi za pacijenta. Samom suradnjom u interakciji fizioterapeut-pacijent te načinima komunikacije koji takav odnos podupire, može se doći do kvalitetnijeg terapijskog procesa i poboljšanja zdravstvenog stanja pacijenta. U procesu terapije – koja može trajati kraće (par dana) ili duže (po nekoliko mjeseci) – ključno je izgraditi povjerenje i sigurnost te pružiti psihološku potporu pacijentu, s ciljem poboljšanja fizičkog stanja. Međusobna suradnja u zdravstvenoj skrbi između fizioterapeuta i pacijenta, jasnoća i razumijevanje u komunikaciji postaju imperativ u današnje vrijeme.

Lončarić i sur. (2016) navode da unatoč stručnim kompetencijama i znanju, često i među zdravstvenim djelatnicima u rehabilitacijskom timu postoji nedostatak vještina i adekvatnog stava prema interdisciplinarnom radu. „Kao posljedica loše komunikacije, različitog gledišta profesija na uloge, hijerarhiju i suradnju u timu, nerazumijevanja ili neprihvaćanja stručnih kompetencija drugih članova, kompromitiran je interdisciplinarni pristup“ (Lončarić i sur., 2016; str. 148).

Kako bi se utvrdile komunikacijske kompetencije fizioterapeuta, provedeno je anketno istraživanje o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta kojim su ispitani stavovi i znanja fizioterapeuta o komunikaciji s korisnicima fizioterapije, kao i u zdravstvenom timu na radnom mjestu. Cilj ovog istraživanja među fizioterapeutima bio je utvrditi komunikacijske kompetencije fizioterapeuta potrebne radi što uspješnije komunikacije fizioterapeuta (empatičnost u komunikaciji, asertivnost, tolerantnost na neslaganje u komunikaciji na radnom mjestu) koje utječu na učinkovitost uspostavljene suradnje s korisnicima fizioterapije ili unutar zdravstvenog tima.

6.2.1. Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu

Procjena komunikacije fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu čini prvi dio upitnika kojim se istražuju komunikacijske kompetencije fizioterapeuta. Namjera u ovom dijelu istraživanja bila je ispitati ponašanje fizioterapeuta s obzirom na komunikacijski *feedback*. Ponašanja koja opisuju čestice u ovom upitniku odnose se na obraćanje pažnje na neverbalne znakove sugovornika, razumijevanje i prihvaćanje iznesenih ideja od strane pacijenata i kolega na radnome mjestu, prihvaćanje kritike od strane kolega i spremnost na odašiljanje povratnih informacija u obliku kritike kada je to potrebno, na prilagođavanje osobama s kojima su u komunikacijskoj interakciji te spremnost na rješavanje nesporazuma u komunikaciji.

Navedene tvrdnje u upitniku doista i čine najčešće sadržaje komunikacije prema pacijentima ili drugim zdravstvenim djelatnicima. Fizioterapeuti na radnom mjestu svakodnevno imaju priliku iskustveno mijenjati svoja uvjerenja i proširivati znanja i vještine u komunikaciji.

Hardavella i sur. (2017) navode da su u kliničkoj praksi povratne poruke kao komunikacijski alat dragocjene kako kod pružanja medicinskih informacija korisnicima zdravstvenih usluga i njihovim obiteljima, tako i u komunikaciji s drugim zdravstvenim djelatnicima gdje se primaju, daju ili traže povratne informacije vezano za klinički rad i određena stručna pitanja. Davanje, primanje i traženje povratnih informacija u kliničkom radu nije lak zadatak i predstavlja značajne izazove za obje strane u komunikaciji, bilo da se radi o odnosu između zdravstvenog djelatnika i pacijenata ili njihovih obitelji, bilo da se radi o komunikaciji unutar zdravstvenog tima.

Rezultati deskriptivne analize podataka na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* pokazuju da fizioterapeuti na svom radnom mjestu u komunikaciji sa sugovornicima obično ili gotovo uvijek obraćaju pažnju na neverbalne znakove sugovornika, pokušavaju razumjeti tuđe ideje koje se razlikuju od njihovih, potiču pacijente i suradnike da razjasne svoje misli, prihvaćaju kritiku od strane suradnika, otvoreno priznaju svoje pogreške, kada je to potrebno ispričavaju se bez prekomjernog opravdavanja, prilagođavaju se osobama s kojima komuniciraju, suradnike pitaju za kritičko mišljenje te poduzimaju inicijativu u rješavanju nesporazuma u komunikaciji.

Analizom je ispitano na temelju t-testa i analize varijance razlikuje li se prosječan rezultat odgovora fizioterapeuta na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* s obzirom na nezavisne varijable *roda, dobi, radnog staža i oblika fizioterapeutske prakse*. Izračunom t-testa nije dobivena statistički značajna razlika u prosječnom rezultatu na ovoj skali između fizioterapeuta muškog i ženskog roda ($p>.05$). Također, rezultati provedene analize varijance ukazuju da nema statistički značajne razlike u prosječnom rezultatu na ovoj skali između fizioterapeuta različitih dobnih skupina ($p>.05$) te s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse ($p>.05$). Međutim s obzirom na nezavisnu varijablu *radni staž* dobivena je statistički značajna razlika u prosječnom rezultatu na ovoj skali ($p<.01$). Utvrđeno je da skupina fizioterapeuta s 15-29 godina radnog staža ima značajno niži prosječan rezultat na skali ($M=3.04$) od skupine s preko 30 godina ($M=3.26$), dok se rezultati skupine fizioterapeuta do 15 godina radnog staža ne razlikuju s navedenim skupinama ($M=3.13$).

Na osnovi dobivenih rezultata može se zaključiti da bi se sljedeća istraživanja u polju komunikacijskih kompetencija u kliničkoj praksi mogla bazirati na usporedbi komunikacije i motivacije te zadovoljstva na poslu; komunikacije i radnih uvjeta; te kako utjecati komunikacijom na poboljšanje ishoda liječenja, kao i poboljšanje suradnje s drugim suradnicima na radnom mjestu u svrhu prevencije stereotipizacije na poslu.

6.2.2. Asertivni stil komunikacije i fizioterapeuti

Fizioterapeuti svakodnevno komuniciraju s pacijentima, kolegama i drugim zdravstvenim djelatnicima i ta se interakcija poboljšava kada imaju dobre komunikacijske vještine.

Postizanje samopouzdanja u komunikaciji može dovesti do većeg poštovanja od strane sugovornika. Iako postoje mnoge studije koje podržavaju korištenje vještina asertivnosti u svakodnevnim uvjetima, još uvijek nema dovoljno empirijskih dokaza o korištenju vještina asertivnosti od strane zdravstvenih profesionalaca u kliničkim uvjetima. Asertivnost se odnosi na sposobnost izražavanja osjećaja, mišljenja, uvjerenja i potreba otvoreno te se smatra važnim stilom komunikacije zdravstvenih djelatnika koji predstavlja ključ uspješnih odnosa s pacijentima, njihovim obiteljima i kolegama na radnom mjestu (Balqis, Aireen i Rajab, 2015).

Balqis, Aireen i Rajab (2015) navode da se razina asertivnosti medicinskih sestara temelji na njihovoj subspecijalnosti ili radnom okruženju. Potreba za primjenom asertivnog komunikacijskog stila važnija je na radnim mjestima kao što su odjeli hitne medicinske službe ili odjeli intenzivne njege, u usporedbi s drugim bolničkim odjelima.

Maheshwari i Gill (2015) proveli su dva istraživanja s ciljem: (1) povezivanja stila komunikacije i stvaranja stresa na radnom mjestu te (2) procjene odnosa asertivnog ponašanja i zadovoljstva međuljudske komunikacije među medicinskim sestrama u zdravstvenim ustanovama u Punjabu u Indiji. Autori u navedenim studijama ističu da asertivno ponašanje medicinskih sestara rezultira visoko kvalitetnim međuljudskim odnosima te većim zadovoljstvom u komunikaciji. Medicinske sestre trebaju koristiti asertivno ponašanje jer izravno utječe na međuljudske odnose i zadovoljstvo komunikacijom, što u konačnici rezultira i boljim ishodom liječenja pacijenata. Nedostatak asertivnosti u kliničkom radu rezultira čestom emocionalnom traumom, jer posljedično imaju loše komunikacijske vještine i ne mogu izraziti osjećaje o svojim potrebama i brigama. Kod medicinskih sestara koje ne mogu razgovarati o za njih važnim pitanjima s drugim suradnicima razvijaju se negativna uvjerenja koja im emocionalno štete, što rezultira nezadovoljavajućom komunikacijom i neprilagođenim ponašanjem. Također, neasertivno ponašanje među medicinskim sestrama rezultira visokim stresom na radnom mjestu, niskim samopoštovanjem, frustracijom, tjeskobom i mentalnim zamorom (Maheshwari i Gill, 2015a; Maheshwari i Gill, 2015b).

Procjenom asertivnosti na radnom mjestu te zastupljenosti pojedinih stilova komunikacije, u drugom dijelu upitnika o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta utvrđeno je da je s obzirom na zastupljenost pojedinih stilova komunikacije u kliničkom radu najviše fizioterapeuta bilo asertivno 82.8%, pasivno 10.8%, agresivno 2.4%, te manipulirajuće 4%. Dakle, velikom većinom fizioterapeuti su asertivni u svakodnevnome radu, tj. manji broj pribjegava agresivnoj, odnosno manipulirajućoj komunikaciji. Pasivnost, međutim, nije

zanemariva i daljnjim istraživanjima trebalo bi istražiti zašto se u ovolikom postotku javlja pasivnost te kako je povezana s drugim mogućim varijablama, kao što su motivacija na poslu, zadovoljstvo poslom, mogućnost cjeloživotne edukacije i sl.

U daljnjoj analizi, gdje su se uspoređivale nezavisne varijable i stil komuniciranja, ispitanici su podijeljeni u dvije kategorije: asertivni i neasertivni (pasivni, agresivni i manipulirajući).

Hi-kvadrat testom ispitano je postoje li razlike asertivnosti s obzirom na rod, dob i godine radnog staža fizioterapeuta te s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse. Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na zavisnost asertivnog stila komuniciranja s dobi fizioterapeuta, godinama radnog staža te oblikom fizioterapeutske prakse. S druge strane rezultati hi-kvadrat testa pokazuju da nema zavisnosti između asertivnosti i roda ispitanika te se prihvaća pothipoteza **H2.1:** ***Asertivni stil komuniciranja podjednako koriste fizioterapeuti oba roda.***

Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuje li se asertivnost s obzirom na dob fizioterapeuta. U analizi rezultata hi-kvadrat testa koji ukazuju na zavisnost asertivnosti i dobi fizioterapeuta vidljiv je najveći udio osoba asertivnog komunikacijskog stila među mlađim fizioterapeutima u dobi do 34 godine, 88.4%, u srednjoj skupini ispitanika od 35 do 49 godina starosti je 83,3%, a u najstarijoj dobnoj skupini od 50 i više godina 72.4%. Suprotno tomu, analizom rezultata hi-kvadrat testa utvrđen je najmanji udio osoba neasertivnog komunikacijskog stila, 11.6%, među fizioterapeutima u dobi do 34 godine, u srednjoj skupini ispitanika od 35 do 49 godina starosti je 16.7%, a u najstarijoj dobnoj skupini od 50 i više godina je najveći udio i iznosi 27.6%. Prema navedenim rezultatima analize potvrđuje se pothipoteza **H2.2:** ***Najveći udio asertivnih fizioterapeuta nalazi se u najmlađoj skupini ispitanika (do 34 godine starosti).*** Dodatnim istraživanjima mogla bi se ciljano ispitati asertivnost povezujući je sa motivacijom, zadovoljstvom svakodnevnim poslom i napredovanjem u struci.

Nadalje, hi-kvadrat testom ispitano je razlikuje li se asertivnost s obzirom na radni staž fizioterapeuta. Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na zavisnost asertivnosti i radnog staža fizioterapeuta, gdje je u skupini ispitanika s najmanje radnog staža nešto veći udio asertivnih fizioterapeuta (86.6%) nego u skupini s 15-29 godina radnog staža (82,3%) i skupini s najviše radnog staža (73.2%). Analizom rezultata hi-kvadrat testa utvrđena je obrnuta situacija kod neasertivnog stila komunikacije gdje je u skupini ispitanika s najmanje radnog staža najmanji udio neasertivnih ispitanika (13.4%), u skupini s 15-29 godina radnog staža (17.7%), a najveći udio je u skupini fizioterapeuta s više od 30 godina radnog staža (26.8%). Prema navedenim

rezultatima analize potvrđuje se pothipoteza **H2.3:** ***Najveći je udio asertivnih fizioterapeuta u skupini ispitanika s najmanje radnog staža (do 14 godina radnog staža).*** Dodatnim istraživanjima mogla bi se ciljano ispitati asertivnost povezujući je sa stresom, motivacijom, zadovoljstvom svakodnevnim poslom i napredovanjem u struci.

Analizom rezultata hi-kvadrat testa utvrđena je zavisnost asertivnosti i oblika fizioterapijske prakse, gdje je vidljivo da je u skupini fizioterapeuta koji obavljaju ambulantni oblik fizioterapije nešto manji udio asertivnih fizioterapeuta (79.7%) nego u skupini koja obavlja bolnički stacionarni oblik fizioterapije (87.7%) i skupini koja obavlja privatnu praksu (93.8%). U analizi rezultata hi-kvadrat testa utvrđena je zavisnost neasertivnog stila komunikacije i oblika fizioterapije tako što je u skupini fizioterapeuta koji obavljaju ambulantni oblik fizioterapije najveći udio ispitanika (20.3%), u skupini koja obavlja bolnički stacionarni oblik fizioterapije (12.3%) i najmanji udio u skupini koja obavlja privatnu praksu (6.2%). Prema navedenim rezultatima analize potvrđuje se pothipoteza **H2.4** ***Najveći udio asertivnih fizioterapeuta je u skupini fizioterapeuta koji obavljaju privatnu praksu.***

6.2.3. Fizioteraputi i empatija na radnom mjestu

Ishodi po zdravlje pacijenta izravno su povezani s odnosom zdravstvenog djelatnika i pacijenta te je pritom empatija kliničara identificirana kao jedan od najbitnijih elemenata koje pacijenti cijene. Briga, kao što pokazuje empatija koju je izrazio zdravstveni djelatnik, smatra se jezgrom i vještinom komunikacije koja se može naučiti. Dokazano je da pacijenti visoko cijene empatiju kod zdravstvenog djelatnika, ali istraživanja pokazuju da ovaj element često nedostaje pri medicinskim susretima. Bonvicini i sur. (2009) u svojoj studiji navode da je prilikom edukacije o empatiji kod liječnika primijećeno da se razina iskazivanja empatije poboljšala za 37%. Edukacija je učinila značajnu razliku u empatijskom izrazu liječnika tijekom interakcije s pacijentom.

Kao temeljne komunikacijske vještine u medicini, aktivno slušanje i empatija načini su da se odgovori na jedinstvene potrebe, vrijednosti i preferencije pojedinih pacijenata. Empatija se smatra ključnom za učinkovitu medicinsku skrb, povećava količinu kliničkih podataka, potiče zadovoljstvo pacijenata te dovodi do poboljšanja zdravstvenog stanja pacijenata. Unatoč dokazima koji sugeriraju da je empatija jedna od bitnijih komunikacijskih vještina u kliničkoj praksi i da pacijenti visoko cijene empatiju koja im je pružena, većina zdravstvenih djelatnika

ipak ne uspijeva učinkovito pokazati empatiju prema svojim pacijentima. Levinson i sur. (2000; prema Bonvicini i sur., 2009) u svojem istraživanju tvrde da su liječnici odgovorili na emocionalne znakove pacijenata u samo 21% slučajeva na razini primarne zdravstvene zaštite i 38% kod kirurških slučajeva, a također često propuštaju priliku u prepoznavanju pacijentovih stvarnih osjećaja. Postoje specifična ponašanja zdravstvenog djelatnika, verbalna i neverbalna, koja povećavaju vjerojatnost da će ga pacijent doživjeti kao brižnu osobu. Stoga, empatija je višedimenzionalni koncept i vještina s kognitivnim, afektivnim i bihevioralnim elementima (Bonvicini i sur., 2009).

Sposobnost empatije bitna je ne samo za društvene interakcije i komunikaciju, već i za formiranje i održavanje smislenih emocionalnih odnosa te općenito za prosocijalno ponašanje. Hoffman (2008; prema Kourmousi i sur., 2017) navodi da je empatija "iskra ljudske brige za druge, ljepilo koje stvara mogući društveni život". U medicinskom okruženju i susretima zdravstvenog djelatnika s pacijentima vrlo je važno pojačati empatično neverbalno ponašanje. Kourmousi i sur. (2017) navode kako empatija predstavlja vrlinu spoznaje tuđih razmišljanja, no kako ne bi postala „meka" vrlina bitno je znati zadržati ravnotežu između njezine racionalne i emotivne komponente. Naime, ukoliko je kognitivna komponenta prenaglašena, empatija može biti svedena na intelektualni pokušaj razumijevanja stanja druge osobe, što isključuje emocionalnu komponentu. U slučaju kada je pak emocionalna komponenta prenaglašena, može doći do stapanja između zdravstvenog djelatnika i pacijenta, odnosno gubitka granica, što onemogućuje zauzimanje šire perspektive, a time i zadržavanje pozicije lidera.

Empatija predstavlja „vezivno tkivo dobrih interpersonalnih odnosa". U radnoj atmosferi, radu sa strankama i suradnicima, empatija predstavlja ključnu vještinu za dobar međusobni odnos i interakciju suradnika unutar ustanove (Tomulić i Grmuša, 2017). U medicini je ključno da kliničari pokažu i empatiju i stručno-tehničke kompetencije. Percepcija empatije često je intuitivna i temelji se na neverbalnom ponašanju. Pretpostavlja se da će percepcija medicinske kompetencije zdravstvenih djelatnika biti pozitivno povezana s percepcijom brige za pacijente i empatije koja je posebno važna u kontekstu medicine, gdje je povezana s brojnim pozitivnim ishodima uključujući: povećano zadovoljstvo pacijenata, dobar odnos s pacijentima, povećano pridržavanje medicinskih uputa od strane pacijenata, povećanu dijagnostičku točnost, smanjenje medicinskih pogrešaka te pozitivne zdravstvene ishode. Riess i Kraft-Todd (2014) ističu da postoje istraživanja o razlikama percepcije empatije kroz dvije dimenzije: brigu (sličnu visokoj empatiji) i dominaciju (sličnu niskoj empatiji).

Zdravstveni djelatnici koji pokušavaju prenijeti empatiju, mogu umanjiti vlastitu stručnu kompetenciju. Kako pomiriti te dvije suprotnosti? Isključuje li empatija nužno zdravstvenu stručnu kompetenciju? Moraju li zdravstveni djelatnici stvarno stalno dominirati nad pacijentima? Empatija (kao toplina) i kompetentnost (kao dominacija/hladnoća) u pristupu i komunikaciji na žalost obrnuto su proporcionalne u percepciji pacijenata. Empatično ponašanje zdravstvenih djelatnika može, dakle, negativno utjecati na percepciju pacijenta o njihovoj stručnosti te smatraju da bi „bijela kuta“ trebala naglasiti profesionalnost po cijenu humanizma. Međutim, „kompetencije“ u medicinskom kontekstu uključuju i tehničke kompetencije (tj. vještine u medicinskim postupcima i biomedicinskom znanju) te interpersonalne kompetencije (tj. vještine u socijalnim interakcijama). S obzirom na to da pacijenti sve više uočavaju da su interpersonalne kompetencije presudne u procjeni zdravstvenog djelatnika, moglo bi se očekivati da će medicinske tehničke kompetencije i empatija biti pozitivno povezane, jer empatija sve više postaje komponenta uspješne medicinske skrbi i interpersonalne kompetencije (Riess i Kraft-Todd, 2014).

U trećem dijelu upitnika o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta, kod **ispitivanja procjene stavova fizioterapeuta o empatičnom komuniciranju na radnom mjestu** pojavile su se tvrdnje (stavovi) koje su metodom faktorske analize pokazale pojavu empatije. To su suosjećajnost, potreba pomaganja drugome, prepoznavanje tuge i uznemirenosti kod drugih kroz neverbalne znakove. Shodno dobivenim rezultatima fizioterapeuti u radnom okruženju imaju razvijene osobine empatije, sama djelatnost kao struka bazirana je na pomoći drugima, te je samim time empatija prisutna na način da se rad s pacijentima ne svodi samo na provedbu tehničkih postupaka fizikalne terapije. Podatci, s druge strane, pokazuju da fizioterapeuti ne dolaze pod emocionalni utjecaj drugih u okruženju u kojem rade, tj. uspijevaju zadržati svoju profesionalnu sigurnost i čvrstinu na planu ponašanja. Prema statističkoj analizi dobivene skale *Empatija*, na temelju faktorske analize, najčešći afirmativni odgovori pojavljuju se u tvrdnji *Uživam u tome kada druge ljude činim sretnima*. Nadalje, fizioterapeuti su senzibilizirani za prepoznavanje tuđih emocija, za neprimjereno i loše postupanje prema drugima, iskazuju suosjećajnost te potporu i pomoć. Međutim, svoje unutarnje raspoloženje i emocije uspijevaju kontrolirati, ne padati pod utjecaj drugih i emocionalno „ostati na nogama“ unutar radnog okruženja. Iz rezultata o *procjeni stavova o empatičnom komuniciranju na radnom mjestu* može se zaključiti da je i inicijalni impuls koji vodi pojedinca za upis na studij fizioterapije bio pomoći drugima kroz rehabilitaciju, te ne samo ljubav prema medicini u širem smislu, već u užem i briga za zdravlje pacijenata.

Nesebično davanje bez potrebe za nagradom najveći je znak brige za drugoga, a time, naravno, i empatije.

Rezultati istraživanja kod usporedbe sociodemografskih podataka fizioterapeuta i tvrdnji na skali *Empatija* s obzirom na rod fizioterapeuta pokazali su značajno višu pojavnost empatije ($p<.01$) kod fizioterapeuta ženskog roda ($M=3.31$) u odnosu na muške ispitanike ($M=2.89$) – prihvaća se pothipoteza **H2.5:** ***Postoji značajno više empatije u komunikaciji kod fizioterapeuta ženskog roda.***. S druge strane, na skali *Empatija* s obzirom na dob fizioterapeuta, godine radnog staža i oblik fizioterapeutske prakse nisu se pokazale statistički značajne razlike ($p>.05$).

Daljnja istraživanja mogla bi se usredotočiti na istraživanje povezanosti empatije kod zdravstvenih djelatnika i svakodnevnog rada s obzirom na radne zadatke; povezanost stresa na radnome mjestu (kao opstruktor empatije) te bolje uvjete u organizaciji rada.

6.2.4. Tolerancija na neslaganje kod fizioterapeuta

Sukobi se odnose na agresivno nastojanje za željenim ishodom koji, ako se postigne, sprječava druge da ostvare svoj omiljeni ishod. To je ujedno i proces u kojem jedan pojedinac smatra da ga drugi pojedinac osporava ili negativno utječe na njegove interese. Sukob je neizbježan u gotovo svim sferama života i rada, a karakterizira ga stanje disharmonije i razmimoilaženja u razmišljanju ili ponašanju. Sam pojam možemo poistovjetiti s riječima spor, svađa, sučeljavanje ili konflikt. Kao uvriježene uzroke nastanka sukoba među zaposlenicima na radnom mjestu Nauman (2017) navodi:

- različite osobnosti,
- različite sustave vrijednosti,
- nejasna radna zaduženja,
- ograničene resurse,
- nepoznavanje modela komunikacije,
- međuovisna radna zaduženja,
- nerealna i nejasna pravila i norme,
- neriješene ili potisnute prijašnje sukobe.

U radnome okruženju, dakle, do sukoba dolazi zbog nedostatka moći, resursa, društvenog položaja, shvaćanja ili prihvaćanja različitih vrijednosti unutar sustava te zbog postojanja različitih potreba, želja i interesa. Jedan od najranijih radova o upravljanju sukobima napisala je Mary P. Follett 1920-ih godina. Istaknula je tri osnovna načina pristupa konfliktu: dominaciju, kompromis i integraciju te potom izbjegavanje i potiskivanje (Follett, 1940; prema Nauman, 2017). Organizacija zdravstvene skrbi vrlo je složena, okarakterizirana je brojnim zamršenim međuzavisnim odnosima i nejasnoćama u poslu, koji stvaraju stres i proizvode sukobe. Složenost zdravstvene zaštite povezana je s vremenskim pritiskom, kritičnim odlukama o životu i smrti, neizrečenim očekivanjima od suradnika i golemim opterećenjima te radom u smjenama, što sve doprinosi razvoju sukoba.

Alshammari i Dayrit (2017) navode najčešće uzroke sukoba u zdravstvenim organizacijama: (1) natjecanje među zdravstvenim profesionalcima; (2) razlike u ekonomskim i profesionalnim vrijednostima među članovima zdravstvenog tima; (3) ograničeni resursi; (4) promjene zaduženja; (5) nedostatak jasno definiranih uloga i očekivanja; (6) sposobnost funkcioniranja zdravstvenog tima; (7) vještine međuljudske komunikacije; te (8) različita očekivanja u svezi s razinom izvedbe različitih uloga medicinskih djelatnika. Isti autori navode i moguće odgovore pojedinca na nastali sukob:

1. Izbjegavanje: povlačenje iz situacije; održavati neutralnost – cilj je odgoditi sukob.
2. Održavanje: zadovoljiti potrebe i brige drugih nad vlastitima; održavati sklad – cilj je donijeti sklad.
3. Agresivnost - dominacija - natjecanje: biti samouvjeren i slijediti vlastite brige; borba za vlast – cilj je pobijediti u sukobu.
4. Kompromis: minimalno prihvatljiv za sve; neoštećeni odnosi – cilj je pronaći neutralnost.
5. Suradnja: proširiti raspon mogućih opcija; postizanje rezultata pobjede ili dobitka – cilj je pronaći „pobjeda-pobjeda“ rješenje (Alshammari i Dayrit, 2017).

U samoj je biti medicinske djelatnosti čovjek. Takvo dinamično okruženje zahtijeva od pojedinca da daje i prima informacije transparentno, objektivno i da iskazuje otvorenost za rješavanje svih pitanja te predlaže korisna rješenja bez stvaranja tenzija. Samo takav afirmativan stil u komunikaciji bez interesa za osobnu korist te naglašenu brigu za dobrobit drugih može donijeti rezultate i stvoriti zdravu radnu atmosferu.

Bitno je istaknuti da dobra komunikacija između zdravstvenog djelatnika i pacijenta u svakom slučaju mora postojati prije nego što se liječenje dogodi. Ona je ključna za sam ishod liječenja. Upravo takva komunikacija prije početka procesa liječenja diktira njegov daljnji ishod. Budući da je iskrena komunikacija prije i poslije liječenja bit kvalitetne zdravstvene zaštite, važno je za zdravstvenu skrb neke ustanove da može predvidjeti u kojoj mjeri će komunikacijske vještine te vještine rješavanja sukoba postati njeni prioriteti. Te su odrednice primarni pokazatelji sposobnosti jedne zdravstvene ustanove da napreduje u poboljšanju kvalitete usluge i sigurnosti pacijenata, te će stoga opremiti svoje kliničare znanjima i vještinama na ovome području. Oni koji prihvate ovaj pristup mogu očekivati poboljšanja u poslovanju, manje izgaranja zdravstvenih djelatnika, povećanu iskrenost prema pacijentu te niže stope medicinskih pogrešaka (Peters, Lipkus i Diefenbach, 2006.). Postojeći i trenutni zdravstveni sustav s previše pacijenata na jednog liječnika, medicinsku sestru ili fizioterapeuta stvara potencijalne sukobe u komunikaciji koji se očituju u pomanjkanju vremena za pacijenta. U slučaju incidenta ili sukoba kada pacijent ili njegova obitelj imaju dodatna pitanja o ishodu liječenja, ustanova, ali i svaki zdravstveni djelatnik moraju imati istu moralnu i etičku predanost pacijentu, kao i kada je pacijent prvotno zatražio skrb. Svi bi trebali nastaviti djelovati na ujednačen način, u najboljem interesu pacijenta. Dugoročne interese i reputaciju zdravstvene ustanove najbolje čuvaju ista profesionalna i disciplinirana ponašanja. Ali vrlo je teško brzo i učinkovito razriješiti sukob te podučavati djelatnike kako se najbolje ponašati kada se sukob već dogodi (Peters, Lipkus i Diefenbach, 2006).

Hetzler, Messina i Smith (2011) identificirali su razloge za razvoj mogućih sukoba unutar zdravstvenog tima:

1. generacijska pitanja i razlike u percepciji radnih zadataka,
2. tračevi,
3. uočeni administrativni neuspjeh prilikom prijave problema,
4. nedostatak vjere u pravodobno rješavanje pitanja sukoba,
5. nedostaci u komunikaciji između osoblja vezano za pacijente,
6. rijetka ili nepotpuna komunikacija između osoblja i vodstva,
7. nedovoljne vještine rješavanja sukoba kod pojedinaca,
8. nedostatak znanja o formalnim (zakonskim) procesima koji se odnose na kodeks ponašanja i druga kršenja politike zdravstvene ustanove.

Analizom rezultata četvrtog dijela upitnika o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta **napravljena je i *procjena stavova o neslaganju u komunikaciji na radnom mjestu* kroz podupitnik o *toleranciji na neslaganje*.** Na temelju analize deskriptivnih podataka za pojedine čestice iz upitnika *Tolerancija na neslaganje* vidljivo je da su fizioterapeuti okarakterizirali neslaganje, odnosno sukob kao *nepoželjan* u smislu da su skloni izbjegavati otvoreni sukob na radnome mjestu. Skloniji su preusmjeravati komunikaciju na drugu temu ili izbjegavati komunikaciju s konfliktnim osobama. Premda većina njih navodi kako uživaju u razgovoru s ljudima različitog mišljenja, možemo istaknuti kako se ovakav oblik komunikacije isključivo zadržava na pozitivnom *sukobu mišljenja*, konstruktivnim razgovorima te razmjeni gledišta. Rezultati pokazuju da fizioterapeuti nikako nisu skloni konfliktnim ponašanjima unutar radnog mjesta. Nadalje, fizioterapeuti također ističu kako ne vole biti sudionicima komunikacije u kojoj ljudi imaju različita mišljenja te preferiraju promijeniti temu razgovora kada dođe do neslaganja. Također, izbjegavaju razgovarati s ljudima za koje smatraju da se neće složiti s njima. Ovakvi rezultati upućuju na stil ponašanja te komunikaciju u kojoj dominira izbjegavanje sukoba, nesuglasica pa i napete atmosfere između zaposlenika. Međutim, svjesni su i navode kako ih razmimoilaženja u mišljenjima s kolegama potiču na komunikaciju te da ipak uživaju u razgovoru s ljudima koji imaju različita mišljenja od njihovih. Slijedom navedenih tvrdnji može se zaključiti da su fizioterapeuti na radnom mjestu skloni konstruktivnoj raspravi o različitim mišljenjima, ali nikako svađama, eskalaciji sukoba ili forsiranju svojih stavova pod svaku cijenu. Svakako je pohvalno i za samu struku čuti različito mišljenje, razgovarati, otvoriti teme od užeg, ali i šireg značaja, i to ne samo za trenutačno obavljanje radnih zadaća. Na taj način širimo svoje vidike, spoznaje i razmišljanja, kako u pogledu struke tako i samog radnog mjesta i odmičemo se u načinu razmišljanja.

Pri opisu rezultata vezano za *toleranciju na neslaganje fizioterapeuta* analizirana je povezanost stavova fizioterapeuta u upitniku sa sociodemografskim podatcima ispitanika (rod, dob, godine radnog staža i oblik fizioterapeutske prakse).

Na skali *Tolerancija na neslaganje* s obzirom na rod rezultati provedene analize ukazuju na statistički značajnu razliku ($p<.01$) te višu toleranciju na neslaganje kod fizioterapeuta muškog roda ($M=40.68$) nego kod fizioterapeuta ženskog roda ($M=38.00$). Prema navedenim rezultatima analize prihvaća se pothipoteza **H3.1:** ***Kod muških fizioterapeuta postoji viša tolerancija na neslaganje nego kod ženskih ispitanica***.

Ispitane su razlike na skali *Tolerancija na neslaganje* s obzirom na dob fizioterapeuta. Rezultati provedene analize ukazuju na statistički značajnu razliku u toleranciji na neslaganje kod fizioterapeuta s obzirom na njihovu dob ($p<.05$). Utvrđeno je da najmlađa skupina fizioterapeuta do 34 godina ima značajno viši prosječan rezultat na skali *Tolerancija na neslaganje* (M=39.63) od najstarije skupine od 50 i više godina (M=37.30). Rezultati srednje skupine ispitanika u dobi od 35 do 49 godina starosti se ne razlikuju (M=38.50). Prema navedenim rezultatima analize prihvaća se pothipoteza **H3.2:** ***Najmlađa skupina fizioterapeuta (do 34 godina starosti) daje najviše rezultate u procjeni tolerancije na neslaganje u odnosu na druge skupine ispitanika.***

Rezultati provedene analize o razlikama u toleranciji na neslaganje s obzirom na radni staž fizioterapeuta pokazuju da je dobivena statistički značajna razlika u toleranciji na neslaganje kod fizioterapeuta s obzirom na njihov radni staž ($p<.05$). Utvrđeno je da skupina fizioterapeuta s najmanje radnog staža do 14 godina ima značajno viši prosječan rezultat na skali *Tolerancija na neslaganje* (M=39.42) od skupine s najviše radnog staža od 30 godina (M=37.28). Rezultati srednje skupine ispitanika od 15 do 29 godina radnog staža se ne razlikuju (M=37.87). Prema navedenim rezultatima analize prihvaća se pothipoteza **H3.3:** ***Skupina fizioterapeuta s najmanje radnog staža (do 14 godina radnog staža) daje najviše rezultate u procjeni tolerancije na neslaganje u odnosu na druge skupine ispitanika.***

Ispitane su i razlike u prosječnom rezultatu na skali *Tolerancija na neslaganje* s obzirom na oblik fizioterapeutske prakse. Rezultati provedene analize pokazali su da nema statistički značajne razlike u toleranciji na neslaganje kod fizioterapeuta s obzirom na oblik fizioterapijske prakse koji obavljaju ($p>.05$). Prema navedenim rezultatima analize prihvaća se pothipoteza **H3.4:** ***Ne postoji razlika u procjeni tolerancije na neslaganje kod fizioterapeuta s obzirom na oblik fizioterapijske prakse koji obavljaju.***

Sljedeća istraživanja mogla bi se bazirati na ispitivanju točnih razloga pojačane netolerancije na neslaganje na radnome mjestu, a s obzirom na organizaciju unutar ustanove, radne zadatke te otvoreni način komunikacije unutar timova.

Također, ispitana je povezanost između rezultata na skali *Tolerancija na neslaganje* i rezultata na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu*. Dobivena je niska, ali značajna pozitivna korelacija ($p<.01$). Fizioterapeuti koji imaju viši rezultat na skali *Tolerancija na neslaganje* imaju i viši rezultat

na skali *Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu* – i obrnuto. Prema navedenim rezultatima analize prihvaća se pothipoteza **H3.5:** ***Postoji pozitivna korelacija: fizioterapeuti koji imaju viši rezultat na skali Tolerancija na neslaganje imaju i viši rezultat na skali Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu.*** Dakle, može se zaključiti da su tolerancija na neslaganje i učinkovita komunikacija, što s pacijentima, što sa suradnicima u zdravstvenom timu, izravno povezani. Na ovome planu trebalo bi provoditi daljnja istraživanja s ciljem jačanja komunikacije i tolerancije na neslaganje unutar radnoga mjesta, kako kod fizioterapeuta tako i drugih zdravstvenih djelatnika.

6.3. ANKETNO ISTRAŽIVANJE O UČINKOVITOSTI KOMUNIKACIJE KORISNIKA FIZIOTERAPIJE S FIZIOTERAPEUTIMA

Cilj istraživanja među pacijentima na fizikalnoj terapiji bio je ispitati kod korisnika fizioterapije njihove stavove i zadovoljstvo komunikacijom s fizioterapeutom. Anketni upitnik namijenjen pacijentima, uz sociodemografske podatke ispitanika, sadrži šest poglavlja: (1) vlastita procjena zdravstvenog stanja; (2) procjena komunikacijskog straha od fizioterapeuta; (3) procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom; (4) procjena stavova korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom; (5) procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji; te (6) procjena načina govora fizioterapeuta u komunikaciji.

6.3.1. Medicinski problem ispitanika u istraživanju

Medicinski problem zbog kojeg su pacijenti zatražili pomoć u zdravstvenoj ustanovi te proveli postupke fizikalne terapije analiziran je na temelju dviju medicinskih klasifikacija: *Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema* (MKB-10) te *Međunarodne klasifikacije funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja*. S obzirom na uputnu dijagnozu (prema MKB-10 klasifikaciji) zbog koje su pacijenti bili na fizikalnoj terapiji, ovim istraživanjem obuhvaćeni su ispitanici s dijagnozama iz skupina bolesti i ozljeda mišićno-

koštanog sustava i vezivnog tkiva. Ispitanici su na početku te po završetku fizikalne terapije samostalno procijenili svoje zdravstveno stanje i tegobe s obzirom na osjećaj boli, opseg pokretljivosti i stabilnosti zglobova, mišićne snage i izdržljivosti, izvođenja jednostavnih i složenih voljnih pokreta, koordinacije voljnih pokreta te pojave nevoljnih pokreta (nevoljne mišićne kontrakcije, tremor, tikovi) prema skali *Vlastita procjena zdravstvenog stanja* koja je napravljena na temelju *Međunarodne klasifikacije funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja*.

Prema *Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema*, a s obzirom na uputnu dijagnozu, najviše ispitanika u istraživanju bilo je s bolestima mišićno-koštanog sustava i vezivnoga tkiva, 66.4% slučajeva, kao što su upalne poliartropatije, artroze i poremećaji zglobova, dorzopatije i spondilopatije, poremećaji mišića, poremećaji mekih tkiva, te poremećaji u čvrstoći i građi kosti; zatim s tjelesnim ozljedama, 29.7%, kao što su ozljede vratne kralješnice, ozljede donjeg dijela leđa i zdjelice, ozljede ramena i nadlaktice, ozljede lakta i podlaktice, ozljede ručnoga zgloba i šake, ozljede kuka i bedra, ozljede koljena i potkoljenice i ozljede nožnoga zgloba (gležnja) i stopala; te zbog kirurških zahvata i ugradnje ortopedskih implantata, 3.9% slučaja. Prema navedenim uputnim dijagnozama te s obzirom na funkcionalna oštećenja tjelesnih struktura, pacijenti su u istraživanju najčešće navodili probleme s kralješnicom, 38.3%, zatim bol i funkcionalna ograničenja u ramenima 23.9%, potkoljenicama 19.2%, šakama 19.2%, nožnim zglobovima i stopalima 17.7%, natkoljenicama 16.8%, glavi i vratu 15.6%, nadlakticama 8.8%, podlakticama 8.8% i u zdjelici 8.5%.

Daljnjom analizom napravljena je usporedba sociodemografskih podataka pacijenata (rod i dob ispitanika) i uputne dijagnoze. Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuju li se dijagnoze, odnosno medicinski problemi zbog kojeg su pacijenti došli na fizikalnu terapiju, s obzirom na rod ispitanika. Rezultati testa ukazuju na zavisnost medicinskog problema i roda ispitanika, gdje je kod pacijenata muškog roda nešto veća zastupljenost dijagnoza koje spadaju pod tjelesne ozljede, te nešto manja zastupljenost bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnoga tkiva u usporedbi s pacijentima ženskog roda. Također, hi-kvadrat testom ispitano je razlikuju li se dijagnoze, odnosno medicinski problemi zbog kojih su pacijenti došli na fizikalnu terapiju s obzirom na njihovu dob. Rezultati testa ukazuju na zavisnost medicinskog problema (dijagnoze) i njihove dobi, te pokazuju da je s povećanjem dobi i veći udio koštano-mišićnih oboljenja te ugradnje ortopedskih implantata i kirurških zahvata, a manji udio traumatologije.

Kako bi se ispitalo je li došlo do promjene u samoprocjeni zdravstvenog stanja pacijenata na kraju fizikalne terapije, izračunat je t-test za zavisne uzorke kojim je testirana razlika u prosječnom rezultatu na skali *Vlastita procjena zdravstvenog stanja* na početku i kraju fizikalne terapije. Dobiveni rezultati ukazuju na značajno niži rezultat na skali na kraju nego na početku fizikalne terapije, odnosno ukazuju na značajno smanjenje poteškoća nakon fizikalne terapije s obzirom na osjećaj boli, opseg pokretljivosti i stabilnosti zglobova, mišićnu snagu i izdržljivost, izvođenje jednostavnih i složenih voljnih pokreta, koordinaciju voljnih pokreta te pojavu nesvjesnih pokreta. Pacijenti su na početku fizikalne terapije poteškoće i funkcionalnu onesposobljenost prema prosječnom rezultatu na skali procijenili kao umjeren ili popriličan medicinski problem, odnosno prema *Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja* što bi značilo funkcionalno ograničenje u rasponu od 25 do 49%; dok su na kraju fizikalne terapije prema dobivenom prosječnom rezultatu na skali poteškoće procijenili kao blagi i slabi problem, što bi značilo funkcionalno ograničenje u rasponu od 5 do 24%.

Usporedbom sociodemografskih podataka pacijenata i dobivenih rezultata na skali *Vlastita procjena zdravstvenog stanja,* na temelju analize varijance, s obzirom na rod ispitanika, vidljivo je da pacijenti muškog roda u prosjeku, kako na početku fizikalne terapije tako i po završetku iste, navode manje poteškoća nego pacijenti ženskog roda – prihvaća se pothipoteza **H4.1:** ***Muški pacijenti navode manje poteškoća nego žene pri procjeni zdravstvenog stanja na početku i na kraju fizikalne terapije.*** Također, kako bi se ispitalo je li došlo do razlike u procjeni vlastitog zdravstvenog stanja pacijenata na početku i na kraju fizikalne terapije, s obzirom na njihovu dob, provedena je analiza varijance, gdje su ispitanici svrstani u tri dobne skupine (18-37 godina, 38-57 godina te 58 i više godina). Analizom je utvrđeno da najmlađa skupina pacijenata (18-37 godina) ima značajno niži prosječan rezultat na skali *Vlastita procjena zdravstvenog stanja* kako na početku tako i na kraju fizikalne terapije od pacijenata u ostalim dobnim skupinama, odnosno da u prosjeku navode manje poteškoće – prihvaća se pothipoteza **H4.2:** ***Najmlađa skupina pacijenata (18-37 godina) na početku te po završetku fizikalne terapije navodi manje poteškoća u odnosu na pacijente u ostalim dobnim skupinama.***

Iz navedenih rezultata skale *Vlastita procjena zdravstvenog stanja* može se razmatrati kako pacijenti doživljavaju sindrome boli i smanjene funkcionalne sposobnosti kod bolesti ili ozljeda. Svaki dolazak u zdravstvenu ustanovu bolesnika može dovesti u stanje negativnih emocija kao što su tjeskoba i potištenost. Različiti čimbenici mogu utjecati na bolesnikovu

percepciju bolesti ili ozljede te na ponašanje tijekom bolesti i rehabilitacije, kao što je težina bolesti, osobni osjećaji, misli, stavovi i informacije dobivene od zdravstvenih djelatnika. Jaka i česta bol, bila ona akutna ili kronična, može snažno utjecati na psihičko stanje bolesnika u vidu lošeg raspoloženja, osjećaja straha, uzrujanosti, što posljedično može dovesti do anksioznosti, depresije ili katastrofiziranja boli i funkcionalne nesposobnosti. **Katastrofiziranje** medicinskog problema može se definirati kao pretjerana negativna orijentacija prema osjećaju boli, bolnom iskustvu te funkcionalnoj nesposobnosti i ograničenjima u aktivnostima svakodnevnog života. Katastrofiziranje se sastoji od triju komponenti: (1) **promišljanja**, primjerice: *Neprestano mislim na bol i želim da prestane*; (2) **preuveličavanja**, primjerice: *Pitam se bi li mi se moglo dogoditi nešto ozbiljno*; i (3) **bespomoćnosti**, primjerice: *Užasno mi je i mislim da nikada više neće biti bolje*, (Andabak-Rogulj i sur., 2014). Stoga, izuzetno je važno kako će fizioterapeut pristupiti bolesniku, kako će se ponašati u komunikaciji prema njemu tijekom fizikalne terapije te koliku će mu pravovremenu količinu informacija reći.

6.3.2. Strah od komunikacije s fizioterapeutom

Strah, uz žalost, ljutnju i radost, spada u „primarne emocije“, koje se javljaju najranije u razvoju osobe. Strah je emocija koju osjećamo i doživljavamo kad svjesno znamo čega se bojimo. Dakle, radi se o vanjskoj opasnosti koju smo procijenili zastrašujućom, a sebe istodobno doživljavamo nedoraslima da se suprotstavimo percipiranoj opasnosti. Strah je ono što čovjeka najviše sprječava da maksimalno iskoristi sve svoje sposobnosti. Posljedice straha mogu se različito osjećati. Neke osobe zahvaćene strahom bježe od društva i izoliraju se u svoj svijet; druge osobe u svijetu svojih iluzija traže rješenja kako da nadvladaju strah; ili pak osobe pod utjecajem straha mogu postati agresivne, napadaju i optužuju druge za mučnu situaciju u kojoj se nalaze. Takvo impulzivno i nekontrolirano izražavanje agresije najčešće je znak nemoći pojedinca da se na razboritiji način suprotstavi strahu (Nikić, 1994).

U komunikaciji između fizioterapeuta i pacijenta važan je odnos između povjerenja i straha. Kako strah tako i povjerenje imaju svoju pozitivnu i negativnu dimenziju ovisno o situaciji, osobnom raspoloženju, životnom iskustvu itd. „Govoriti o strahu i povjerenju znači promišljati o temi koja u sebi uključuje i mnoštvo čimbenika koji su povezani s ovim dvjema stvarnostima u ljudskom životu. *Bojim se* – sposobnost izricanja ovih riječi kompleksna je

stvarnost. *Bojim se* znači i da računam na druge u životu, da ih primjećujem. Osobe koje se nikoga i ničega ne boje opasne su za društvo. Dovoljno je spomenuti one osobe koje nemaju sposobnost uživljavanja u situaciju drugih osoba, ni sposobnost empatije te su vrlo hladne prema sebi, drugima i svijetu, među kojima možemo izdvojiti osobe s psihopatskim crtama ličnosti“ (Bošnjaković, 2016; str. 121).

Bojati se znači primjećivati svijet oko sebe, primijetiti vlastite granice, svoju ograničenost i ovisnost o drugim osobama. Povjerenje je ono što približava, dok je strah ono što udaljava. „Kada osoba ima povjerenje u nekoga ili u nešto, tada se tome približava ili se vraća tom iskustvu, dok kada se boji želi izbjeći takvo iskustvo. Povjerenje je osnova za razvoj i održavanje sretnih i dobrih međuljudskih odnosa. Povjerenje u sebi sadrži opća vjerovanja i naklonjenost da su drugi ljudi uistinu dostupni, žele surađivati i spremni pomoći u svakodnevnom životu“ (Bošnjaković, 2016; str. 121).

U kliničkom radu uzroke straha pacijenata u susretu sa zdravstvenim djelatnicima, kako ističu Scott i Hirschman (1982; prema Mohorović, 1986), dijelimo u trenutne, koji nastaju za trajanja samog medicinskog postupka, te iskustvene, koje saznajemo iz pacijentove anamneze. Čimbenici trenutnog straha ovise o samom pacijentu, vrsti medicinskog postupka te osobnosti i pristupu zdravstvenog djelatnika; dok se među najznačajnije iskustvene činitelje ubrajaju ranije traume iz medicinske ordinacije te izražen strah članova obitelji u svezi medicinskih postupaka.

U ranijim istraživanjima dokazana je uska povezanost između razine boli i straha od medicinskih postupaka (Perković i sur., 2014). Radi lakšeg prepoznavanja stanja straha, a time i boljega odnosa te uspješnijeg obavljanja terapijskih postupaka, zdravstveni djelatnici trebali bi znati prepoznati modele ponašanja i karakteristike anksioznoga pacijenta. To se ponajprije odnosi na otežanu komunikaciju, produženu terapiju zbog izbjegavanja dogovorenih termina i čestu bol nakon provedenih medicinskih postupaka. Kako bi se kod pacijenata ublažio strah i dobili što točniji podatci o medicinskom problemu te održala suradnja tijekom liječenja, zdravstveni djelatnici bi trebali uspostaviti i održavati nadzor nad situacijom, postići povjerenje pacijenata, privući njihovu pozornost i simpatije te se prema njima odnositi s punim poštovanjem (Perković i sur., 2014).

Za prevenciju straha u komunikaciji, kako navodi Zvonarek (2012), potrebno je razviti emocionalnu kompetentnost ili pismenost. Brojni istraživači ističu njenu važnost ne samo za pojedinca nego na univerzalnoj razini, jer pomaže pojedincima, organizacijama i različitim

profesijama, a njena snaga se ogleda u transformaciji odnosa koji su temeljeni na entuzijazmu prema životu. „Emocionalna je pismenost prvi korak k razvoju emocionalne inteligencije. To je sposobnost prepoznavanja, razumijevanja i primjerenosti emocija; esencijalna vještina na čijem razvoju treba raditi. Emocionalna pismenost je učenje „slova“, gramatike i vokabulara o emocionalnom životu“ (Zvonarek, 2012; str. 51). Dakle, emocionalna kompetentnost ključni je čimbenik uspjeha gotovo u svim aspektima međuljudskih odnosa te ima pozitivno djelovanje na samopoštovanje. Ona se odnosi na učenje i postignuće, na ponašanje, na promociju zdravlja te na individualno, socijalno i zdravstveno obrazovanje. Emocionalno kompetentne osobe znaju verbalno iskazati svoje emocije; znat će prepoznati i emocije drugih osoba te će na temelju emocionalnog stanja druge osobe primjereno reagirati. Prema Zvonarek (2012) sklop vještina i sposobnosti koje čine emocionalnu kompetenciju čine:

1. Osviještenost vlastitih emocionalnih stanja, uključujući i mogućnost da se iskuse višestruke emocije, a na zrelijim razinama, svijest o tome da se zbog nesvjesne dinamike ili selektivne nepažnje ne mora biti svjestan vlastitih osjećaja.
2. Sposobnost uočavanja tuđih emocija i to na temelju situacijskih ili izražajnih signala koji posjeduju stanoviti stupanj kulturološkog konsenzusa glede njihova emocionalnog značenja.
3. Sposobnost uporabe vokabulara emocija i izraza dostupnog u nečijoj (sub)kulturi, a na zrelijim razinama sposobnost usvajanja kulturalnih scenarija koji povezuju emociju s društvenim ulogama.
4. Sposobnost za uživljavanje i suosjećanje s tuđim emocionalnim iskustvima.
5. Sposobnost shvaćanja da unutarnje emocionalno stanje ne mora nužno odgovarati vanjskom izrazu, kako kod nas tako i kod drugih; sposobnost razumijevanja da nečije emocionalno-izražajno ponašanje možda utječe na druge odnose te sposobnost da se to uzme u obzir u vlastitim samo-prezentacijskim strategijama.
6. Sposobnost prilagodbenog nadzora nad neugodnim osjećajima uporabom samoregulatornih strategija koje pojačavaju intenzitet ili vremensko trajanje takvih emocionalnih stanja – (npr. „očvrsnutost na stres“).
7. Svijest da su ustroj ili priroda odnosa djelomice određeni kvalitetom emocionalne komunikacije unutar odnosa.
8. Sposobnost emocionalne samodjelotvornosti: pojedinac smatra da se osjeća kako se želi osjećati (Salovey i Sluyter, 1999; prema Zvonarek, 2012; str. 50).

U ovom dijelu istraživanja doktorskog rada napravljena je procjena straha pacijenata u komunikaciji s fizioterapeutom, odnosno kako se osjećaju pacijenti u komunikaciji s fizioterapeutom. U statističkoj analizi, razine straha u komunikaciji podijeljene su u tri kategorije: (1) u komunikaciji nema straha ili je slaba razina straha, (2) u komunikaciji je prisutna umjerena razina straha, te (3) u komunikaciji je prisutna visoka razina straha. Iz dobivenih rezultata u analizi vidljivo je da većina ispitanika (85.5%) procjenjuje da ima umjereni strah od fizioterapeuta, a mali udio njih ima visoki strah (14,5%), dok nitko od ispitanika nije u kategoriji pacijenata koji prema rezultatu na skali *Strah od fizioterapeuta* nemaju straha ili imaju slabi strah od fizioterapeuta. Prema rezultatima analize prihvaća se pothipoteza **H5.1:** ***Kod većine pacijenata u komunikaciji postoji strah od fizioterapeuta.*** Dakle, u odnosu na osjećaj straha ipak rezultati pokazuju da određena napetost postoji, koja bi se daljnjim istraživanjima trebala analizirati u kojim točno situacijama, odnosno zbog kojih razloga, ponašanja fizioterapeuta ili terapijskih postupaka kod pacijenta dolazi do pojave napetosti, odnosno straha.

U korijenu straha od komunikacije sa zdravstvenim djelatnikom, pa tako i fizioterapeutom, jest strah od boli koji je vezan uz dijagnostičke i terapijske postupke, zatim strah od dijagnoza koje se mogu otkriti, strah od same bolesti i ishoda liječenja, strah od loših vijesti, strah od daljnjeg liječenja, strah od boravka u zdravstvenoj ustanovi, daljnjih troškova liječenja. Također, strah se može manifestirati kao umanjivanje iskrenih odgovora u razgovoru s fizioterapeutom ili drugim zdravstvenim djelatnikom, prešućivanje svih potrebnih podataka, detalja i činjenica prilikom odluke o liječenju, dijagnostičkim pretragama i daljnjim medicinskim postupcima. Posljedično dolazi do izbjegavanja odlazaka na redovite kontrole, terapijske postupke, nedostaje samodiscipline koja je itekako potrebna, posebice kod kroničnih stanja bolesti, te na taj način kod pacijenata s vremenom dolazi do pogoršanja stanja.

U daljnjoj analizi hi-kvadrat testom ispitano je razlikuje li se strah od fizioterapeuta s obzirom na rod pacijenata. Rezultati testa pokazali su da nema značajne razlike u strahu od fizioterapeuta kod pacijenata muškog i ženskog roda ($p>.05$). Prema navedenim rezultatima analize odbacuje se pothipoteza **H5.2:** ***Pacijentice ženskog roda iskazuju u komunikaciji s fizioterapeutom više straha nego pacijenti muškog roda.***

Hi-kvadrat testom ispitano je razlikuje li se strah od fizioterapeuta s obzirom na dob pacijenata. Rezultati ukazuju na zavisnost straha od fizioterapeuta i dobi pacijenata. Iz

dobivenih rezultata vidljivo je da je u skupini pacijenata od 58 i više godina veći udio ispitanika s visokim strahom od fizioterapeuta (17.4%), nego u mlađim skupinama pacijenata – u najmlađoj skupini u dobi od 18 do 37 godina (11.7%), te u srednjoj skupini ispitanika u dobi od 38 do 57 godina (12.9%) – prihvaća se pothipoteza **H5.3:** ***Najvišu razinu straha u komunikaciji s fizioterapeutom osjećaju pacijenti iz najstarije skupine ispitanika (58 i više godina starosti).*** S dobi se strah pojačava, pogotovo s pojavom degenerativnih bolesti, ozljeda, različitih zdravstvenih stanja sa duljim kroničnim trajanjem i neizvjesnim ishodom. Pojava nekih kroničnih stanja i bolesti u skupini ispitanika najstarije dobi je izgledna te samim time povlači za sobom cijeli splet emocija s kojima se pacijent mora nositi, pa tako i sa strahom. Daljnjim istraživanjima ove tematike trebalo bi se usredotočiti na poboljšanje kvalitete života i zdravlja osoba nakon 58 godina života te na pojačane preventivne preglede unutar zdravstvenog sustava. Također, u susretu s fizioterapeutima i drugim zdravstvenim djelatnicima ovoj populaciji pacijenata treba posvetiti više pažnje i potpore. U tu svrhu trebalo bi educirati fizioterapeute kako učinkovito ne samo provoditi fizioterapiju nego i učinkovito komunicirati sa starijim pacijentima koji imaju različite strahove.

Istraživanjem je ispitano razlikuje li se strah od fizioterapeuta s obzirom na obrazovanje pacijenata. Rezultati hi-kvadrat testa ukazuju na zavisnost straha od fizioterapeuta i obrazovanja pacijenata. Iz prikazanih podataka vidljivo je da je u skupini pacijenata s najnižom razinom obrazovanja (osnovna škola) veći udio pacijenata s visokim strahom od fizioterapeuta (26.4%), nego u skupinama s višim razinama obrazovanja – 13.6% u skupini sa završenom srednjom školom, odnosno 12.5% kod pacijenata s visokom razinom obrazovanja – prihvaća se pothipoteza **H5.4:** ***Najvišu razinu straha u komunikaciji s fizioterapeutom osjećaju pacijenti s najnižom razinom obrazovanja (osnovna škola).*** Dakle, pojava straha kod pacijenata sa završenom osnovnom školom udvostručena je u odnosu na druge dvije kategorije ispitanika. Može se iščitati iz rezultata da je razina obrazovanja izuzetno važna za pojavu straha kod pacijenata. I u ovakvim situacijama je na fizioterapeutima kako će neku zdravstvenu dijagnozu, situaciju ili terapijski postupak prikazati, protumačiti, ublažiti strah, dati nadu. Dakle, opet do izražaja dolazi empatija i strpljenje u susretu s pacijentom.

Daljnja istraživanja bi se mogla fokusirati na istraživanje stvarnog vremena koje fizioterapeuti imaju za razgovor s pacijentima, te na načine edukacije fizioterapeuta o tomu kako razgovarati s pacijentima na najkonstruktivniji način da se postigne situacija obostranog zadovoljstva u susretima fizioterapeut-pacijent. Kroz sustav zdravstva bi trebalo postići da se

pacijente educira u razmišljanju o prevenciji zdravlja, da ne dolaze u zdravstvenu ustanovu samo „kada se bolest aktualizira“ u medicinskome smislu, te da se maksimalno otklanja strah kod pacijenata od različitih medicinskih problema putem javno-zdravstvenih kampanja.

6.3.3. Perspektiva bolesnika o učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom

Zadaća dobre komunikacije zdravstvenog djelatnika u kliničkom radu s pacijentom je pomoći osobi koja traži medicinsku pomoć te joj omogućiti da se lakše suoči i nosi sa zdravstvenim problemom. Znanje i vještine učinkovitog komuniciranja u kliničkoj praksi mogu olakšati stresne situacije kojima su zdravstveni djelatnici svakodnevno izloženi, kao što su emocionalne reakcije bolesnika, donošenje odgovornih kliničkih odluka ili priopćavanje loših vijesti pacijentima i njihovim obiteljima. Način na koji kliničar komunicira s bolesnikom može biti presudan za ishod liječenja (Gregurek, 2011).

„Da bi komunikacija bila učinkovita svi sudionici trebaju razumjeti i osjetiti koristi od nje, moraju istodobno osjetiti da je važno poštovati svaku osobu i pružiti joj dužnu pažnju. To u komunikaciji u prvom redu znači slušati drugu osobu i odgovarati na njezina pitanja. Ljudski je sluh vrlo selektivan, najlošija je komunikacija kad osoba čuje samo sebe. Dobra je komunikacija jedino dvosmjerna komunikacija, odnosno višesmjerna, tj. ako postoji interakcija između onoga koji poruku šalje i onoga koji poruku prima i na nju odgovara. Izmjena informacija može se dogoditi jedino onda kada se svatko osjeća vrijednim u smislu onoga što ima reći i ako se riječ svakoga prima s istom kvalitetom slušanja. Da bi mogli uspješno komunicirati, ljudi moraju naučiti tolerirati razlike u samome sebi i od osobe do osobe“ (Gregurek, 2011; str. 200).

Dobra komunikacija u kliničkom radu te personalizirani pristup pacijentu osiguravaju humanističko viđenje pacijenta te omogućavaju odabir najboljeg mogućeg dijagnostičkog i terapijskog postupka, kao i učinkovite zdravstvene skrbi, čime se kod pacijenata aktivira vjera u ozdravljenje i oporavak, što utječe na uspješan ishod liječenja. Suprotno tome, nehumani odnos prema osobi koja traži medicinsku pomoć – uključujući neljubaznost, grubost, predrasude i sl. – mogu biti zapreka dobroj komunikaciji te utjecati na gubitak volje za liječenjem. Dakle, bolesnik tijekom komunikacije od zdravstvenih djelatnika očekuje da primarno imaju stručne medicinske kompetencije te sekundarno da u komunikaciji imaju poštovanja, da su iskreni, pristojni i zainteresirani za postojeći medicinski problem. Dobar

zdravstveni djelatnik trebao bi znati da što je liječenje „znanstvenije“ tim više može djelovati strano i hladno, te izaziva otpor kod pacijenta, što posljedično otežava komunikaciju s pacijentom i suradnju u procesu liječenja (Štifanić, 2013).

Dakle, dobar kliničar mora promatrati pacijenta kao jedinstvenu osobu te sukladno tome treba prilagoditi komunikaciju i metode liječenja. Kako Štifanić (2013) upozorava, uvijek su bitne dvije stvari: a) prepoznati potrebe i želje pacijenta, što omogućava individualizirani pristup pacijentu, te b) odabrati najprimjereniji model razgovora, odnosno komunikacije s pacijentom. Na taj način kliničar neće negirati znanstvene činjenice, nego ih obogatiti humanističkim pristupom pacijentu, a dobra komunikacija omogućit će liječenje pacijenta koje neće biti svedeno samo na medicinsko-tehnički dio. Kroz dobru komunikaciju zdravstveni djelatnik i pacijent jedan drugog slušaju, govore i objašnjavaju jedan drugome, što rezultira da postaju drugačiji jer utječu jedan na drugoga te budu informiraniji i sigurniji. U biti, svrha komunikacije je uspostavljanje povjerenja, a to je preduvjet uspješne suradnje u procesu liječenja (Štifanić, 2013).

U ovom dijelu istraživanja u doktorskom radu ispitana je perspektiva bolesnika o učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom. Učinkovitost komunikacije testirana je s obzirom na: (1) temeljitost pitanja fizioterapeuta o zdravstvenom stanju i simptomima bolesti; (2) pozornost fizioterapeuta u komunikaciji s pacijentom; (3) objašnjenja fizioterapeuta o zdravstvenim problemima ili postupcima koje namjerava provoditi kod pacijenta; (4) odgovore fizioterapeuta na postavljena pitanja od strane pacijenta; (5) duljinu razgovora i vrijeme koje je fizioterapeut posvetio u razgovoru s pacijentom; (6) strpljivost fizioterapeuta u razgovoru s pacijentom; te (7) razinu bliskosti fizioterapeuta prema pacijentu.

U analizi deskriptivnih podataka na razini pojedinih čestica skale *Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom* rezultati pokazuju da pacijenti najviše valoriziraju *strpljivost* (M=4.52) i *pozornost* (M=4.51) fizioterapeuta u razgovoru s njima, dok je s druge strane *potrebno vrijeme za razgovor* (M=4.23) na začelju po dobivenim rezultatima. Činjenica jest da su sve tvrdnje, tj. načini učinkovitosti komunikacije u podjednakoj mjeri važne i da bi se u optimalnom odnosu trebale izmjenjivati da bi i pacijent i fizioterapeut bili zadovoljni postignutim ishodom rehabilitacije. Zapravo, bez potrebnog vremena za komunikaciju često se narušavaju i ostale komponente učinkovitosti komunikacije, tj. naprosto su neostvarive.

Daljnjom analizom ispitana je učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na dob pacijenata. Rezultati provedene analize na temelju Kruskal Wallis H testa ukazuju na

statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom* ($p<.01$). Utvrđena je značajno niža procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom najstarije skupine pacijenata od 58 i više godina (Prosječni rang=1341.37) nego ostalih skupina. Između procjena najmlađe skupine, od 18 do 37 godina (Prosječni rang=1559.71), i skupine od 38 do 57 godina (Prosječni rang=1472.55) nema značajne razlike. Dakle, pacijenti u starijoj životnoj dobi pokazuju izrazitiju osjetljivost ali i potrebu u komunikaciji te imaju niži rezultat od mlađih ispitanika, čime iščitavamo da iskazuju manje zadovoljstva istom. Dakle, mnogi su čimbenici koji utječu na kvalitetu liječenja i oporavka starijih osoba te je za zapitati se koliko se sustav zdravstvene zaštite pozabavio statistikama dolazaka starijih osoba na fizikalnu terapiju te koliko vremena se prosječno provede s njima u komunikaciji. U tom smjeru bi se trebala kretati i neka dalja istraživanja. Druga kategorija ispitanika, od 38 do 57 godina, također očekuje bolju učinkovitost u odnosu na prvu i najmlađu skupinu ispitanika, od 18 do 37 godina, koji su najzadovoljniji. Dakle, zadovoljstvo s učinkovitošću komuniciranja fizioterapeuta opada s godinama i tim osjetljivim kategorijama pacijenata treba osigurati više vremena.

Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na rod pacijenata ispitana je Mann-Whitney U testom te nije dobivena statistički značajna razlika u procjeni učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom između pacijenata muškog i ženskog roda ($p>.05$).

Nadalje, rezultati provedene analize učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na obrazovanje pacijenata prema Kruskal Wallis H testu ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali s obzirom na obrazovanje pacijenata ($p<.05$). Utvrđena je značajno niža procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom za skupinu pacijenata s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) (Prosječni rang=1378.75) nego za skupinu sa srednjim stupnjem obrazovanja (srednja škola) (Prosječni rang=1464.09), te za skupinu sa završenom osnovnom školom (Prosječni rang=1437.28), gdje su rezultati u ove dvije skupine podjednaki. Trebalo bi daljnjim istraživanjima pokušati unaprijediti kvalitetu, tj. učinkovitost same komunikacije putem različitih edukacija koje bi preporučili sami fizioterapeuti, a koje bi pacijenti mogli koristiti.

Ispitana je također učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije: (1) ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama, (2) liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju,

te (3) liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije. Rezultati provedene analize na temelju provedenog Kruskal Wallis H testa ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali (p<.01).. Utvrđena je značajno viša procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom za skupinu pacijenata koji se liječe u privatnoj ustanovi fizikalne terapije (Prosječni rang=1672.11) nego u ostalim skupinama, gdje nema statističke razlike – prihvaća se pothipoteza **H5.5:** ***Pacijenti koji se liječe u privatnoj ustanovi fizikalne terapije procjenjuju učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom značajno bolje u odnosu na druge skupine ispitanika.*** Korisnici privatnih ustanova fizikalne terapije zadovoljniji su učinkovitošću komunikacije zbog duljine vremena koja im je na raspolaganju s fizioterapeutom. Rezultati ostale dvije skupine isti su u vrijednostima, nezadovoljstvo učinkovitošću komunikacije je, dakle, izraženije.

Nadalje, ispitana je učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava: (1) u cijelosti fizikalna terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem, (2) djelomično pokrivena fizikalna terapija zdravstvenim osiguranjem, te (3) fizikalna terapija na vlastiti trošak. Rezultati provedene analize prema Kruskal Wallis H testu ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali (p<.01). Utvrđena je značajno niža procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom kod pacijenata kojima je djelomično pokrivena fizikalna terapija zdravstvenim osiguranjem (Prosječni rang=1112.94), nego u ostalim skupinama. Ostale dvije skupine također se razlikuju, ali ne značajno, a najzadovoljniji učinkovitošću komunikacije su pacijenti koji sami plaćaju fizikalnu terapiju u cijelosti (Prosječni rang=1603.97).

6.3.4. Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom

Fizioterapeut mora svakodnevno komunicirati s pacijentima i njihovim obiteljima te s drugim zdravstvenim djelatnicima. Loša komunikacija u kliničkoj praksi često rezultira mnogim negativnim posljedicama. Percepcija loše komunikacije od strane pacijenta razlog je za povećanje otuđenosti, nerazumijevanja, nesuglasnosti, pa i sukoba fizioterapeuta ili drugog zdravstvenog djelatnika i pacijenta. Loša komunikacija može prouzročiti druge medicinske pogreške za koje je odgovoran zdravstveni djelatnik i/ili tehnički razlog. Ako pacijent ne dobije ispriku za prouzročenu medicinsku pogrešku ili objašnjenje o onome što se dogodilo

zbog loše komunikacije, to ga može motivirati da tuži zdravstvenu ustanovu ili zdravstvenog djelatnika. „Zbog loše komunikacije kod pacijenta se javlja neizvjesnost, strah i zabrinutost. To su nerijetko nevidljivi, prikriveni, ali razorni problemi koji mogu imati vrlo teške, nerijetko odlučujuće negativne posljedice za pacijenta i njegovu obitelj. Naime, kada pacijent zaključi da zdravstveni djelatnik površno, nezainteresirano i hladno komunicira te da ga njegovo zdravstveno i emocionalno stanje u biti malo ili uopće ne zanima, neće mu se povjeriti i reći istinu. Duša pacijenata tada je ispunjena strahom, tjeskobom, napetošću, ljutnjom ili krivnjom, ili pak kombinacijom svih tih osjećaja. Kada se te emocionalne zapreke nagomilaju do određene količine, osoba se više ne može s njima nositi te se predaje. Dolazi do blokade uobičajenih izvora emocionalne, duhovne i intelektualne moći. Takvu osobu potpuno preplave osjećaji straha, ljutnje ili pak krivnje“ (Štifanić, 2013; str. 296-297).

U lošoj komunikaciji između zdravstvenog djelatnika i pacijenta, kako ističe Štifanić (2013), nedostaje humanosti, ljudskosti, topline, oduševljenosti, pažljivog slušanja i iskrenog razgovora. S druge strane, u dobroj komunikaciji dominira iskren i kvalitetan te razumljiv razgovor koji nije formalan i pun fraza, površan, kao ni suhoparno racionalan i „logičan“, apstraktan i nekoristan, već je stvaran i empatičan, gdje se pacijenta poštuje kao suradnika i prijatelja te ga se ohrabruje, motivira i aktivira.

„Dobra komunikacija može se voditi samo između dobro obrazovanog liječnika te dobro informiranog pacijenta, u zdravstvenom sustavu u kojem je pacijent kao osoba u središtu pozornosti liječnika kao osobe, a loša komunikacija se iscrpljuje u formi, frazama, ritualima, pravilima, zakonima, naputcima, u formi bez sadržaja“ (Štifanić, 2013; str. 298).

Amoudi i sur. (2017) istraživali su učinkovitost pozitivnih komunikacijskih vještina u smanjenju boli tijekom postupaka fizioterapije kod ortopedskih bolesnika u centrima za medicinsku rehabilitaciju u Palestini. Rezultati istraživanja pokazali su da 50% ispitanika ističe da su pozitivne komunikacijske vještine koje fizioterapeut koristi tijekom postupaka fizikalne terapije imale veliki utjecaj na ublažavanje intenziteta boli te na ishod rehabilitacije, 29.2% ispitanika reklo je da imaju umjeren utjecaj, a 20,8% vjeruje da imaju mali učinak.

Na samom početku rehabilitacije, kako Amoudi i sur. (2017) naglašavaju, fizioterapeut treba steći razumijevanje o pacijentovoj percepciji bolesti i posljedičnoj zabrinutosti, kao što su strah od smrti, invaliditet, strah od boli, strah od izlaska iz kuće, strah od nemogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti, strah od ishoda liječenja i sl. Fizioterapeuti moraju posjedovati učinkovite komunikacijske vještine za motiviranje pacijenta da poštuju upute i

protokole liječenja. Fizioterapeuti u svojoj kliničkoj praksi trebaju biti osjetljivi prema drugima, trebaju biti tolerantni te prihvaćati i razumjeti psihološku dimenziju patnje i bolesti svojih pacijenata, a prije svega trebaju biti motivirani za pružanje pomoći pacijentima. Prema teoriji samoodređenja, potpora fizioterapeuta može potaknuti autonomnu motiviranost pacijenta i dugoročno veću upornost u ponašanju tijekom rehabilitacije. S druge strane, pacijenti koji su depresivni i imaju poteškoća u komunikaciji s fizioterapeutom mogu vjerojatnije više katastrofizirati svoju bol te su više skloni sukobima s fizioterapeutima, gubitku samopouzdanja, nedostatku komunikacije i većim nezadovoljstvom terapijskim postupcima, što negativno utječe na kvalitetu života. Kroz učinkovitu komunikaciju kod pacijenata trebamo smanjiti stres, strahove, depresiju, nesigurnost i gubitak nade u liječenje i smanjenje boli, kako bi dobili pozitivan ishod rehabilitacije (Amoudi i sur., 2017).

Deskriptivnom analizom u ovom dijelu istraživanja doktorskog rada koji se odnosi na procjenu stavova korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom vidljivo je da su ispitanici najbolje ocijenili tvrdnje: *Zadovoljan/na sam kada fizioterapeut iskazuje poštovanje prema meni i sebi, održavajući terapiju u točno zakazano vrijeme* (M=4.67); *Zadovoljan/na sam kada mogu o svom zdravstvenom problemu razgovarati s fizioterapeutom* (M=4.59); te *Osjećam veće samopouzdanje ako mi fizioterapeut objasni ciljeve i plan daljnjeg liječenja* (M=4.58). Navedene tvrdnje daju nagovijestiti što je u biti pacijentima važno tijekom fizikalne terapije. Žele da ih se čuje, da mogu iskreno iskazati svoje tegobe bez osjećaja kritike, da je fizioterapeut iskreno zainteresiran za njihovo zdravstveno stanje koje ih brine te da pokaže inicijativu u objašnjavanju daljnjeg plana liječenja – savjetima, potporom i uputama. Naravno, fizioterapeuti nisu educirani psiholozi, niti se to od njih očekuje u radu s pacijentima, ali istraživanje pokazuje da pacijenti prvenstveno trebaju „Čovjeka“ kao fizioterapeuta. Uvijek se iznova postavlja pitanje vremena koje imamo na raspolaganju s pacijentom te također mnogobrojnost pacijenata u kratkome vremenu koje je potrebno „obraditi“. I tu sve počinje i završava. Tome u prilog govore tvrdnje koje upućuju na potrebnu empatiju i angažiranost fizioterapeuta: *Ako fizioterapeuta zanimaju pojedinosti o mom zdravstvenom stanju, znači da brine o meni* (M=4.46), te: *Osjećam se bolje i motiviranije kada me fizioterapeut potiče tijekom vježbanja: „Vi to možete učiniti“* (M=4.46). To nam samo govori koliko se i pacijenti osjećaju nemoćno, demotivirano, pa i demoralizirano s obzirom na njihovo zdravstveno stanje. Isto tako tvrdnje poput: *Dobro se osjećam kada mi fizioterapeut kaže: „Razumijem Vas“ ili „Suosjećam se s Vama“* (M=4.34); *Duhovitost i humor fizioterapeuta tijekom terapije poboljšavaju moje psihološko stanje*“

(M=4.46); te *Ako me fizioterapeut pažljivo sluša, ublažava moju napetost i pritisak* (M=4.35), ukazuju nam koliko je važno slušanje pacijenata te potpora kratkim i iskrenim izjavama. Pacijent, dakle, treba i psihološku potporu, a ne samo tehničko odrađivanje terapije. Potrebna mu je nada, ohrabrenje, poticaj za napredak. Fizioterapeute je potrebno obrazovati i senzibilizirati i na ovome području, a posebice jačati zdravstvenu zaštitu u kojoj bi pacijenta također trebali prihvatiti holistički, odnosno ne gledati samo njegove tjelesne funkcije i ograničenja.

Stavovi pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na dob pacijenata analizirani su Kruskal Wallis H testom. Rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom* ($p<.01$), te je utvrđen značajno niži prosječan rezultat na skali kod najmlađe skupine pacijenata (18-37 godina) (Prosječni rang=1301.04), nego kod ostalih skupina. Između procjena srednje skupine pacijenata (38-57 godina) (Prosječni rang=1455.01) i najstarije skupine pacijenata (58 i više godina) (Prosječni rang=1462.70) nema značajne razlike – odbacuje se pothipoteza **H5.6:** ***Pacijenti najmlađe dobi (18-37 godina starosti) procjenjuju interpersonalnu komunikaciju s fizioterapeutom bolje u odnosu na druge dobne skupine pacijenata.*** Rezultati pokazuju da najmlađa skupina ispitanika, do 37 godina starosti, manje iskazuje važnost u interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom prilikom fizikalne terapije.

Ispitane su razlike u prosječnom rezultatu na skali *Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom* s obzirom na rod pacijenata. Rezultati provedene analize na temelju Mann-Whitney U testa ukazuju na značajno viši rezultat ($p<.05$) kod žena (Prosječni rang=1464.88) u odnosu na muške pacijente (Prosječni rang=1382.46) – prihvaća se pothipoteza **H5.7:** ***Žene procjenjuju interpersonalnu komunikaciju s fizioterapeutom bolje u odnosu na muške ispitanike.***

Na temelju provedenog Kruskal Wallis H testa analizirani su stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na obrazovanje pacijenata. Rezultati analize ukazuju na statistički značajnu razliku ($p<.05$) te je utvrđen značajno niži rezultat za skupinu pacijenata s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) (Prosječni rang=1359.32) nego za ostale skupine, koje se međusobno ne razlikuju (Osnovna škola – Prosječni rang=1496.61; Srednja škola – Prosječni rang=1449.40). Prema navednim rezultatima analize odbacuje se pothipoteza **H5.8:**

Pacijenti s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) procjenjuju komunikaciju s fizioterapeutom bolje u odnosu na druge skupine ispitanika.

Analizirani su Kruskal Wallis H testom stavovi pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije: (1) ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama, (2) liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju, (3) liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije. Rezultati provedene analize ukazuju na statistički značajnu razliku ($p<.01$), te je utvrđen značajno viši rezultat na skali za skupinu pacijenata koji se liječe u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju (Prosječni rang=1535.80) nego onih koji su uključeni u ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama (Prosječni rang=1392.17). Između prve i treće skupine ispitanika, s obzirom na mjesto rehabilitacije, nema značajne razlike. Prema rezultatima analize prihvaća se pothipoteza **H5.9:** ***Pacijenti koji se liječe u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju procjenjuju komunikaciju s fizioterapeutom bolje u odnosu na druge skupine ispitanika.*** U narednim istraživanjima trebalo bi se usredotočiti na sveobuhvatan pristup svakom pacijentu, s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije, kako bi se u susretu s fizioterapeutima i drugim zdravstvenim djelatnicima osjećali pozitivno i ohrabreno.

Također, ispitani su stavovi pacijenata o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava: (1) u cijelosti fizikalna terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem, (2) djelomično pokrivena fizikalna terapija zdravstvenim osiguranjem, te (3) fizikalna terapija na vlastiti trošak. Rezultati provedene analize na temelju Kruskal Wallis H testa ukazuju na statistički značajnu razliku ($p<.05$) te je utvrđen značajno viši rezultat za skupinu pacijenata kojima je u cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem (Prosječni rang=1443.55) te za skupinu koja u potpunosti sama plaća terapiju (Prosječni rang=1398.47) u odnosu na skupinu kojoj je djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem (Prosječni rang=1293.54) – prihvaća se pothipoteza **H5.10*:*** ***Pacijenti kojima je u cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem procjenjuju komunikaciju s fizioterapeutom bolje u odnosu na druge skupine ispitanika.*** Pacijenti kojima je djelomično pokrivena fizikalna terapija zdravstvenim osiguranjem iskazuju smanjenu potrebu za interpersonalnom komunikacijom s fizioterapeutom. Daljnja istraživanja mogla bi se temeljiti na ovim podatcima sa svrhom produbljivanja motivacije u smjeru

interpersonalne komunikacije pacijent-fizioterapeut s obzirom na mjesto rehabilitacije, troškove liječenja te dijagnoze pacijenata.

6.3.5. Stavovi korisnika fizioterapije o ponašanju fizioterapeuta u komunikaciji

Svaka bolest, bila ona akutna ili kronična i neizlječiva, bila ona popraćena spoznajom o životnoj ugroženosti, kao i izlaganje kirurškom zahvatu ili pak izlaganje nizu neugodnih medicinskih postupaka tijekom liječenja, zatim izolacija u svrhu liječenja, invaliditet i sl., za bolesnika predstavljaju promjenu u životu, šok, stres za organizam te potencijalno ili stvarno krizno stanje. U uvjetima takve životne promjene nerijetko su emocionalne patnje bolesnika teže od tegoba koje nosi sama tjelesna bolest. Dodatno, ako se prolongira krizno stanje, to rezultira lošom adaptacijom na bolest, čime se zatvara krug utjecaja negativnih čimbenika. Cilj svih sudionika koji se susreću s bolešću (pacijenta i njegove obitelji, zdravstvenih djelatnika) je prevencija ili uspješno razrješavanje krizne situacije i adaptacija na bolest kako bi bolesnik postao bogatiji za novo iskustvo i osnažen, što je temelj za prvi korak u suradnji sa zdravstvenim profesionalcima i za pripremu učinkovitog plana liječenja. Dakle, zdravstveni djelatnik mora shvatiti da biti pacijent nije nimalo lako (Štifanić, 2006).

U kliničkom radu odnos između pacijenta i zdravstvenog djelatnika rezultat je međusobnih djelovanja triju dinamičkih sustava koji uključuju: pacijentovu bolest, osobnu reakciju pacijenta na bolest i zdravstvenog djelatnika te reakciju zdravstvenog djelatnika na pacijenta i njegovu bolest. Zadaća liječnika i drugih zdravstvenih profesionalaca je pratiti taj odnos i otkloniti nastale poremećaje u navedenim sustavima kako bi terapijski ciljevi, odnosno uspješno liječenje pacijenta bilo što potpunije (Balint, 1964; prema Gregurek, 2011). Takav pristup zdravstvenih djelatnika bolesniku ima za cilj postići bolje razumijevanje bolesti, ne samo kao izostanak zdravlja ili skupa svih promjena u stanicama, organima ili organizmu, već upravo obrnuto, na mnogo široj osnovi. Osnova odnosa između bolesnika i zdravstvenih djelatnika daje kliničarima veliko značenje i mogućnost utjecaja na bolesnikove stavove koji odgovaraju stavovima kliničara, pri čemu se taj proces često događa na nesvjesnoj razini, a smjer mu određuje zdravstveni djelatnik.

Kod pojave bolesti, ozljede ili posljedično i invaliditeta, kod pacijenata se javlja stres kao izrazito složen proces u kojem osoba emocionalno, mentalno i tjelesno reagira na životne

promjene i zahtjeve. Zdravstveni djelatnici trebaju znati da pacijenti na bolest mogu odgovoriti na različite načine. Sukladno osobnosti svakog pojedinca i njegovoj percepciji bolesti, Štifanić (2006) navodi da reakcija na bolest ili ozljedu može biti:

- **regresivna reakcija** – koja je odraz djetinjastog, nezrelog ponašanja – razvija nesigurnost u odnosu prema realnosti, nastaje potreba za uvažavanjem i povlačenjem iz odnosa s okolinom, pri čemu iz straha od bolesti i smrti jača primarna potreba za sigurnošću i njegom.
- **depresivna reakcija** – koja je obilježena činjenicom da bolest onemogućuje bolesnika u zadovoljavanju niza potreba i želja – razvija pretjeranu ovisnost o drugim osobama, narušava komunikaciju s okolinom, mijenja socijalnu situaciju, čini bolesnika bezvoljnim i pasivnim, čini bolesnika neaktivnim u procesu liječenja uslijed straha od separacije i smrti.
- **projektivna reakcija** – odraz je arhaičnog tipa mišljenja prisutnog u svim kulturama, tj. vjerovanja da je bolest nametnuta od nekog drugog – kod takvih pacijenata bolest može pojačati postojeće projektivne stavove, zbog čega su oni izrazito nezadovoljni terapijskim postupcima i zdravstvenim djelatnicima.
- **negirajuća reakcija** – znači neuvažavanje bolesti i okretanje pažnje na druge interese – obilježena je izostankom straha i nesudjelovanjem u procesu liječenja, gdje pacijenti negiraju stvarnost pod motom „ne mijenjam sliku o sebi“.
- **reakcija prihvaćanja i adaptacije na bolest** – odraz je želje bolesnog čovjeka da bude zdrav i podrazumijeva traženje medicinske pomoći – ovakav tip pacijenata razumije novu životnu situaciju kao posljedicu bolesti ili ozljede, i teži joj se prilagoditi te aktivno sudjeluje u procesu liječenja i rehabilitacije (Štifanić, 2006).

Psihološki doživljaj bolesti, ozljede ili invaliditeta određuje stav bolesnika prema traženju medicinske pomoći, odnos sa zdravstvenim djelatnicima, kao i odnos prema dobivenim medicinskim uputama i preporukama te određuje obilježje suradnje sa zdravstvenim djelatnicima u procesu liječenja (Gregurek, 2011).

Bolest mijenja način na koji osoba funkcionira, a okarakteriziran je prijašnjim iskustvima s bolešću, reakcijama obitelji i okoline, ali i sociokulturnim vjerovanjima i stavovima o bolesti. Osobne i okolišne pretpostavke o mogućoj boli, invaliditetu, bespomoćnosti, pa i smrti, značajno utječu na osobu koja traži medicinsku pomoć. Odnos pacijenta sa zdravstvenim djelatnicima započinje u trenutku kada zatraži medicinsku pomoć, kada počinje opisivati

medicinski problem i stanje koje proživljava i koje označava njegov doživljaj bolesti. Istodobno, pacijent pokazuje svoje osjećaje, strah ili nadu u ozdravljenje. U takvoj međusobnoj interakciji Gregurek (2011) navodi da odnos između pacijenta i zdravstvenih djelatnika sadržava tri bitna aspekta:

1. **kognitivni** – koji je u svezi s objektivnim pokazateljima i znacima, odraz je osobnog iskustva i znanja, te ima opće obilježje jer je povezan s realnim činjenicama;
2. **afektivni** – koji je u svezi s osjećajima i izrazito je subjektivan, uključuje prošlo i sadašnje iskustvo, pri čemu psihološki elementi prate emocije, a fiziološki njihove fizičke senzacije;
3. **urođeni** – koji je povezan sa stečenim oblicima ponašanja i navika te povezuje osobu s njezinim aktualnim reakcijama (Gregurek, 2011).

Uspješnost terapijskih postupaka ovisi o ozračju povjerenja u kojem pacijent može i želi razotkriti svoje osjećaje, iskustva, strahove i nade. U ovom dijelu istraživanja analizirano je ponašanje fizioterapeuta u komunikaciji s pacijentima.

Rezultati analize deskriptivnih podataka na razini pojedinih čestica na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* pokazuju tvrdnje koje su pacijenti visoko vrednovali kao bitne stavke u ponašanju fizioterapeuta, a prevladavaju nad onima koje su niže ocijenjene. Svega 3 tvrdnje su dobile nešto niži rezultat – ali i opet, ne može se reći da su podatci nezadovoljavajući. Pacijenti su tako niže ocijenili tvrdnje da je fizioterapeut učinkovito pružio pomoć u rješavanju emocionalnih problema pacijenata vezanih uz njihovo zdravstveno stanje (M=3.78); da je fizioterapeut objasnio rezultate i pojedinosti u specifičnim terapijskim testovima (M=4.07); te da je upozorio na nuspojave koje se mogu dogoditi tijekom fizioterapije (M=4.04). S druge strane, visoko vrednovane tvrdnje koje prevladavaju u ovom podupitniku su one kojima pacijenti valoriziraju da su tijekom fizikalne terapije imali dovoljno vremena za konzultacije s fizioterapeutom (M=4.22); da je fizioterapeut dao pojašnjenja o simptomima bolesti i samoj patologiji bolesti (M=4.19); da su ih fizioterapeuti sa zanimanjem slušali dok su govorili o svojim zdravstvenim problemima (M=4.36); da su im fizioterapeuti pomagali da se dobro osjećaju kako bi mogli obavljati svoje uobičajene svakodnevne aktivnosti (M=4.32); da su od fizioterapeuta na početku fizikalne terapije dobili objašnjenja o svrsi terapijskih testova i postupaka koja će se provoditi (M=4.24); da su od fizioterapeuta dobili pomoć u razumijevanju savjeta koje su dobili tijekom terapije (M=4.31);

te da su upozoreni na posljedice ako ne provode preporučene terapijske vježbe koje su im zadane i savjetovane (M=4.23).

Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na dob pacijenata ispitana je Kruskal Wallis H testom, a rezultati provedene analize ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali s obzirom na dob pacijenata ($p<.01$). Utvrđen je značajno niži prosječan rezultat na skali kod najstarije skupine pacijenata (58 i više godina) (Prosječni rang=1351.26) nego ostalih skupina. Između srednje skupine pacijenata (38-57 godina) i najmlađe skupine pacijenata (18-37 godina) nema značajne razlike. Kod pacijenata starije životne dobi prevladava strah, njihova sposobnost rehabilitacije je sporija, u većini slučajeva su usamljeni te osjetljiviji. Naravno, to je posve individualno i ne treba cijelu skupinu ispitanika okarakterizirati istim obilježjima, ali može poslužiti kao dobar temelj za daljnja istraživanja o radu sa starijim korisnicima fizioterapije. Također, ispitanici srednje dobi (od 38 do 57 godina) iskazuju nešto manje vrijednosti zadovoljstva ponašanjem fizioterapeuta u komunikaciji (Prosječni rang=1478.20), od najmlađe skupine koja ima najveću prosječnu vrijednost (Prosječni rang=1510.20) na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji*.

Ispitana je razlika u prosječnom rezultatu na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* s obzirom na rod pacijenata. Rezultati provedene analize Mann-Whitney U testom ukazuju na značajno viši rezultat ($p<.01$) kod pacijenata muškog roda (Prosječni rang=1511.61) u odnosu na žene (Prosječni rang=1402.63).

Ispitana je procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na obrazovanje pacijenata. Rezultati analize na temelju provedenog Kruskal Wallis H testa ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* ($p<.01$) te je utvrđen značajno niži rezultat na skali za skupinu pacijenata s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) (Prosječni rang=1322.08) nego za skupinu ispitanika sa završenom srednjom školom (Prosječni rang=1483.78) i skupinu ispitanika sa završenom osnovnom školom (Prosječni rang=1457.17).

Ispitana je procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije: (1) ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama, (2) liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju, (3) liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije. Rezultati analize na temelju provedenog Kruskal

Wallis H testa ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu na skali *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije ($p<.01$) te je utvrđen značajno viši rezultat za skupinu pacijenata koji se liječe u privatnoj ustanovi fizikalne terapije (Prosječni rang=1677.11) nego u ostalim skupinama. Slabiji, niži rezultat utvrđen je kod skupine ispitanika iz specijalnih bolnica za medicinsku rehabilitaciju (Prosječni rang=1456.76) te kod skupine ispitanika koji provode ambulantnu fizikalnu terapiju u domovima zdravlja, općim bolnicama ili poliklinikama (Prosječni rang=1409.62) u kojima zbog pomanjkanja vremena i velikog broja pacijenata fizioterapeut nije u mogućnosti ostvariti toliko učinkovitu komunikaciju kao u privatnoj praksi.

Ispitana je procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava: (1) u cijelosti fizikalna terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem, (2) djelomično pokrivena fizikalna terapija zdravstvenim osiguranjem, (3) fizikalna terapija na vlastiti trošak. Proveden je Kruskal Wallis H test, a rezultati analize ukazuju na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava ($p<.01$). Utvrđen je značajno niži rezultat na skali kod pacijenata kojima je djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem (Prosječni rang=1165.70) nego u ostalim skupinama, koje se međusobno ne razlikuju (U cijelosti fizikalna terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem – Prosječni rang=1448.12; Fizikalna terapija na vlastiti trošak – Prosječni rang=1585.12).

6.3.6. Procjena razumljivosti govora fizioterapeuta od strane pacijenata

Učinkovita komunikacija između kliničara i pacijenta moguća je samo ako su sadržaji poruka razumljivi. Najvažnije osobine zdravstvenih djelatnika koje su potrebne za uspješnu komunikaciju i stvaranje odnosa s pacijentom su: strpljivost, ljubaznost, suosjećajnost, jednostavnost, tolerantnost, čestitost, iskrenost, smisao za humor, emocionalna stabilnost, demokratičnost, sklonost promjenama, odlučnost, sklonost priznavanju pogrešaka (Hudolin, 1968; prema Radibratović i Sindik, 2013).

Kako bi zdravstveni djelatnici što uspješnije educirali i savjetovali svoje pacijente u komunikaciji trebaju znati razumljivo govoriti. U kliničkoj praksi loša komunikacija može dovesti do niza nesporazuma koji mogu imati brojne neugodne posljedice, kako za pacijenta tako i za zdravstvenog djelatnika, gdje nedorečene i nepotpune informacije uvjetuju

neučinkovitu komunikaciju koja, u krajnjem slučaju, gubi svoju funkciju i u potpunosti je prekida (Radibratović i Sindik, 2013).

Učinkovita komunikacija između zdravstvenih djelatnika i bolesnika moguća je samo ako su sadržaji poruka razumljivi bolesniku i ako su strukturirani tako da ih bolesnici mogu lako zapamtiti. U komunikaciji s pacijentom zdravstveni djelatnik mora govoriti jasno, treba koristiti jednostavne riječi i rečenice te izbjegavati medicinsku terminologiju, razgovor treba teći polagano i bez podizanja glasa, željene upute i savjete treba ponoviti ukoliko nisu bile razumljive te tražiti od bolesnika da ponovi ono što mu je rečeno (Hudolin, 1968; prema Radibratović i Sindik, 2013).

Propusti u komunikaciji događaju se zbog toga što pacijent često ne razumije mnoge izraze koje zdravstveni djelatnici koriste kao i zbog toga što ne mogu zapamtiti sve obavijesti koje dobivaju. Kao nepredvidljive komunikacijske zapreke u kliničkoj praksi, Radibratović, Milutinović i Sindik (2013) navode razlike u dobi, što u komunikaciji s djecom različitih uzrasta zahtijeva dobro poznavanje faza dječjeg razvoja i načina njihova mišljenja i razumijevanja dok komunikacija sa starijim osobama pretpostavlja prepoznavanje i razumijevanje mogućih senzornih i ostalih tjelesnih oštećenja koja mogu otežati komunikaciju. Zatim postoje razlike: muškarci su, primjerice, manje skloni dijeliti svoje osjećaje i misli s drugima, skloniji su dominaciji tijekom komunikacije, što može otežati komunikaciju medicinske sestre s muškim pacijentom. „Tu su i socijalne i kulturne razlike, razlike u etničkoj pripadnosti, razlike u socioekonomskom statusu; razlike u kulturnim i religijskim vjerovanjima, ali i ograničene mogućnosti komunikacije, kao što su senzorni poremećaji (nagluhost ili gluhoća, problemi s vidom ili sljepoća), mentalna zaostalost bolesnika; senilna demencija, simptomi bolesti, umor, bol, emocionalna uzbuđenost bolesnika; preokupiranost bolesnika drugim brigama, osobe s ograničenim razumijevanjem i pamćenjem kao što je loše poznavanje jezika, dijalekta ili nepismenost bolesnika; niži kvocijent inteligencije; korištenje medicinskog nazivlja; slabo pamćenje i nesposobnost da se bolesnik prisjeti prijašnjih savjeta. Nadalje, zapreka su i osobe koje pridaju nedovoljno važnosti razgovoru s bolesnikom, čemu uzroke možemo naći u slabome isticanju važnosti razgovora s bolesnikom tijekom obrazovanja zdravstvenih djelatnika, preopterećenosti zdravstvenih djelatnika velikim brojem bolesnika i medicinskom rutinom, prigovorima pretpostavljenih zdravstvenom djelatniku (npr. liječnika medicinskoj sestri) da je razgovor s bolesnikom nepotrebno gubljenje vremena; nevoljkost zdravstvenog djelatnika da podijeli

svoje znanje s nekvalificiranom osobom koja najvjerojatnije neće ništa razumjeti i slično“ (Radibratović, Milutinović i Sindik, 2013; str. 114-115).

Procjena načina govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije u ovom istraživanju temelji se na skali *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije* koja sadrži šest tvrdnji. Nakon provjere sadržajne valjanosti skale, izračunate su korelacije pojedinih tvrdnji s ukupnim rezultatom na skali te su zadržane 4 čestice koje imaju zadovoljavajuće korelacije s ukupnim rezultatom na skali: *Govorio je prebrzo*, *Koristio je riječi koje su bile nerazumljive*, *Zanemarivao je sve što ste mu rekli*, *Bio je zbunjen dok je razgovarao s Vama*. Iz daljnje statističke obrade izbačene su tvrdnje *U razgovoru je koristio razumljive riječi* i *Na kraju razgovora provjeravao je jeste li razumjeli što Vam je rekao,* zbog niskih korelacija s ukupnim rezultatom na skali. S obzirom na rezultate analize, ispitanici su na skali kao pogrešku u komunikaciji najčešće istaknuli da fizioterapeuti u razgovoru s njima govore prebrzo (M=1.56), potom prema prosječno dobivenim vrijednostima da koriste nerazumljiv govor (M=1.39), da su zbunjeni u komunikaciji (M=1.26) te da ih zanemaruju u komunikaciji (M=1.22).

Kako bi se ispitala procjena govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na dob pacijenata proveden je Kruskal Wallis H test, a prema rezultatima analize utvrđen je značajno viši prosječan rezultat ($p<.01$) na skali kod najstarije skupine pacijenata (58 i više godina) (Prosječni rang=1567.00) nego ostalih skupina ispitanika, dok između procjena srednje (38-57 godina) (Prosječni rang=1377.93) i najmlađe skupine (18-37 godina) (Prosječni rang=1327.12) nema značajne razlike. Prema navedenim rezultatima analize odbacuje se pothipoteza **H5.11:** ***Pacijenti najstarije skupine ispitanika (58 i više godina) bolje procjenjuju način govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije u odnosu na druge mlađe ispitanike.***

Analiza razlika u prosječnom rezultatu na skali *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije* s obzirom na rod pacijenata pokazuju da nema značajne razlike u rezultatu na ovoj skali između pacijenata muškog i ženskog roda ($p>.05$) – prihvaća se pothipoteza **H5.12:** ***Pacijenti muškog i ženskog roda podjednako procjenjuju način govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije.***

Kako bi se ispitala procjena govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na obrazovanje pacijenata proveden je Kruskal Wallis H test, gdje je

analizom utvrđen značajno niži rezultat na skali (p<.05) za skupinu pacijenata s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) (Prosječni rang=1410.80) nego za skupinu sa završenom osnovnom školom (Prosječni rang=1537.92). Između ostalih skupina nema značajne razlike – prihvaća se pothipoteza **H5.13:** ***Pacijenti s najvišim stupnjem obrazovanja (viša i visoka naobrazba/magisterij ili doktorat znanosti) bolje procjenjuju način govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije u odnosu na druge skupine ispitanika.*** Dobiveni podatci pokazuju kako obrazovanje igra ključnu ulogu u razumijevanju govora zdravstvenih djelatnika. Odgovor na ove izazove u razumijevanju govora fizioterapeuta leži u njihovom senzibiliziranju za pacijente slabijeg obrazovanja te razumijevanja uputa.

Rezultati analize prema Kruskal Wallis H testu ukazuju i na statistički značajnu razliku u prosječnom rezultatu (p<.01) na skali *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije* s obzirom na mjesto provođenja rehabilitacije: (1) ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama, (2) liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju, (3) liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije; gdje je utvrđen značajno niži rezultat na skali za skupinu pacijenata koji se liječe u privatnoj ustanovi fizikalne terapije (Prosječni rang=1278.78) nego u ostalim skupinama, koje se međusobno ne razlikuju (Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama – Prosječni rang=1460.47; Liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju – Prosječni rang=1444.79) – prihvaća se pothipoteza **H5.14:** ***Pacijenti koji se liječe u privatnoj ustanovi fizikalne terapije bolje procjenjuju način govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije, u odnosu na druge skupine ispitanika.***

Analizom na temelju Kruskal Wallis H testa također su ispitane razlike na skali *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije* s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava: (1) u cijelosti fizikalna terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem, (2) djelomično pokrivena fizikalna terapija zdravstvenim osiguranjem, (3) fizikalna terapija na vlastiti trošak; gdje je utvrđen značajno viši rezultat na skali (p<.01) kod pacijenata kojima je djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem (Prosječni rang=1617.24) nego u ostalim skupinama, koje se međusobno ne razlikuju (U cijelosti fizikalna terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem – Prosječni rang=1434.46; Fizikalna terapija na vlastiti trošak – Prosječni rang=1338.00) – odbacuje su pothipoteza **H5.15:** ***Pacijenti kojima je djelomično***

pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem bolje procjenjuju način govora fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije s obzirom na razinu potpore zdravstvenog sustava, u odnosu na druge skupine ispitanika.

Slijedećim istraživanjima trebalo bi se pristupiti sa ciljem unaprjeđivanja kvalitete i sadržajnosti komunikacije sa pacijentima, u pogledu razine zdravstvene zaštite, a s obzirom na budućnost zdravstvenog sustava koji neupitno stremi ka privatizaciji.

6.4. ANALIZA NASTAVNIH PREDMETA I KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCIJE FIZIOTERAPEUTA

Povijest suvremene fizioterapije povezuje se s počecima obrazovanja fizioterapeuta te početkom organiziranog djelovanja fizioterapeuta. Na brzi razvoj fizioterapije kao zdravstvene profesije snažno je utjecala epidemija poliomielitisa u SAD-u te mnoštvo ozlijeđenih vojnika i civila tijekom 1. svjetskog rata. Također, i nova znanstvena dostignuća te tehnološki napredak u medicini dali su dobre temelje u razvoju fizioterapije kao profesije koja se kroz 20. stoljeće razvila u svijetu u treću po brojnosti zdravstvenu profesiju iza liječnika i sestrinstva (Jurinić, 2012).

Nastanak fizioterapije u svijetu kao zasebne zdravstvene profesije veže se uz početak formalnog obrazovanja fizioterapeuta. Prva srednja škola za fizioterapeute na svijetu bila je Škola za masažu koja je osnovana 1913. godine na Novom Zelandu **(**Nicholls, 2013**).** Godine 1918. u SAD-u započinje prva formalna edukacija za „pomoćno medicinsko osoblje“ koji, prema povjesničarima američke fizioterapije, označavaju preteče fizioterapeuta (Gwyer, 2003). Prvi sveučilišni studij fizioterapije započeo je u Australiji 1938. godine.

Povijesni razvoj fizioterapije u Hrvatskoj slijedio je kretanja u drugim državama. Začetci fizioterapije dosežu s početka 20. stoljeća i vezani su uz fizioterapeutsku skrb oko unesrećenih iz 1. svjetskog rata. Vještine i znanja stjecala su se kroz kliničku praksu, a prvi fizioterapeuti dolazili su prvotno iz sestrinske struke. Jurinić (2012) navodi da je prva srednja škola kojom započinje formalno obrazovanje fizioterapeutskih tehničara osnovana 1947. godine pod nazivom Škola za fizikalnu medicinu i rendgen u Zagrebu. Školu je osnovalo

Ministarstvo narodnog zdravlja NR Hrvatske pri bolnici *Sestre milosrdnice*. Školovanje je trajalo 4 godine, tijekom kojeg su učenici dobili potrebna znanja i vještine iz općeobrazovnih, stručno-teoretskih predmeta i praktičnog rada. Upoznavali su se s napretkom suvremene znanosti, tehnike i kulture, zatim društveno-političkim događanjima u svijetu i izgradnjom socijalističkog društva u Jugoslaviji. Kroz kliničku praksu učenici su postupno prolazili kroz sve bolničke odjele s kojima će se susresti u budućnosti na radnim mjestima kao samostalni zdravstveni djelatnici u bolnicama, lječilištima ili centrima za medicinsku rehabilitaciju (Jurinić, 2012).

U Zagrebu je 1966. godine Zajednica zdravstvenih ustanova Hrvatske osnovala prvu višu školu za medicinske sestre i zdravstvene tehničare. Bila je to jedina visokoškolska ustanova u Hrvatskoj za obrazovanje medicinskih sestara te radioloških, sanitarnih i laboratorijskih tehničara na razini više stručne spreme. U istoj ustanovi obrazovanje studenta fizioterapije započinje 1968. godine (Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, 2018).

Današnji oblik formalnog obrazovanja u djelatnosti fizioterapije temelji se na Hrvatskom kvalifikacijskom okviru (HKO) koji ima zadaću povezati ishode učenja koji se postižu u svim obrazovnim institucijama, te ih postaviti u međusobne odnose u Republici Hrvatskoj i međunarodnoj razini. Njime se definiraju jasni kriteriji stjecanja kompetencija koje učenici i studenti mogu očekivati da će imati nakon završetka obrazovanja za kvalifikaciju određene razine i obujma (Dželalija, 2009). Obrazovanje fizioterapeuta u Hrvatskoj provodi se kroz sveučilišne i stručne studije fizioterapije. Sveučilišni studiji provode se isključivo na sveučilištima, dok se stručni studiji izvode na sveučilištima i veleučilištima. Sveučilišni studiji fizioterapije odvijaju se na preddiplomskoj i diplomskoj razini. Stručni studiji fizioterapije odvijaju se na dvije razine – stručnoj prvostupanjskoj i specijalističkoj diplomskoj razini. U ovom dijelu istraživanja napravljena je **analiza kolegija u formalnom obrazovanju fizioterapeuta** te su obuhvaćeni nastavni planovi i programi preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog i stručnog studija fizioterapije na svim učilištima u Hrvatskoj. Cilj ove analize studijskih nastavnih planova i programa bio je utvrditi koji su obvezni i izborni kolegiji ponuđeni studentima fizioterapije, a koji izravno ili neizravno kroz svoje sadržaje osposobljavaju buduće fizioterapeute za klinički rad te koji utječu na poboljšanje komunikacijskih kompetencija.

Analizom nastavnih planova i programa na razini preddiplomskih i diplomskih studija fizioterapije istraživana je pojavnost komunikacijskih kompetencija u obrazovanju s obzirom

na sadržaj i ciljeve nastavnih kolegija. Analizom su izdvojeni kolegiji na razini preddiplomskih i diplomskih studija, i to 8 obveznih te 6 izbornih kolegija koji se dotiču razvoja komunikacijskih kompetencija budućih fizioterapeuta. Tako su analizom obuhvaćeni sljedeći obvezni kolegiji: **(1) Komunikacijske vještine, (2) Etika zdravstvene skrbi; (3) Fizioterapeutska procjena, (4) Klinička propedeutika, (5) Strani jezik, (6) Menadžment u zdravstvu, (7) Pristup osobama s invaliditetom** te **(8) Umijeće medicinske nastave.** Također, analizom je izdvojeno 6 izbornih kolegija: **(1) Palijativna skrb, (2) Psihologija sporta, (3) Gerontologija, (4) Timski rad, (5) Rad s grupom te (6) Poslovno komuniciranje**.

Ovom analizom izdvojeni su kolegiji koji se svojim ciljevima i sadržajem u većoj ili manjoj mjeri dotiču komunikacijskih kompetencija. Međutim, rezultati ove analize ne daju odgovore upoznaju li studenti te nastavne sadržaje samo na informativnoj razini ili se osposobljavaju i za konkretno rješavanje komunikacijskih problema. Prave kompetencije steknu se tek iskustvom u radu, kliničkom praksom te vježbom u timu uz, naravno, raznovrsnu teorijsku podlogu. Pohvalno je da je obrazovni program već na preddiplomskoj razini prepoznao potrebu uvrštavanja kolegija poput Komunikacijskih vještina među obvezne predmete u svih 7 učilišta koji osposobljavaju fizioterapeute, a u čijem je sadržaju i ciljevima nastave objedinjeno znanje koje bi budući profesionalci trebali imati pri susretu s pacijentima i suradnicima kroz timski rad. Upravo je temeljna razina obrazovanja za fizioterapeute prvostupnike ključna, jer nakon nje u proces rada kreće najviše fizioterapeuta. Za diplomsku se razinu odlučuju već i fizioterapeuti koji imaju iskustva u kliničkoj praksi te im je omogućeno studiranje uz rad. Zakoni i standardi struke u svakom slučaju bi se trebali povezati i biti komplementarni s obrazovnim programom, ali i sa stanjem u ustanovama u koje fizioterapeuti dolaze po završetku studija. S obzirom da je u ovom doktorskom radu fokus postavljen na već postojeće kompetencije fizioterapeuta (a ne fiktivne, odnosno koje bi tek trebale to postati), cilj je bio ispitati stvarno „stanje na terenu“ i prostor za poboljšanje komunikacijskih kompetencija. Ovakav uvid u postojeće kolegije koji se bave komunikacijskim kompetencijama daje naslutiti da smo na pravom tragu, premda se one ipak ne spominju u pravnim dokumentima koji reguliraju fizioterapeutsku djelatnost, osim u dijelu o etičnom postupanju kroz *Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije*. Iako je obrazovna teorija potkovana kvalitetnim i stručnim smjernicama u polju komunikacije, klinička praksa nije ujednačena s teorijom, nisu istaknute jasne i općevažeće komunikacijske smjernice te modeli kako ih ostvariti u konkretnim situacijama. Svaki novozaposleni fizioterapeut manje-

više prepušten je sam sebi i svom osobnom komunikacijskom stilu u skladu sa svojom osobnosti. Struka kao takva (a nakon završetka formalnog školovanja) trebala bi imati jasne smjernice o preporučljivim načinima komunikacije bez obzira na ustanovu zaposlenja, sa svrhom što profesionalnijeg djelovanja prema pacijentima.

Zaključno, na temelju rezulata analize nastavnih planova i programa preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog i stručnog studija fizioterapije u Hrvatskoj **odbacuje se pothipoteza H1.2:** ***Profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta nisu definirane i zastupljene u nastavnim planovima i programima formalnog obrazovanja fizioterapeuta u Hrvatskoj.***

7. ZAKLJUČAK ISTRAŽIVANJA

Dobra i učinkovita komunikacija u medicini i sustavu zdravstva uvijek je u zajedničkom interesu zdravstvenog djelatnika i pacijenta, odnosno pacijentove obitelji. Takva komunikacija specifična je s obzirom na to gdje se odvija (razina zdravstvene zaštite), na vrstu i fazu bolesti te s obzirom na dob pacijenta. U fizioterapiji, komunikacijske kompetencije preduvjet su i okosnica suradnje fizioterapeuta i pacijenta, a komunikacija kojom se uključuje pacijenta u sam proces oporavka pridonosi poboljšanju ishoda rehabilitacije te općenito zdravstvenog stanja. Motivacija za formiranje teme ovoga doktorskog rada nalazi se u činjenici da je područje komunikacijskih kompetencija u zdravstvenim djelatnostima nedovoljno zastupljeno. Slijedom navedenog, cilj je bio istražiti komunikacijske kompetencije u području fizioterapije koje su nužne za učinkovit rad s pacijentima sa svrhom pozitivnog tijeka i ishoda rehabilitacije. Predmet doktorskog istraživanja dakle je ispitivanje objektivnih pokazatelja komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta u sustavu hrvatskog zdravstva. Uz osnovni cilj, postavljena su i tri specifična istraživačka cilja: (1) analizirati pravne i javno dostupne dokumente koji se odnose na klinički rad fizioterapeuta i formalno obrazovanje fizioterapeuta u Hrvatskoj; (2) procijeniti komunikološki profil fizioterapeuta i istražiti različite aspekte komunikacijskih kompetencija – empatičnost i asertivnost u komunikaciji, te tolerantnost na neslaganje u komunikaciji na radnom mjestu; te (3) istražiti kod korisnika fizioterapije učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom, ponašanje fizioterapeuta tijekom komunikacije, strah od komunikacije te korelaciju ishoda rehabilitacije i zadovoljstva komunikacijom s fizioterapeutom. Prema dostupnoj literaturi i podatcima, u Hrvatskoj do sada nije provedeno istraživanje o profesionalnim komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta. Ovaj rad pridonosi razvoju komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta, a u istraživanju su postavljene sljedeće hipoteze:

H1: Profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta nisu definirane niti zastupljene u hrvatskoj pravnoj i obrazovnoj dokumentaciji.

H2: Asertivni stil komuniciranja fizioterapeuta značajno povećava učinkovitost uspostavljene suradnje s pacijentima.

H3: Fizioterapeuti koji su tolerantniji na neslaganje imaju učinkovitiju komunikaciju unutar zdravstvenog tima.

H4: Razvijene komunikacijske vještine fizioterapeuta utječu na pozitivni ishod medicinske rehabilitacije.

H5: Pacijenti koji lošije procjenjuju vlastitu komunikaciju s fizioterapeutom tijekom medicinske rehabilitacije iskazuju veći strah od fizioterapeuta, starije su dobi (iznad 58 godina starosti) i najniže su razine obrazovanja.

U istraživanju su se koristile četiri metode prikupljanja podataka:

1. Analiza pravne dokumentacije o fizioterapeutskoj profesiji.
2. Anketno istraživanje o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta.
3. Anketno istraživanje o učinkovitosti komunikacije korisnika fizioterapije s fizioterapeutima.
4. Analiza kolegija u formalnom obrazovanju fizioterapeuta.

Prva hipoteza H1: ***Profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta nisu definirane niti zastupljene u hrvatskoj pravnoj i obrazovnoj dokumentaciji*** **djelomično je prihvaćena,** odnosno profesionalne komunikacijske kompetencije nisu definirane niti zastupljene u hrvatskoj pravnoj dokumentaciji, dok u obrazovnom programu, tj. dokumentaciji koja se odnosi na obrazovanje fizioterapeuta postoje.

U istraživanju je provedena analiza javno dostupne pravne dokumentacije kojom se regulira fizioterapeutska profesija u Republici Hrvatskoj: *Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti* (*Narodne novine*, 120/2008); *Standard u fizioterapeutskoj praksi* (Hrvatska komora fizioterapeuta, 2009) i *Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije* (Hrvatska komora fizioterapeuta, 2018). Hrvatski sabor donio je 2008. godine prvu inačicu *Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti* kojim se uređuje sadržaj i način djelovanja, standard obrazovanja, uvjeti za obavljanje djelatnosti, dužnosti, kontrola kvalitete i stručni nadzor nad radom fizioterapeuta u Republici Hrvatskoj. Na temelju *Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti* Hrvatska komora fizioterapeuta 2018. objavila je *Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije* kojim se utvrđuju načela i pravila ponašanja fizioterapeuta radi očuvanja dostojanstva i ugleda fizioterapeutskog poziva i djelatnosti. Načela i principi ovoga Kodeksa određuju značaj i ulogu fizioterapeuta u zdravstvu i društvu općenito, te je namijenjen pravilnom usmjeravanju u pogledu odgovornog i profesionalnog bavljenja fizioterapeutskom djelatnošću. Na temelju

Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti Hrvatska komora fizioterapeuta 2009. godine objavila je dokument pod nazivom *Standardi u fizioterapijskoj praksi*, a koji su razvijeni na temelju preporuke Svjetske organizacije za fizikalnu terapiju (WCPT) i Europske regije - Svjetske organizacije za fizikalnu terapiju (ER-WCPT). Standardi u praksi fizikalne terapije predstavljaju načela za provođenje fizikalne terapije i zahtjeve koji se očekuju od fizioterapeuta kako bi pružili visoku kvalitetu fizikalne terapije u zajednici. Standardi predstavljaju profesionalnu obvezu fizioterapijske profesije u promociji zdravlja i funkciji pojedinaca i populacije kako bi fizioterapijske usluge bile što učinkovitije, a obuhvaćaju: administraciju i postavke u organizaciji fizioterapijske prakse, komunikaciju s pacijentima i u zdravstvenom timu, odgovornost prema zajednici, kulturološke kompetencije, dokumentiranje, edukaciju, etički kodeks, informirani pristanak, zakonitost, upravljanje u skrbi pacijenta, razvoj osobnog stručnog usavršavanja, osiguranje kvalitete, istraživanje i pomoćno osoblje u fizikalnoj terapiji.

Nadalje, u obrazovnom okviru vezano za komunikacijske kompetencije fizioterapeuta postoji definiranost i zastupljenost komunikacijskih kompetencija. Unutar plana i programa kolegija u formalnom obrazovanju/studiju fizioterapije postoje kolegiji gdje se govori o komunikaciji. U istraživanju, analizom su obuhvaćeni nastavni planovi i programi preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog i stručnog studija fizioterapije na visokim učilištima u Hrvatskoj. Na području Hrvatske formalno obrazovanje fizioterapeuta odvija se u sedam različitih visokih učilišta. Analizom su izdvojeni kolegiji po godinama studija na preddiplomskoj i diplomskoj razini studiranja koji će studentima, budućim fizioterapeutima, omogućiti adekvatne komunikacijske kompetencije u kliničkom radu. Cilj analize studijskih nastavnih planova i programa je utvrditi koji su obvezni i izborni kolegiji ponuđeni studentima fizioterapije u Hrvatskoj, a koji izravno ili neizravno kroz sadržaje u svom programu osnažuju i osposobljavaju buduće fizioterapeute za klinički rad i koji utječu na poboljšanje komunikacijskih kompetencija koje su, prema dosadašnjim istraživanjima, u svijetu prepoznate kao jedan od najvažnijih čimbenika u provedbi medicinske skrbi korisnika zdravstvene zaštite. Analizom su prvo izdvojeni kolegiji na razini preddiplomskih studija (ovisno o mjestu i vrsti ustanove) koji studentima omogućavaju znanja u struci te o komunikacijskim kompetencijama, a od tog broja analizom je izdvojeno 5 obveznih kolegija koji na razini sadržaja i ciljeva predmeta povećavaju komunikacijske kompetencije budućih fizioterapeuta. To su sljedeći kolegiji: 1. Etika zdravstvene skrbi, 2. Fizioterapeutska procjena, 3. Klinička propedeutika, 4. Komunikacijske vještine, 5. Strani jezik.

Nadalje, na preddiplomskoj razini studija fizioterapije analizom su izdvojena 3 izborna kolegija koji ciljevima i sadržajem predmeta povećavaju komunikacijske kompetencije. To su sljedeći izborni kolegiji: 1. Palijativna skrb, 2. Psihologija sporta, 3. Gerontologija.

Na razini diplomskih studija fizioterapije analizom su izdvojena 3 obvezna kolegija koji ciljevima i sadržajem predmeta povećavaju komunikacijske kompetencije budućih fizioterapeuta. To su sljedeći kolegiji: 1. Menadžment u zdravstvu, 2. Pristup osobama s invaliditetom, te 3. Umijeće medicinske nastave.

Na diplomskoj razini studija fizioterapije analizom su izdvojena i 3 izborna kolegija koji ciljevima i sadržajem predmeta povećavaju komunikacijske kompetencije. To su sljedeći izborni kolegiji: 1. Timski rad, 2. Rad s grupom, 3. Poslovno komuniciranje.

Prema rezultatima analize vidljivo je da je obrazovni program već na preddiplomskoj razini prepoznao potrebu uvrštavanja kolegija poput Komunikacijskih vještina, u svih 7 visokih učilišta koja osposobljavaju fizioterapeute, u čijem je sadržaju i ciljevima nastave objedinjeno znanje koje bi budući fizioterapeuti trebali imati pri susretu s pacijentima, njihovim obiteljima i suradnicima na radnom mjestu. Međutim, rezultati ove analize ne daju odgovore upoznaju li studenti te sadržaje samo na informativnoj razini ili se osposobljavaju i za konkretno rješavanje komunikacijskih problema. Bila bi potrebna daljnja analiza koja ovim radom nije predviđena te se ne može sa sigurnošću zaključiti ostvaruju li se i u kojoj mjeri komunikacijski sadržaji u sklopu pojedinih kolegija.

Daljnja istraživanja te smjernice unutar struke trebale bi uzeti u obzir obrazovni okvir o komunikacijskim kompetencijama te ga uvrstiti i u pravni okvir struke, unutar, primjerice, kodeksa fizioterapeutske etike, standarda u fizioterapiji i slično. Pravni i obrazovni okvir struke trebali bi svakako biti ujednačeni, kako bi rezultati na polju komunikacijskih kompetencija dobili kako na važnosti tako i na sistematičnom provođenju i praćenju u praksi. Osim toga, ovo istraživanje je na tragu buduće razrade smjernica, u okviru fizioterapeutske profesije, na polju komunikacijskih vještina.

Kako bi se utvrdile profesionalne komunikacijske kompetencije fizioterapeuta te stil komunikacije, provedeno je **anketno istraživanje o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta**, kojim su ispitani stavovi i znanja fizioterapeuta o komunikaciji s korisnicima fizioterapije te u zdravstvenom timu na radnom mjestu. Dakle, provedena je analiza

komunikacijskih kompetencija fizioterapeuta kako bi se testirale hipoteze **H2: *Asertivni stil komuniciranja fizioterapeuta značajno povećava učinkovitost uspostavljene suradnje s pacijentima*; te H3: *Fizioterapeuti koji su tolerantniji na neslaganje imaju učinkovitiju komunikaciju unutar zdravstvenog tima*.** Anketno istraživanje provedeno je u 74 zdravstvene ustanove na području cijele Hrvatske, na testnom skupu od 502 fizioterapeuta zaposlena u javnom ili privatnom sektoru.

Prihvaća se hipoteza H2: *Asertivni stil komuniciranja fizioterapeuta značajno povećava učinkovitost uspostavljene suradnje s pacijentima*, to jest asertivni način komunikacije fizioterapeuta značajno povećava učinkovitost uspostavljene suradnje s pacijentima. Međutim, trebalo bi se osvrnuti i na nemali broj od 62.5% fizioterapeuta koji pripadaju srednjoj i starijoj dobnoj skupini te sljedećim istraživanjima ispitati zadovoljstvo samim poslom i asertivnost u komunikaciji. Prema rezultatima istraživanja srednja i starija skupina fizioterapeuta, po dobi, ali i po stažu, ima niže pokazatelje asertivnosti u komunikaciji od mlađih kolega ($p<.01$). Također, prekobrojnost pacijenata u nekim oblicima fizioterapeutske djelatnosti dovodi do zasićenja poslom te, posljedično, do nemotiviranosti za sadržajniju komunikaciju. Empatija je također u ispitivanju visoko rangirana kao poželjna osobina u radu i komunikaciji s pacijentima.

Prihvaća se hipoteza H3: *Fizioterapeuti koji su tolerantniji na neslaganje imaju učinkovitiju komunikaciju unutar zdravstvenog tima*, Analizom rezultata dijela upitnika o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta napravljena je i *procjena stavova o neslaganju u komunikaciji na radnom mjestu* kroz podupitnik o toleranciji na neslaganje. Na temelju navedene analize primjećuje se da su fizioterapeuti okarakterizirali neslaganje, odnosno sukob, kao „nepoželjan“ u smislu da su skloni izbjegavati otvoreni sukob na radnome mjestu. Skloniji su preusmjeravati komunikaciju na drugu temu ili izbjegavati komunikaciju s konfliktnim osobama. Premda većina njih navodi kako uživaju u razgovoru s ljudima različitog mišljenja, možemo istaknuti kako se ovakav oblik komunikacije isključivo zadržava na pozitivnom „sukobu mišljenja“, konstruktivnim razgovorima te razmjeni gledišta. Ovakvi rezultati upućuju na stil ponašanja te komunikaciju gdje dominira izbjegavanje sukoba, nesuglasica, pa i napete atmosfere između zaposlenika. Na temelju spoznaja ovog istraživanja može se zaključiti da fizioterapeuti koji su tolerantniji na neslaganje imaju učinkovitiju komunikaciju – postoji značajna pozitivna korelacija ($p<.01$) gdje fizioterapeuti koji imaju viši rezultat na skali *Tolerancija na neslaganje* imaju i viši rezultat na skali

Komunikacija fizioterapeuta s korisnicima fizioterapije i u zdravstvenom timu na radnom mjestu i obrnuto. Premda su slaganje i skladni odnosi nužni dio učinkovitosti na radnome mjestu a samim time u razvoju odnosa i komunikacije, rad u zdravstvenom timu i način komunikacije sa suradnicima trebao bi postati dio edukacije od obrazovnih institucija do ustanova zaposlenja. Iznošenje vlastitog mišljenja na odmjeren, razuman i argumentiran način, s ciljem povezivanja sa suradnicima (a ne konflikta) trebao bi biti uobičajeni komunikacijski alat u svakoj zdravstvenoj ustanovi. Također, u svakoj ustanovi gdje je prisutan veći broj zdravstvenih djelatnika koji paralelno rade trebale bi postojati smjernice za što učinkovitiju i etičku komunikaciju kako sa suradnicima, tako i s pacijentima.

Analiza učinkovitosti komunikacije pacijenata s fizioterapeutima temelji se na upitniku kojim su ispitani stavovi i zadovoljstvo pacijenata o komunikacijskim kompetencijama fizioterapeuta. Istraživanje je provedeno na testnom skupu od 2902 ispitanika u istim zdravstvenim ustanovama gdje je provedeno istraživanje i među fizioterapeutima. Anketnim istraživanjem kod pacijenata ispitivana je vlastita procjena zdravstvenog stanja, procjena komunikacijskog straha od fizioterapeuta, procjena učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom, procjena stavova korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom, procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji, procjena načina govora fizioterapeuta u komunikaciji.

Prihvaćena je hipoteza H4: *Razvijene komunikacijske vještine fizioterapeuta utječu na pozitivni ishod medicinske rehabilitacije.* Na temelju procjena zdravstvenog stanja na početku i na kraju terapije u istraživanju je analiziran odnos između promjene u simptomima i varijabli koje se odnose na komunikaciju fizioterapeuta s pacijentima te su izračunate korelacije ove varijable i skala: *Strah od fizioterapeuta, Učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom, Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom, Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji* i *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije.*

Dobivena je pozitivna korelacija između promjene u procjeni simptoma i skala: *Strah od fizioterapeuta* i *Govor fizioterapeuta u komunikaciji s korisnicima fizikalne terapije*, što ukazuje na veće poboljšanje u procjeni zdravstvenog stanja kod pacijenata koji navode niži strah od fizioterapeuta i bolji govor fizioterapeuta u komunikaciji. Sa druge strane, dobivene su negativne korelacije između promjene u procjeni simptoma i skala: *Učinkovitost*

komunikacije s fizioterapeutom, Stavovi korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom i *Procjena ponašanja fizioterapeuta u komunikaciji*. Drugim riječima, pacijenti kod kojih je došlo do većeg poboljšanja zdravstvenog stanja imaju viši rezultat na navedenim skalama.

Prihvaćena je hipoteza H5: ***Pacijenti koji lošije procjenjuju vlastitu komunikaciju s fizioterapeutom tijekom medicinske rehabilitacije iskazuju veći strah od fizioterapeuta, starije su dobi (iznad 58 godina starosti) i najniže su razine obrazovanja.*** Rezultati pokazuju da većina ispitanika (85.5%) procjenjuje kako osjeća umjereni strah od fizioterapeuta, a mali udio njih osjeća jak strah (14,5%), dok nitko od ispitanika nije u kategoriji pacijenata koji prema rezultatu na skali *Strah od fizioterapeuta* nemaju straha ili imaju slabi strah od fizioterapeuta. Dakle, u odnosu na osjećaj straha, rezultati ipak pokazuju da određena napetost u komunikaciji postoji.

Nadalje, u doktorskom radu ispitana je perspektiva bolesnika o učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom. Učinkovitost komunikacije testirana je s obzirom na: (1) temeljitost pitanja fizioterapeuta o zdravstvenom stanju i simptomima bolesti; (2) pozornost fizioterapeuta u komunikaciji s pacijentom; (3) objašnjenja fizioterapeuta o zdravstvenim problemima ili postupcima koje namjerava provoditi kod pacijenta; (4) odgovore fizioterapeuta na postavljena pitanja od strane pacijenta; (5) duljinu razgovora i vrijeme koje je fizioterapeut posvetio u razgovoru s pacijentom; (6) strpljivost fizioterapeuta u razgovoru s pacijentom; te (7) razinu bliskosti fizioterapeuta prema pacijentu. U analizi podataka pri procjeni učinkovitosti komunikacije s fizioterapeutom, rezultati pokazuju da pacijenti najviše valoriziraju *strpljivost* i *pozornost* fizioterapeuta u razgovoru s njima. Činjenica jest da su sve tvrdnje, tj. načini učinkovitosti komunikacije u podjednakoj mjeri važne i da bi se u optimalnom odnosu trebale izmjenjivati da bi i pacijent i fizioterapeut bili zadovoljni postignutim ishodom rehabilitacije. Zapravo, bez potrebnog vremena za komunikaciju, često se narušavaju i ostale komponente učinkovitosti komunikacije, tj. naprosto su neostvarive.

Analizom rezultata koji se odnosi na procjenu stavova korisnika fizioterapije o interpersonalnoj komunikaciji s fizioterapeutom može se nagovijestiti što je u biti pacijentima važno tijekom fizikalne terapije. Žele da ih se čuje, da mogu iskreno iskazati svoje tegobe bez osjećaja kritike, da je fizioterapeut iskreno zainteresiran za njihovo zdravstveno stanje koje ih brine te da pokaže inicijativu u objašnjavanju daljnjeg plana liječenja – savjetima, potporom i uputama. Pacijent, dakle, treba i psihološku potporu, a ne samo tehničko odrađivanje terapije.

Potrebna mu je nada, ohrabrenje, poticaj za napredak. Fizioterapeute je potrebno obrazovati i senzibilizirati i na ovome području, a posebice jačati zdravstvenu zaštitu u kojoj bi pacijenta također trebalo prihvatiti holistički, odnosno ne gledajući samo njegove tjelesne funkcije i ograničenja.

Rezultati analize istraživanja također pokazuju da su ispitanici kao pogrešku u komunikaciji najčešće istaknuli da fizioterapeuti u razgovoru s njima govore prebrzo, potom da, prema prosječno dobivenim vrijednostima, koriste nerazumljiv govor, da su zbunjeni u komunikaciji te da ih zanemaruju u komunikaciji.

Primijećeno je da su u jakom međuodnosu povezani učinkovitost komunikacije, obilježja interpersonalne komunikacije te govor fizioterapeuta. Povjerenje i sam način komunikacije su od izuzetne važnosti za pacijente. Pokazalo se da pacijenti osjećaju strah u komunikaciji, međutim to je pretežno strah koji je obilježen neizvjesnošću oko ishoda ozdravljenja i tijeka same terapije, te strah od negativnih/loših vijesti kojih se pacijent pribojava po dolasku na fizioterapiju. Strah je povezan s emocijama te bi u osnaživanju pacijenata prigodom težih dijagnoza bilo potrebno konzultirati i psihologe. Također se pokazalo kako većina pacijenata priželjkuje individualni tretman prilikom fizioterapije, gdje je takav pristup gotovo nemoguće provesti, osim u privatnom obliku fizioterapije. Ponekad pacijenti i ozbiljnije prihvate fizioterapeute te njihove upute kada je taj odnos manje neformalan, tj. kada se fizioterapeut ne prilagođava njihovim osobnim stavovima, karakteristikama, već kada u okviru svojeg posla i radnih zadaća profesionalno tretira pacijenta (bez šala, podilaženja, opravdavanja, simpatiziranja, žaljenja, pretjerane emocionalnosti). Vjerojatno je da tada i pacijent ozbiljnije shvati njegov posao te daljnje upute koje je dobio. Od izuzetne je važnosti da razina učinkovite komunikacije ostane ili postane profesionalna, ali sa izražavanjem interesa za pacijentovo stanje i prilagodbe pacijentu u smislu jednostavnih i jasnih uputa. Nekritičkim odnosom prema korisnicima fizioterapije, unutar vremena koje je omogućeno za pacijenta, potrebno je pronaći optimalan način kako pridobiti pacijenta da se pridržava uputa te da fizioterapeuti osvijeste da svojim postupcima i načinom komunikacije mogu izravno utjecati na ishode rehabilitacije. Pacijentima je potreban „motivator“ koji će ih pokrenuti u njihovim najranjivijim situacijama gdje ne mogu vladati svojim tijelom. Komunikacija u sinergiji sa stručnim znanjem je odgovor.

Na osnovi anketnih istraživanja i analize zadanih hipoteza te međuovisnosti varijabli, kako za testni skup fizioterapeuta, tako i za pacijente, istraživanjem se došlo do bitnih spoznaja u procesu rada fizioterapeuta, a s obzirom na komunikaciju i potrebne kompetencije. Prvenstveno je potrebno vrijeme u rehabilitaciji kako bi sama rehabilitacija bila što učinkovitija, a samim tim i komunikacija koja je njezin prateći dio. Stariji pacijenti zahtijevaju pojačanu pažnju ne samo u procesu rehabilitacije, već i u samom načinu komunikacije. Također, manje obrazovanim pacijentima potrebno se dodatno približiti i ublažiti njihov strah, kao i starijim pacijentima. Unutar ambulantnog oblika fizioterapijske djelatnosti fizioterapeut ima najmanje vremena za pacijente. Unutar svih sustava liječenja potrebno je provoditi edukacije o načinu, metodama i postupcima u komunikaciji, te inzistirati na dobroj i učinkovitoj komunikaciji unutar zdravstvenog tima. Kod fizioterapeuta je potrebno obratiti pažnju na srednju i stariju dob po godinama i stažu, jer kod njih dolazi do smanjene asertivnosti u komunikaciji. Potrebno je stimulirati zaposlenike, primjerice edukacijama, predavanjima, promjenama radnih zadaća unutar mjesta rada, i slično. Sve medicinske djelatnosti, pa tako i fizioterapija pod povećalom su od strane korisnika zdravstvenih usluga, ali i javnosti zbog brze dostupnosti informacija na planu zdravlja. Istraživanje je stoga pokazalo koliko je polje komunikacija kompleksno, a posebice komunikacijskih kompetencija. Cijeli spektar karakteristika kojima je obojana komunikacija utječu na sam proces izlječenja i rehabilitacije. U onom vremenu koje fizioterapeut ima na raspolaganju s pacijentom potrebno je biti maksimalno koncentriran te izvući maksimum od pacijenta, educirati ga, liječiti ga, zadobiti njegovo povjerenje, dati mu upute i smjernice… Područje komunikacije, kako u medicini pa tako i u fizioterapiji u centar stavlja pacijenta, paternalistički model liječenja gubi se, pacijenti danas žele sudjelovati u procesu odlučivanja o liječenju te načinu liječenja. Stručno znanje ne nosi sa sobom isključivo medicinska znanja i postupke. I upravo zbog novih izazova današnjice koji se, dakle, ne postavljaju samo pred fizioterapeute i druge zdravstvene djelatnike, već i pred pacijente, željelo se ovim istraživanjem doći do odgovora kako sjediniti stručna znanja i umijeće komunikacije u procesu fizioterapije u susretu s informiranim pacijentom. Komunikacija u svojoj kompleksnosti nosi bit u procesu izlječenja, odnosno ukratko: ***Riječ je Lijek***.

LITERATURA

Popis korištene literature iz knjiga, zbornika radova i znanstvenih časopisa:

1. Agius, Mark. The medical consultation and the human person. // Psychiatria Danubina, 26, 1(2014); str. 15–18. Dostupno na: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol26_sup1/dnb_vol26_sup1_15.pdf preuzeto: (10. 08. 2019).

2. Ajzen, Icek. Persuasive Communication Theory in Social Psychology: A Historical Perspective. / U: Michael. J. Manfredo (ur.). Influencing Human Behavior: Theory and Applications in Recreation and Tourism. Sagamore Publishing, 1992; str. 1– 27. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/255661892_Persuasive_Communication_Theory_in_Social_Psychology_A_Historical_Perspective (prezueto 17. 05. 2019).

3. Akin, Ahmet. Self-compassion and Submissive Behavior. // Education and Science, 34,152(2009). Dostupno na: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.362.7326&rep=rep1&type=pdf (preuzeto: 16. 03. 2019).

4. Al-Fedaghi, Sabah. Codeless Communication and the Shannon-Weaver Model. // International Conference on Software and Computer Applications (ICSCA 2012). Singapore: IACSIT Press, 41(2012); str 38-44. Dostupno na: https://studylib.net/doc/13136293/codeless-communication-and-the-shannon-weaver-model-sabah. (preuzeto: 10. 02. 2019).

5. Alfikri, Muhammad. Ethics in Organizational Communication. // IOSR Journal Of Humanities And Social Science, 21, 10(2016); str. 51-56. Dostupno na: http://www.iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol.%2021%20Issue10/Version-2/H2110025156.pdf (preuzeto: 12. 08. 2019).

6. Allhoff, Fritz; Chrishon, Kristopher; Jarosch, Jeff; Johnson, Megan; Matiasek, Jennifer; Reenan, Jennifer; Rouse, Katherine; Uehling, Jeanne; Wells, Alan; Wynia, K.

Matthew. An Ethical Force Program Consensus Report: Improving Communication - Improving Care How health care organizations can ensure effective, patient-centered communication with people from diverse populations. // American Medical Association, 2006. Dostupno na: https://accrualnet.cancer.gov/sites/accrualnet.cancer.gov/files/conversation_files/pcc-consensus-report.pdf (preuzeto: 14. 08. 2019).

7. Alshammari, Hamoud Fahad; Dayrit, Richard J. Dennis. Conflict and Conflict Resolution among the Medical and Nursing Personnel of Selected Hospitals in Hail City. // IOSR Journal of Nursing and Health Science, 6, 3(2017); str. 45-60. Dostupno na: http://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol6-issue3/Version-1/G0603014560.pdf (preuzeto: 28. 06. 2019).

8. Ambady, Nalini; Koo, Jasook; Rosenthal, Robert; Winograd, Carol H. Physical Therapists' Nonverbal Communication Predicts Geriatric Patients' Health Outcomes. // American Psychological Association, 17, 3(2002); str. 443–452. Dostupno na: https://web.stanford.edu/group/ipc/pubs/2002AmbadyPhys.pdf (prezueto 7. 05. 2019).

9. Amoudi, A Mikky; Anabtawi, N Rasmieh; Bzoor, A; Keelani, S; Abu Hassan, Wael Mustafa.. The Effectiveness of Positive Communication Skills in Reducing Pain during Physiotherapy Session: A Quantitative Result from Questionnaire Surveys of Palestinian Orthopaedic Patients. // Universal Journal of Public Health, 5, 1(2017); str. 17-24. Dostupno na: http://www.hrpub.org/download/20161230/UJPH3-17608045.pdf (preuzeto: 25. 2. 2018).

10. Andabak-Rogulj, Ana; Richter, Ivica; Brailo, Vlaho; Krstevski, Igor; Vučićević-Boras, Vanja. Katastrofiziranje u bolesnika sa sindromom pekućih usta. // Acta stomatologica Croatica, 48, 2(2014); str. 109-115.

11. Anderson, M. Carolyn; Martin M. Matthew. Aggressive communication traits: How similar are young adults and their parents in argumentativeness, assertiveness, and verbal aggressiveness. // Western Journal of Communication, 61, 3(1997); str. 299-314. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/233203749_Aggressive_communication_traits_How_similar_are_young_adults_and_their_parents_in_argumentativeness_assertiveness_and_verbal_aggressiveness (preuzeto: 16. 03. 2019).

12. Anić, Vladimir. Veliki rječnik hrvatskoga jezika. Zagreb: Novi liber 2003.

13. Bagarić, Vesna; Mihaljević-Djigunović, Jelena. Definiranje komunikacijske kompetencije. // Metodika, 8,1(2007); str. 84-93. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=42650 (preuzeto: 21. 02. 2019.).

14. Baić, Valentina; Deljkić, Valentina; Petrović, Jelena. Prepoznavanje emocionalnih izraza lica i detekcija laganja. // Kriminalističke teme: Časopis za kriminalistiku, kriminologiju i sigurnosne studije, 7, 3-4(2017); str. 23-39. Dostupno na: http://krimteme.fkn.unsa.ba/index.php/kt/article/viewFile/163/pdf (preuzeto: 10. 04. 2019.).

15. Bakic-Tomic, Lubica; Dvorski, Jasmina; Kirinic, Anamarija. Elements of teacher communication competence: An examination of skills and knowledge to communicate. // International Journal of Research in Education and Science (IJRES); 1, 2(2015); str 157-166. Dostupno na: https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1105191.pdf (preuzeto: 15. 02. 2019).

16. Bakić-Tomić, Ljubica. Komunikološko-menadžerski profil rukovoditelja u policiji. Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet. Zagreb 2003.

17. Bakić-Tomić, Ljubica; Božić, Jasmina; Kirinić, Giovana. Educators Communication Competence for Work with Parents. // Pre-Conference Proceedings of the Special Focus Symposium on the 8th ICESKS: Information, Communication and Economic Sciences in the Knowledge Society. Faculty of Teacher Education of the University of Zagreb. Zagreb, 2009. Str. 21-32.

18. Balqis Haladin, Nur'ain; Aireen, Ibrahim Noor; Rajab, Azizah. Nurses' Assertive Communication : A Review and Future Directions. // LSP International Journal, 2 2(2015); str.27–35. Dostupno na: https://www.semanticscholar.org/paper/Teknologi-Malaysia-Nurses-%E2%80%99-Assertive-Communication-Haladin-Ibrahim/f16e248e89a3fa8da4ae8b05434566f4b82e35c3 (preuzeto: 21. 1. 2018.).

19. Bašić, Marijana. Interkulturalna sastavnica komunikacijske kompetencije. // Magistra Iadertina, 9, 1(2014); str. 55 – 70. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=202271 (preuzeto: 10. 06. 2019).

20. Beaulieu, Marie-Dominique; Haggerty, L Jeannie; Beaulieu, Christine; Bouharaoui, Fatima; Lévesque, Jean-Frédéric; Pineault, Raynald; Burge, Frederick; Santor, A Darcy.

Interpersonal Communication from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. Healthcare policy 7, spec. issue (2011); str. 108 – 123. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3399440/pdf/policy-07-108.pdf (preuzeto: 25. 2. 2018).

21. Bedeković, Vesna; Šimić, Marija. Razvijanje interkulturalne kompetencije u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju. // Magistra Iadertina, 12, 1(2017); str. 75-90. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/search/?show=results&stype=1&c%5B0%5D=article_search&t%5B0%5D=Razvijanje+interkulturalne+kompetencije+u+ranom+i+pred%C5%A1kolskom+odgoju+i+obrazovanju. (preuzeto: 10. 06. 2019).

22. Beganu, Nicu; Niţan, Marcel. The Johari Window: A Model of Feedback and Selfdisclosure in Training. // Revista academiei fortelor terestre, 11, 42(2006). Dostupno na: http://www.armyacademy.ro/reviste/2_2006_eng/a4.pdf (preuzeto: 20. 03. 2019).

23. Benn, Piers. Medicine, lies and deceptions. // Journal of Medical Ethics, 27(2001); str. 130–134. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733363/pdf/v027p00130.pdf. (preuzeto: 15. 04. 2019.).

24. Bergquist, William. The Johari Window: Exploring the Unconscious Processes of Interpersonal Relationships and the Coaching Engagement. // International Journal of Coaching in Organizations, 7, 3(2009); str. 73-97. Dostupno na: https://libraryofprofessionalcoaching.com/research/brain-behavior/the-new-johari-window-exploring-the-unconcious-processes-of-interpersonal-relationships-and-the-coaching-engagement/ (preuzeto: 20. 03. 2019).

25. Bilić, Vedran. Balintove grupe. / U: Veljko Đorđević i Marijana Braš (ur.). Komunikacija u medicini: čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada, 2011. str. 67-72.

26. Bonvicini, A. Kathleen; Perlin, J. Michael; Bylund, L. Carma; Carroll, Gregory; Rouse, A. Ruby; Goldstein, G. Michael. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. // Patient Education and Counseling, 75, 1(2009); str. 3–10. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19081704 (preuzeto: 16. 06. 2019).

27. Bošnjaković, Josip. Strah i povjerenje u čovjeku. // Journal of Applied Health Sciences, 2, 2(2016); str. 121-132. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/181008 (preuzeto: 21. 09. 2019).

28. Brajković, Lovorka. Motivacijski intervju. / U: Vanja Vasiljev Marchesi (ur.). Knjiga sažetaka 5. Međunarodni simpozij Zdravlje za sve?! Prvo riječ, pa onda lijek! Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, 2017.

29. Brajković, Lovorka. Osobitosti komunikacijskog procesa s osobama starije životne dobi. / U: Veljko Đorđević i Marijana Braš (ur.). Komunikacija u medicini: čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada, 2011. Str. 97-101.

30. Brajković, Lovorka; Đorđević, Veljko; Braš, Marijana. Medicinski intervju. / U: Veljko Đorđević i Marijana Braš (ur.). Komunikacija u medicini: čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada, 2011. Str. 33-57.

31. Brajković, Lovorka; Ljubas, Ana; Cvek, Mario. Motivacijski intervju. / U: Veljko Đorđević i Marijana Braš (ur.). Komunikacija u medicini: čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada, 2011. Str. 59-65.

32. Brajša, Pavao. Pedagoška komunikologija. Zagrb: Školske novine, 1993.

33. Braš, Marijana; Đorđević, Veljko; Brajković, Lovorka; Planinc-Peraica, Ana; Stevanović Ranko. Komunikacija i komunikacijske vještine u palijativnoj medicini. // MEDIX, 22, 119/120 (2016); str. 152-160.

34. Braš, Marijana; Đorđević, Veljko; Kandić-Splavski, Branka; Vučevac, Vlasta. Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. // MEDIX, 22, 119/120(2016); str. 69-76.

35. Brkljačić-Žagrović, Morana. Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav. // Medicina Fluminensis, 46, 1(2010); str. 37-42. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/48835 (preuzeto: 16. 08. 2019).

36. Bucăţa, George; Rizescu, Alexandru Marius. The role of communication in enhancing work effectiveness of an organization. // Land Forces Academy Review, 22, 85(2017); str. 49-57. Dostupno na: http://www.armyacademy.ro/reviste/rev1_2017/Bucata.pdf (preuzeto: 23. 06. 2019).

37. Burić-Moskaljov, Mirjana. Poruke bez riječi – umijeće neverbalnog komuniciranja. Zagreb: Poslovna znanja, 2014. Dostupno na: https://www.tim-press.hr/site/assets/files/2838/poruke-bez-rijeci-teaser.pdf (preuzeto: 25. 04. 2019).

38. Buterin, Marija; Jagić, Stjepan. Razvoj interkulturalne kompetencije u kontekstu kurikulumskih promjena. // Acta Iadertina, 10, 1(2013); str. 1-10. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=280154 (preuzeto: 10. 06. 2019).

39. Jansen, Carel. Developing persuasive health campaign messages. / U: Black, Alison; Luna, Paul; Lund, Ole i Walker, Sue (ur.). Gower handbook of information design. Routledge, 2017. Str. 1–17. Dostupno na: https://www.careljansen.nl/Jansen_(2017).pdf (preuzeto: 30. 05. 2019).

40. Cheng, S. Brenda; Bridges, M. Susan; Yiu, KY. Cynthia; McGrath, P. Colman. A Review of Communication Models and Frameworks in a Healthcare Context. // Dent Update, 42, 2(2015); str. 185-191. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/278046018_A_review_of_communication_models_and_frameworks_in_a_healthcare_context (preuzeto: 29. 06. 2019).

41. Chevreul, Karine; Brigham, Karen Berg; Bouché, Clara. The burden and treatment of diabetes in France. // Globalization and Health, 10, 6(2014); str. 1-9. Dostupno na: https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1744-8603-10-6 (preuzeto: 10. 08. 2019).

42. Clements, Dave; Dault, Mylène; Priest, Alicia. Effective Teamwork in Healthcare: Research and Reality. // Healthc Pap., 7, Spec No: 26-34(2007); str. 26 - 34. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17478997 (preuzeto: 23. 06. 2019).

43. Côté, Daniel. Intercultural communication in health care: challenges and solutions in work rehabilitation practices and training: a comprehensive review. // Disability & Rehabilitation, 35, 2(2013); str. 153–163. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22616895 (preuzeto: 15. 06. 2019).

44. Čustović, Fedor. Anamneza i fizikalni pregled: uvod u osnovne kliničke vještine. Zagreb: Školska knjiga, 2007.

45. Ćatić, Iva. Kompetencije i kompetencijski pristup obrazovanju. // Pedagogijska istraživanja, 9,1–2(2012); str: 175 – 189. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/113448 (preuzeto: 10. 01. 2019).

46. Da Silva Nogueira, Jane Walkiria; Soares Rodrigues, Maria Cristina. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. // Cogitare Enferm, 20, 3(2015); str. 630-634. Dostupno na: https://pdfs.semanticscholar.org/2443/ed6b2dd38ebe252a2881e37487bd4230a338.pdf (preuzeto: 25. 06. 2019).

47. Damjanović, Natalija; Ljubin-Golub, Tajana. Metode otkrivanja laži. // Policijska sigurnost, 18, 2(2009); str. 222-236. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/79343 (preuzeto: 12. 04. 2019.).

48. Degrie, Liesbet; Gastmans, Chris; Mahieu, Lieslot; Dierckx de Casterlé, Bernadette; Denier, Yvonne. How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research. // BMC Medical Ethics, 18, 2(2017); str. 1-17. Dostupno na: https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-016-0163-8 (preuzeto: 15. 06. 2019).

49. Di Lauro, Domenico. Manuale di comunicazione assertiva. Xenia Edizioni e Servizi S.r.l. Milano, 2011.

50. Dželalija, Mile. Hrvatski kvalifikacijski okvir : uvod u kvalifikacije. Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa. Zagreb 2009. Str. 16-20.

51. Đorđević, Veljko, Braš, Marijana. Komunikacija u medicini: čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.

52. Đorđević, Veljko; Braš, Marijana. Osnovni pojmovi o komunikaciji u medicini. // MEDIX 17, 92(2011). Dostupno na: http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2011/03/012.pdf (preuzeto: 10. 01. 2019).

53. Đorđević, Veljko; Braš, Marijana; Brajković, Lovorka. Person-centered medical interwiev. // Croatian Medical Journal, 53, 4(2012); str. 310-313. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=127697 (preuzeto: 10. 08. 2019).

54. Elayyan, Muntaha; Rankin, Janet; Chaarani, MW. Factors affecting empathetic patient care behaviour among medical doctors and nurses: an integrative literature review. // East Mediterr Health Journal, 24, 3(2018); str. 311–318. Dostupno na: http://applications.emro.who.int/emhj/v24/03/EMHJ_2018_24_3_311_318.pdf?ua=1&ua=1 (preuzeto: 19. 06. 2019).

55. Ellingson, L. Laura. Communication, Collaboration, and Teamwork among Health Care Professionals. // Communication Research Trends, 21, 3(2002). Dostupno na: http://cscc.scu.edu/trends/v21/v21_3.pdf (preuzeto: 27. 06. 2019).

56. Emanuel, J. Ezekiel; Emanuel, L. Linda. Four models of the physician-patient relationship. // JAMA: The journal of the american medicine, 267, 16(1992); str. 1-9. Dostupno na: http://www.antoniocasella.eu/salute/Emanuel_1992.pdf (preuzeto: 29. 06. 2019).

57. Fernandez, Carlo. Etica della comunicazione in medicina. // Italian heart journal, 3, 12(2002). Dostupno na: http://www.giornaledicardiologia.it/allegati/00777_2002_12/fulltext/12-02_06%201225-1228.pdf (preuzeto: 14. 08. 2019).

58. Forgon, Tomáš Ethics in communication in organizational culture in healthcare facilities. // Zeszyty naukowe politechniki śląskiej, 110, (2017). Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/321379471_Ethics_in_communication_in_organizational_culture_in_healthcare_facilities (preuzeto: 12. 08. 2019).

59. Gamble, Teri Kwal; Gamble, Michael. Communication Works. 11ed, Special Edition for Northampton Community College. McGraw-Hill Companies, 2013.

60. Geers L. Andrew; Briñol, Pablo; Vogel, A. Erin; Aspiras, Olivia; Caplandies, C. Fawn i Petty E. Richard. The Application of Persuasion Theory to Placebo Effects / U: Luana Colloca (ur.). Purchase Neurobiology of the Placebo Effect. New York: Elsevier. 138(2018). Str. 2-36. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/323372773_The_Application_of_Persuasion_Theory_to_Placebo_Effects. (preuzeto: 30. 05. 2019).

61. Godino, Antonio. L'arte della persuasione: seduzioni del pensiero. // Psychofenia, 12, 20(2009); str. 97-128. Dostupno na: http://siba-

ese.unisalento.it/index.php/psychofenia/article/view/i17201632vXIIn20p97/3043. (prezueto 18. 05. 2019).

62. Goleman Daniel. Emocionalna inteligencija. Zagreb: Mozaik knjiga, 1997.

63. Grbac, Josip; Štajduhar, Iva. Palijativna skrb za djecu. // Riječki teološki časopis, 20, 2(2012); str. 269-290.

64. Gregurek, Rudolf. Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.

65. Grubišić, Mirjana. Temeljna prava pacijenta/korisnika u fizikalnoj terapiji. // Fizioterapija, 1, 1(2011); str. 29-31.

66. Gwyer J. History of clinical education in physical therapy in the United States. // Journal of physical therapy education. 17, 3(2003); str. 34-43.

67. Hacıoğlu, Münevver; Fıstıkcı, Nurhan; Yosmaoğlu, Ahmet; Keyvan, Ali; Yıldırım, Ejder Akgün. The Association among Submissive Behavior, Positive-Negative Symptom Severity and Depressive Symptoms in Inpatient Women with Schizophrenia. // Yeni Symposium Journal Şubat, 51, 1(2013); str. 51-57. Dostupno na: https://pdfs.semanticscholar.org/a721/e6659bd609b69dfb634d37566d8cc9a32921.pdf (preuzeto: 16. 03. 2019).

68. Hall, A Judith; Harrigan, A Jinni; Rosenthal, Robert. Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. // Applied & Preventive Psychology, 4, 1(1995); str. 21-37. Dostupno na: http://library.allanschore.com/docs/NonverbalPt-ClinicianHall.pdf (preuzeto: 27. 04. 2019).

69. Hardavella, Georgia; Aamli-Gaagnat, Ane; Saad, Neil; Rousalova, Ilona; Sreter, B Katherina. How to give and receive feedback effectively. // Breathe 4, 13(2017); str. 327–333. Dostupno na: https://breathe.ersjournals.com/content/breathe/13/4/327.full.pdf (preuzeto: 3. 04. 2019).

70. Hargreaves, Susan. The relevance of non-verbal skills in physiotherapy. // The Australian Journai of Physiotherapy, 28, 4(1982); str. 19 – 22. Dostupno na: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0004951414607741 (preuzeto: 16. 03. 2019).

71. Havelka, Mladen; Lučanin, Damir. Komunikacija s bolesnikom : pravo bolesnika, ali i način liječenja. // Komunikacije u sestrinstvu: Zbornik radova. Visoka zdravstvena škola,

Zagreb; Hrvatska udruga Viših medicinskih Sestara; Hrvatska udruga medicinskih sestara. Opatija, 2004; str. 3.

72. Hetzler, C. Dale; Messina, R. Deanne; Smith, J. Kimberly. Conflict management in hospital systems: Not just for leadership. // American Journal of Mediation, 65, 5(2011); str 65-97. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/259869751_Conflict_Resolution_in_Health_Care (preuzeto: 29. 06. 2019).

73. Hojat, Mohammadreza; Gonnella, S. Joseph; Nasca, J. Thomas; Mangione, Salvatore; Vergare, Michael; Magee, Michael. Physician Empathy: Definition, Components,Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. // American Journal of Psychiatry, 159, 9(2002); str. 1563–1569. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12202278 (preuzeto: 19. 06. 2019).

74. Hrastinski, Nikolina; Salopek, Marica. Edukacija bolesnika i obitelji. // Hrvatski časopis za javno zdravstvo, 4, 14(2008). Dostupno na: https://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1048/1006 (preuzeto: 12. 08. 2019).

75. Ioannidou, Flora; Konstantikaki, Vaya. Empathy and emotional intelligence: What is it really about? // International Journal of Caring Sciences, 1, 3(2008); str. 118–123. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/47374425_Empathy_and_Emotional_intelligence_What_is_it_really_about (preuzeto: 16. 03. 2019).

76. Ivrlač, Nada; Golub, Danijela. Timski rad u zdravstvu. // Reumatizam, 60, 2(2013), str. 155-155. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=182371 (preuzeto: 20. 06. 2019).

77. Jagosh, Justin; Boudreau, Joseph Donald; Steinert, Yvonne; MacDonald, Mary Ellen; Ingram, Lois. The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor–patient relationship. // Patient Education and Counseling, 85(2011); str 369–374.

78. Jeknić, Ranka. Individualističke i kolektivističke kulture u kontekstu globalizacije: Hofstedeov model i njegova kritika. // Revija za sociologiju, 37, 3-4(2006); str. 205-225.

Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=20263 (preuzeto: 10. 06. 2019).

79. Johnson, J. Nora; Klee, Thomas. Passive-Aggressive Behavior and Leadership Styles in Organizations. // Journal of Leadership & Organizational Studies, 14, 2(2007); str. 130-142. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/240967070_Passive-Aggressive_Behavior_and_Leadership_Styles_in_Organizations/download (preuzeto: 20. 03. 2019).

80. Jukić, Stjepan; Nadrljanski, Mila. Komunikologija. Split: REDAK, 2015.

81. Jurinić Antun. Povijest fizioterapije u Hrvatskoj. // Fizioinfo, 8, 2(2012); str. 16-20.

82. Jurković, Zvonimir. Važnost komunikacije u funkcioniranju organizacije. // Ekonomski vjesnik : Review of Contemporary Entrepreneurship, Business, and Economic Issues, 25, 2(2012), str. 387-399. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/94882 (preuzeto:: 10. 02. 2019).

83. Jušić, Anica. Palijativna medicina - palijativna skrb. // Medicus, 10, 2(2001); str. 247-252. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/19787 (preuzeto: 19. 08. 2019).

84. Kalauz, Sonja. Bioetika u sestrinstvu. // Medicina Fluminensis, 44, 2(2008); str. 129-134. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=42502 (preuzeto: 14. 08. 2019).

85. Kertesz, Louise; Walker, Christina; Maliwat-Bandigan, Bernadette. Improving Communication and Teamwork in the Operating Room. // Acta scientific paediatrics, 2, 2(2019); str. 21-31. Dostupno na: https://www.actascientific.com/ASPE/pdf/ASPE-02-0059.pdf (preuzeto: 29. 06. 2019).

86. Kičić, Miroslava. E-zdravlje – savjetodavna uloga medicinskih sestara. //Acta Medica Croatica, 68, 1(2014); str. 65-69. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/117961 (preuzeto: 12. 08. 2019).

87. Kirilmaz, Harun; Akbolat, Mahmut; Kahraman, Gulcan. A Research about the Ethical Sensitivity of Healthcare Professionals. // International Journal of Health Sciences September, 3, 3(2015); str. 73-82. Dostupno na: http://ijhsnet.com/journals/ijhs/Vol_3_No_3_September_2015/7.pdf (preuzeto: 14. 08. 2019).

88. Kobolt, Alenka; Žižak, Antonija. Timski rad i supervizija timova. // Ljetopis socijalnog rada, 14, 2(2007); str. 367-386. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=22077 (preuzeto: 20. 06. 2019).

89. Kourakos, I. Michael; Vlachou, D. Eugenia; Kelesi, N. Martha. Empathy in the Health Professions: An Ally in the Care of Patients with Chronic Diseases. // International Journal of Health Sciences & Research, 8, 2(2018); str. 233-240. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/322992411_Empathy_in_the_Health_Professions_An_Ally_in_the_Care_of_Patients_with_Chronic_Diseases (preuzeto: 25. 06. 2019).

90. Kourkouta, Lambrini; Papathanasiou,V. Ioanna. Communication in Nursing Practice. // Mater Sociomed, 26, 1(2014); str. 65-67. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990376/pdf/MSM-26-65.pdf (preuzeto: 6. 04. 2019).

91. Kourmousi, Ntina; Amanaki, Eirini; Tzavara, Chara; Merakou, Kyriakoula; Barbouni, Anastasia; Koutras, Vasilios. The Toronto Empathy Questionnaire: Reliability and Validity in a Nationwide Sample of Greek Teachers. // Social sciences, 6, 62(2017). Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/317556390_The_Toronto_Empathy_Questionnaire_Reliability_and_Validity_in_a_Nationwide_Sample_of_Greek_Teachers (preuzeto: 16. 06. 2019).

92. Kreps, L. Gary. Communication and Effective Interprofessional Health Care Teams. // International Archives of Nursing and Health Care, 2, 3(2016); str. 1-6. Dostupno na: https://clinmedjournals.org/articles/ianhc/international-archives-of-nursing-and-health-care-ianhc-2-051.pdf (preuzeto: 27. 06. 2019).

93. Krešić, Vlasta. Komunikacija u sestrinstvu - međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. // Sestrinski glasnik, 18, 1(2013). Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/98145 (preuzeto: 29. 06. 2019).

94. Krznarić, Roman. Empathy and the Art of Living. Oxford, United Kingdom: The Blackbird Collective, 2007. Dostupno na: https://www.romankrznaric.com/wp-content/uploads/2011/12/Empathy%20and%20the%20Art%20of%20Living%20200907.pdf (preuzeto: 16. 06. 2019).

95. Kulenović, Fahrudin. Etički izazovi liječnika našeg vremena. // JAHR: Europski časopis za bioetiku, 3, 2(2012); str. 487-492. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/93535 (preuzeto: 14. 08. 2019).

96. Lehki, Margareta; Braš, Marijana; Đorđević, Veljko. Priopćavanje loših vijesti. / U: Veljko Đorđević i Marijana Braš (ur.). Komunikacija u medicini: čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada, 2011. Str. 97-101.

97. Leinert-Novosel, Smiljana. Komunikacijski kompas. 2 prošireno izdanje, Zagreb: Plejada, 2015.

98. Lichstein, R. Peter. The Medical Interwiev. / U. Kenneth, H Walker; Dallas W. Hall i Willis J . Hurst (ur.). Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3Ed. Boston: Butterworths; 1990. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349/ preuzeto: (20. 07. 2019).

99. Lin Ulrey, Kelsy; Amason, Patricia. Intercultural Communication Between Patients and Health Care Providers: An Exploration of Intercultural Communication Effectiveness, Cultural Sensitivity, Stress, and Anxiety. // Health communication, 13, 4(2001); str. 449–463. Dostupno na: https://pdfs.semanticscholar.org/7599/3fa8f7a0ba2f2c127864a588fb716552c50d.pdf (preuzeto: 15. 06. 2019).

100. Lončarić, Iva; Kovač, Ida; Rilović Đurašin, Martina; Habuš, Rosarija; Kauzlarić, Neven. Interdisciplinarni timski rad : izazov u suvremenoj rehabilitaciji. // JAHS, 2, 2(2016); str. 147-154.

101. Lučanin, Damir. Komunikacija s bolesnikom – izgradnja terapijskog odnosa i sastavni dio liječenja. // Komunikacije u sestrinstvu: Zbornik radova. Visoka zdravstvena škola, Zagreb; Hrvatska udruga Viših medicinskih Sestara; Hrvatska udruga medicinskih sestara. Opatija, 2004; str. 14-15.

102. Lunenburg, C. Fred. Communication: The Process, Barriers, And Improving Effectiveness. // Schooling, 1, 1(2010). Dostupno na: http://www.nationalforum.com/Electronic%20Journal%20Volumes/Lunenburg,%20Fred%20C,%20Communication%20Schooling%20V1%20N1%202010.pdf (preuzeto: 10. 04. 2019).

103. Maheshwari, S K; Gill, Kanwaljit Kaur. Correlation of assertive behavior with communication satisfaction among nurses. // Journal of Health, Medicine and Nursing. 14, (2015). Dostupno na: https://www.iiste.org/Journals/index.php/JHMN/article/view/23562 (preuzeto: 25. 07. 2019).

104. Maheshwari, S K; Gill, Kanwaljit Kaur. Relationship of assertive behavior and stress among nurses. // Delhi psychiatry journal, 18, 2(2015). Dostupno na:: https://www.researchgate.net/publication/309241963_Relationship_of_Assertive_Behavior_and_Stress_among_Nurses (preuzeto: 25. 07. 2019).

105. Maifredi, Giovanni, Grazia Orizio, Maura Bressanelli, Serena Domenighini, Cinzia Gasparotti, Eleonora Perini, Luigi Caimi, Peter J. Schulz, and Umberto Gelatti. Italian hospitals on the web: a cross-sectional analysis of official websites. // BMC medical informatics and decision making, 10, 1(2010): str. 17-21.

106. Marot, Danijela. Uljudnost u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji. // Fluminensia, 17, 1(2005); str. 53-70.

107. Mathias, Joe; Panthalanickal, James. La personalità passivo-aggressiva. // Tredimensioni 4(2007); str. 73-81. Dostupno na: http://www.isfo.it/files/File/Studi%203D/Mathias07.pdf (preuzeto: 20. 03. 2019).

108. McCroskey, James C. Communication Competence and Performance: A Research and Pedagrogical Perspective. // Annual Meeting of the International Comunication Association. Mineapolis, 1981. Dostupno na: https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED203401.pdf (preuzeto: 21. 02. 2019.).

109. Mijatović, Antun. Leksikon temeljnih pedagogijskih pojmova. Zagreb: Edip, 2000.

110. Milivojević, Tatjana; Dragović, Katarina. Agresivnost i asertivnost u komunikaciji – nedostaci i ograničenja teorije asertivnosti. // CM : Communication Management Quarterly: Časopis za upravljanje komuniciranjem, 7, 23(2012); str. 95–116. Dostupno na: https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/1452-7405/2012/1452-74051223095M.pdf (preuzeto: 16. 03. 2019.).

111. Mills, Peter; Neily, Julia; Dunn, Ed. Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety. // Journal of The American College of Surgeons, 206,

1(2008); str. 107-112. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18155575 (preuzeto: 29. 06. 2019).

112. Mohanty, Ashish; Mohanty, Sasmita. The impact of communication and group dynamics on teamwork effectiveness: the case of service sector organisations. // Academy of Strategic Management Journal, 17, 4(2018); str.1-14. Dostupno na: https://www.abacademies.org/articles/The-impact-of-communication-and-group-dynamics-1939-6104-17-4-251.pdf (preuzeto: 25. 06. 2019).

113. Mohorović, Livija. Strah od zubne ordinacije kao limitirajući faktor u pružanju zdravstvene zaštite usta i zubi. // Acta stomatologica Croatica, 20, 4 (1986); str. 291-298. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=154778 (preuzeto: 21. 09. 2019).

114. Morana Brkljačić. Bioetika i bioetički aspekti palijativne medicine. // Medicina Fluminensis, 44, 2(2008); str. 146-151. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/26838 (preuzeto: 16. 08. 2019).

115. Mowat, Harriet; Bunniss, Suzanne; Snowden, Austyn; Wright, Lynda. Listening as health care. // The Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy, 16, special(2013). Dostupno na: https://www.napier.ac.uk/~/media/worktribe/output186810/1600p35mowatbunnisssnowdenwrightpdf.pdf (preuzeto: 7. 04. 2019.).

116. Nalliah, Sivalingam. Medical Paternalism and Patient Autonomy; the dualism doctors contend with… // The Medical journal of Malaysia, 66, 5(2011); str. 421-422. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/221887782_Medical_Paternalism_and_Patient_Autonomy_the_dualism_doctors_contend_with (preuzeto: 29. 06. 2019).

117. Naudin, David; Gagnayre, Rémi; Reach, Gérard. Éducation thérapeutique du patient et concept de vicariance. L'exemple du diabète de type 1. // Médecine des Maladies Métaboliques, 11, 3(2017); str. 283-292. Dostupno na: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S195725571730069X (preuzeto: 10. 08. 2019).

118. Naughton, A. Cynthia. Patient-Centered Communication. // Pharmacy (Basel); 6, 1(2018); str. 1-8. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5874557/ (preuzeto: 29. 06. 2019).

119. Nikić, Mijo. Psihologija straha. // Obnovljeni život, 49, 1(1994); str. 43-66.

120. Norum, Jan; Moen, Mari-Ann. The Websites of Norwegian hospitals: do they meet national guidelines and patients' expectations? // Journal of Telemedicine and Telecare, 10 (2004); str 272–276.

121. Onyekwere, C. Evelyn. Situational Influence in Persuasive Communication. // Africa Media Review, 5, 1(1991). Dostupno na: https://pdfs.semanticscholar.org/ae25/a11d4bf1520848bc83254b038c0233ca4ee1.pdf (prezueto 15. 05. 2019).

122. Palmieri, J. John; Stern, A. Theodore. Lies in the Doctor-Patient Relationship. // The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 11, 4(2009). Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736034/ (preuzeto: 14. 08. 2019).

123. Paternotte, Emma; Scheele, Fedde; Seeleman, M Conny; Bank, Lindsay; Scherpbier, A. Albert; Van Dulmen, Sandra. Intercultural doctor-patient communication in daily outpatient care: relevant communication skills. // Perspectives on Medical Education, 5, 5(2016); str. 268-275. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27638395 (preuzeto: 15. 06. 2019).

124. Paternotte, Emma; Scheele, Fedde; Van Rossum, Tiuri; Seeleman, Conny; Scherpbier, Albert; Van Dulmen, Sandra. How do medical specialists value their own intercultural communication behaviour? A reflective practice study. // BMC Medical Education, 16, 222(2016). Dostupno na: https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0727-9 (preuzeto: 15. 06. 2019).

125. Paternotte, Emma; Van Dulmen, Sandra; Bank, Lindsay; Seeleman, Conny; Scherpbier, Albert; Scheele, Fedde. Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. // International Journal of Medical Education, 16, 8(2017); str. 170-175. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28535143 (preuzeto: 15. 06. 2019).

126. Pease, Allan; Pease, Barbara. Velika škola govora jezika. Zagreb: Mozaik knjiga, 2008.

127. Pejić-Bach, Mirjana; Seljan, Sanja; Zoroja, Jovana; Buljan, Ante; Cafuta, Brigita. Hospital websites as a road to transparency: Case study of transition countries. // Knowledge

and Business Challenge of Globalization in 2017, Kovač, T.: Cingula, M. (ur.), Celje, Slovenia: Fakulteta za komericalne in poslovne vede, 2017; str. 91-100.

128. Pejić-Bach, Mirjana; Seljan, Sanja; Jaković, Božidar; Buljan, Ante; Zoroja, Jovana. Hospital Websites: From the Information Repository to Interactive Channel. // Procedia Computer Science, 2019.

129. Peneva, Ivelina; Mavrodiev, Stoil. A Historical Approach to Assertiveness. // Psychological Thought, 6, 1(2013); str. 3–26. Dostupno na: https://psyct.psychopen.eu/article/view/14 (preuzeto: 16. 03. 2019.).

130. Perković, Ivana; Perić, Marina; Romić Knežević, Martina; Jukić Krmek, Silvana. Razina anksioznosti i percepcija bola endodontskih pacijenata. // Acta stomatologica Croatica,48, 4 (2014); str. 258-267. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/131864 (preuzeto: 21. 09. 2019).

131. Perloff, M. Richard. The Dynamics of Persuasion: Communication and Attitudes in the 21st Century. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Mahwah, New Jersey, London, 2003. Dostupno na: http://staffnew.uny.ac.id/upload/132310007/pendidikan/e-book-dinamic-persuasive.pdf (prezueto 14. 05. 2019).

132. Peters, Ellen; Lipkus, Isaac; Diefenbach, A. Michael. The Functions of Affect in Health Communications and in the Construction of Health Preferences. // Journal of Communication, 56 (2006); str. 140–162. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/227735312_The_Functions_of_Affect_in_Health_Communications_and_in_the_Construction_of_Health_Preferences (preuzeto: 27. 06. 2019).

133. Pichler, Davorin. Obaviješteni pristanak u obrascima suglasnosti kojima se prihvaća preporučeni dijagnostički odnosno terapeutski postupak Kliničkog bolničkog centra Osijek i njihova usklađenost s propisima i međunarodnom praksom. // Pravni vjesnik: časopis za pravne i društvene znanosti Pravnog fakulteta Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku, 30, 1(2014); str. 89-114. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=182641 (preuzeto: 16. 08. 2019).

134. Pipas, Maria Daniela; Jaradat, Mohammad. Assertive communication skills. // Annales Universitatis Apulensis Series Oeconomica, 12(2); 2010. Dostupno na:

https://econpapers.repec.org/article/alujournl/v_3a2_3ay_3a2010_3ai_3a12_3ap_3a17.htm (preuzeto: 25. 02. 2019).

135. Piršl, Elvi. Odgoj i obrazovanje za interkulturalnu kompetenciju. // Pedagogijska istraživanja, 8 1(2011); str 53–57. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=174434 . (preuzeto: 10. 06. 2019).

136. Pozaić, Valentin. Palijativna skrb i ljudsko dostojanstvo bolesnika. // Glasnik pulske bolnice, 6, 6(2009); str. 121-123. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=71330 (preuzeto: 20. 08. 2019).

137. Preporuka europskog parlamenta i savjeta : ključne kompetencije za cjeloživotno učenje – europski referentni okvir. // Metodika : časopis za teoriju i praksu metodika u predškolskom odgoju, školskoj i visokoškolskoj izobrazbi, 11, 20(2010), str. 169-182. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/61536 (Preuzeto: 10. 1. 2019).

138. Radibratović, Ivana; Milutinović, Kate; Sindik, Joško. Razumljivost govora u komuniciranju zdravstvenih djelatnika. // Sestrinski glasnik, 18, 2(2013); str.113-118.

139. Rakošec, Željko; Juranić, Brankica; Mikšić, Štefica; Jakab, Jelena; Mikšić, Barbara. Otvorena komunikacija – temelj palijativnog pristupa. // Media, culture and public relations, 5, 1(2014); str. 98-103. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=180989 (preuzeto: 20. 08. 2019).

140. Rani, Usha. Communication Barriers. // Veda's: Journal of English Language and Literature, 3, 2(2016); Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/304038097_COMMUNICATION_BARRIERS (preuzeto: 10. 04. 2019.).

141. Richard, Claude; Lajeunesse, Yvette; Lussier, Marie-Thérèse. Therapeutic privilege: between the ethics of lying and the practice of truth. // Journal of medical ethics, 36, 6(2010); str. 353-357.

142. Richmond, P Virginia; Heisel, M Alan; Smith. S Ralph; McCroskey, C James. The impact of communication apprehension and fear of talking with a physician and perceived

medical outcomes. // Communication Research Reports, 15, 4(1998); str. 344-353. Dostupno na: http://www.midss.org/content/fear-physician-fop (preuzeto: 21. 1. 2018).

143. Rider, A. Elizabeth; Hinrichs, M. Margaret; Lown, A. Beth. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. // Medical Teacher, 28, 5(2006); str. 127–134.

144. Riess, Helen; Kraft-Todd, Gordon. E.M.P.A.T.H.Y. : A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients. // Academic Medicine, 89, 8(2014); str 1108 - 1112. Dostupno na: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2014/08000/E_M_P_A_T_H_Y___A_Tool_to_Enhance_Nonverbal.12.aspx (preuzeto: 25. 06. 2019).

145. Ristić, Jadranka; Mrkonjić, Ružica; Rukavina, Marina. Uvjet pozitivnog okružja u operacijskoj sali - pozitivna komunikacija. // Sestrinski glasnik, 23, 2(2018). Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/202337 (preuzeto: 27. 06. 2019).

146. Robinson, D. Jeffrey. Nonverbal Communication and Physician-Patient Interaction: Review and New Directions. // U: Valerie Manusov i Miles. L. Patterson (ur.). The Sage handbook of nonverbal communication. Thousand Oaks, CA, US : Sage Publications, Inc. 2006. Str. 437-459. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/288259246_Nonverbal_communication_and_physician-patient_interaction_Review_and_new_directions (prezueto 5. 05. 2019).

147. Rosenberg, B. Marshall. Nenasilna komunikacija –jezik života. Centar za mir, nenasilje i ljudska prava, Osijek, 2006. Dostupno na: http://www.centar-za-mir.hr/uploads/dokumenti/knjige/Nenasilna_komunikacija_finalna2.pdf (preuzeto:16. 03. 2019),

148. Saima Nauman. Relationship of Tolerance for Disagreement with Conflict Management Styles. // Peshawar Journal of Psychology and Behavioral Sciences, 3, 2(2017); str. 133-152. Dostupno na: https://pjpbsicp.com/papers/volum_3_2/4.pdf (preuzeto: 25. 06. 2019).

149. Salak, Tanja; Carović, Ines. Neverbalna pismenost kao sastavnica međukulturne kompetencije. // Govor, 30, 1. 2013. Dostupno na:

https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=245017 (preuzeto: 10. 06. 2019).

150. Salarvand, Shahin, Mahnaz Samadbeik, Mohammad Javad Tarrahi, and Hamed Salarvand. Quality of Public Hospitals Websites: A Cross-Sectional Analytical Study in Iran. // Acta Informatica Medica 24(2), 2016; str. 130–133.

151. Sardoğan, Mehmet Emin; Yılmaz, Müge; Bellici, Nilgün. A study of relationship between submissive behaviours of university students and their psychological. // Symptoms: International Journal of Asian Social Science, 5, 2(2015); str. 86-96. Dostupno na: http://www.aessweb.com/pdf-files/ijass-2015-5(2)-86-96.pdf (preuzeto: 16. 03. 2019).

152. Schmid-Mast , Marianne; Cousin, Gaëtan. The Role of Nonverbal Communication in Medical Interactions: Empirical Results, Theoretical Bases, and Methodological Issues. // U: Martin, R. Leslie; DiMatteo, M. Robin (ur.). The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence. Oxford University Press, Oxford, 2013. str. 38 - 53 Dostupno na: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_F416561306CF.P001/REF (prezueto 5. 05. 2019).

153. Sedić, Biserka. Komunikacija sestre i drugih članova stručnog tima. / U: Komunikacije u sestrinstvu. Zbornik radova. Visoka zdravstvena škola, Zagreb; Hrvatska udruga Viših medicinskih Sestara; Hrvatska udruga medicinskih sestara. Opatija 2004; str. 4-5.

154. Seiter, S. John. Persuasion and Social Influence Theories. / U: Stephen W. Littlejohn i Karen A. Foss (ur.). Encyclopedia of Communication Theory. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: SAGE Publications, 2009. str. 745- 749. Dostupno na https://teddykw2.files.wordpress.com/2013/10/encyclopedia-of-communication-theory.pdf (prezueto 14. 05. 2019).

155. Seljan, Sanja; Baretić, Maja; Kučiš, Vlasta. Information Retrieval and Terminology Extraction In Online Resources for Patients with Diabetes. // Collegium antropologicum, 38, 2. 2014; str. 705-710. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/127612 (preuzeto: 16. 03. 2019).

156. Seljan, Sanja; Baretić, Maja; Seljan, Marko; Pejić Bach, Mirjana. Information assessment of hospital websites in Croatia: How to develop accountability standards? //

International Journal of Health Planning and Management 35, 2020. Dostupno na: https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1002%2Fhpm.2975

157. Shah, Muslim. Impact of interpersonal conflict in health care setting on patient care; the role of nursing leadership style on resolving the conflict. // Nursing & Care Open Access Journal, 2, 2(2017); str. 44-46. Dostupno na: https://medcraveonline.com/NCOAJ/NCOAJ-02-00031.pdf (preuzeto: 29. 06. 2019).

158. Silverman, Jonathan. Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. // British Journal of General Practice, 60, 571(2010); str. 76–78. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814257/pdf/bjgp60-076.pdf (prezueto 5. 05. 2019).

159. Sorta - Bilajac, Iva; Sorta, Jelena. Primjena teorije komunikacije Paula Watzlawicka na praksu komuniciranja u medicini i zdravstvu. // JAHR, 4, 7(2013); str. 583-590. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/search/?show=results&stype=1&c%5B0%5D=article_search&t%5B0%5D=Primjena+teorije+komunikacije.+Paula+Watzlawicka+na+praksu+komuniciranja+u+medicini+i+zdravstvu (preuzeto: 22. 02. 2019).

160. Spreng, R. Nathan; McKinnon, C Margaret; Mar, A Raymond; Levine, Brian. The Toronto Empathy Questionnaire. // Journal of Personality Assessment, 91, 1(2009); str. 62-71. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775495/pdf/nihms-74226.pdf (preuzeto: 21. 01. 2018).

161. Staničić, Stjepan. Vođenje odgojno-obrazovne djelatnosti u školi. Doktorska disertacija, Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet. Rijeka, 2000.

162. Stojčić, Živko; Perković, Lada; Stašević, Ina; Stojčić, Nevena i Ropac, Darko. Ispitivanje odnosa percepcije sukoba i asertivnosti kod medicinskih sestara. // Acta Medica Croatica, 68, 3(2014); str. 259-271. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/136986 (preuzeto: 29. 06. 2019).

163. Suzić Nenad. Kompetencije za život u 21. Stoljeću i školski ciljevi učenika. // Pedagogijska istraživanja, 11, 1(2014); str. 111 – 122. Dostupno na:

https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=205901 (preuzeto: 10. 01. 2019).

164. Svjetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema - MKB-10. Svjetska zdravstvena organizacija; Zagreb: Medicinska naklada, 2012.

165. Svjetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Medicinska naklada, 2010.

166. Swindel, S. Jennifer; McGuire, L. Amy: Halpern, D. Scott. Beneficent Persuasion: Techniques and Ethical Guidelines to Improve Patients' Decisions. The Annals of Family Medicine, 8, 3(2010); str. 260–264. Dostupno na:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866725/pdf/0080260.pdf (preuzeto: 30. 05. 2019).

167. Šantić, Anastazija. Podrška obitelji umirućeg člana u kući. // Sestrinski edukacijski magazin, 2, 1(2005); str. 1-5.

168. Šepec, Slava. Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege. Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb 2011. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431477_292_mala_kompetencije_18062011_kompletno.pdf (preuzeto: 15. 02. 2019).

169. Štifanić, Mirko. Dobar liječnik. Rijeka: Adamić, 2006.

170. Štifanić, Mirko. Komunikacija liječnik – pacijent. Rijeka: Hrvatski pokret za prava pacijenata, 2012

171. Štifanić, Mirko. Loša komunikacija i druge liječničke pogreške. // JAHR 4, 7(2013); str. 293-327.

172. Šverko, Dina. Emocije u kontekstu dimenzija individualizma i kolektivizma. // Društvena istraživanja, 18, 6(2009); str. 1089-1105. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=70835 (preuzeto: 10. 06. 2019).

173. Teasdale, Kevin; Kent, Gerry. The use of deception in nursing. // Journal of medical ethics, 21, 2(1995); str.77-81. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1376626/pdf/jmedeth00295-0014.pdf (preuzeto: 17. 04. 2019.).

174. Thompson-Hingle , Susan; Robinson, B. Sherry. Enhancing Communication with Older Patients in the Outpatient Setting. // Seminars in Medical Practice, 12, (2009); str. 1-7. Dostupno na: https://pdfs.semanticscholar.org/7538/035ac10446fb6b631e57fb0002afb25545c7.pdf (preuzeto: 16. 08. 2019).

175. Tiedens, Z. Larissa; Fragale, R. Alison. Power Moves: Complementarity in Dominant and Submissive Nonverbal Behavior. // Journal of Personality and Social Psychology, 84, 3(2003); str. 558–568. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12635916 (preuzeto: 16. 03. 2019).

176. Tomas-Aragones, Lucia; Voicu, Cristiana; Marron, E. Servando. The clinical interview and assessment: general considerations. // Romanian journal of clinical and experimental dermatology, 1, 4(2017); str. 6-13. Dosstupno na: https://www.researchgate.net/publication/317176663_THE_CLINICAL_INTERVIEW_AND_ASSESSMENT_GENERAL_CONSIDERATIONS preuzeto: (20. 07. 2019).

177. Tomašević, Luka. O medicinskoj etici i bioetici : Povijesno-teološki osvrt. // Služba Božja, 49 4(2009); str. 401-412. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=134704 (preuzeto: 15. 08. 2019).

178. Tomulić, Ana Marguerite; Grmuša, Tanja. Empatija u radnom okruženju. // Media, culture and public relations, 8, 2(2017); str. 194-205. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/199664 (preuzeto: 19. 06. 2019).

179. Troop, A. Nicholas; Allan, Steve; Treasure L. Janet; Katzman, Melanie. Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients.// Psychology and Psychotherapy, 76, 3(2003); str. 237-249. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14577891. (preuzeto: 16. 03. 2019).

180. Turkalj, Željko; Fosić, Ivana; Marinković, Rozalija. Transformacija organizacije u timski organizacijski pristup i efikasno korištenje timskim radom u kontekstu okružja. // Ekonomski vjesnik: Review of Contemporary Entrepreneurship, Business, and Economic Issues, 25,2(2012), str. 247-259. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=138664 (preuzeto: 20. 06. 2019).

181. Vida Jeremić;Informirani pristanak: komunikacija između liječnika i bolesnika. // JAHR: Europski časopis za bioetiku, 4, 1(2013); str. 525-533.Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/110372 (preuzeto: 14. 08. 2019).

182. Vranić, Andrea; Lauri-Korajlija, Anita; Raguž, Ana. Znanje o dobnim promjenama pamćenja, ageizam i emocionalna dobrobit stručnjaka zaposlenih u području skrbi za starije osobe. // Medica Jadertina, 48, 3. 2018: str. 99-112. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=301242 (preuzeto: 16. 08. 2019).

183. Vuletić, Suzana; Karačić, Silvana; Amabilis Jurić, Kata. Percepcija smrti i žalovanja iz dječje perspektive u pedijatrijskoj palijativnoj skrbi. // JAHR, 8,16(2017); str. 209-226. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/193833 (preuzeto: 16. 08. 2019).

184. Vyt, Andre. Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 24, 1(2008); str. 106–109. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18393329 (preuzeto: 22. 06. 2019).

185. Warren , Christopher; Becken, Susanne; Coghlan, Alexandra. Using persuasive communication to co-create behavioural change – engaging with guests to save resources at tourist accommodation facilities. // Journal of Sustainable Tourism, 7, 25(2017). Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/310428154_Using_persuasive_communication_to_co-create_behavioural_change_-_engaging_with_guests_to_save_resources_at_tourist_accommodation_facilities (prezueto 15. 05. 2019).

186. Włoszczak-Szubzda , Anna; Jarosz, Miroslaw J.. Professional communication competences of physiotherapists – practice and educational perspectives. // Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 20, 1(2013); str. 189-194. Dostupno na:

https://www.researchgate.net/publication/236091606_Professional_communication_competences_of_physiotherapists_-_Practice_and_educational_perspectives (preuzeto: 16. 03. 2019).

187. Woodward-Kron, Robyn; Van Die, Diana; Webb, Gillian; Pill, John; Elder, Catherine; McNamara, Tim; Manias, Elizabeth; McColl, Geoff. Perspectives from physiotherapy supervisors on student-patient communication. // International Journal of Medical Education, 3, (2012); str. 166-174. Dostupno na: https://minerva-access.unimelb.edu.au/bitstream/handle/11343/55175/physiotherapy-perspectives-on-communication.pdf?sequence=1 (preuzeto: 16. 03. 2019).

188. Yadav, Brijendra Singh; Gupta, Shyamal. Johari Window Approach in Mentoring Management Students an Empirical Study of Up and Uttarakhand (India). // Scholarly Research Journal for Interdisciplinary Studies, 4, 35(2017); str. 6255-6261. Dostupno na: http://oaji.net/articles/2017/1174-1512213064.pdf (preuzeto: 20. 03. 2019).

189. Zvonarek, Dunja. Interkulturne i komunikacijske kompetencije učitelja. Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, 2012.

190. Žganec, Nino; Rusac, Silvia; Laklija, Maja. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske Unije. // Revija za socijalnu politiku, 15, 2(2008); str. 171-187. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/30355 (preuzeto: 16. 08. 2019).

Popis druge korištene literature s mrežnih stranica:

191. Abidli, Yamina; Piette, Danielle; Casini, Annalisa. Proposition d'une méthode conceptuelle d'accompagnement du patient partenaire de soins. // Dans Santé Publique, (2015); str 31 – 39. Dostupno na: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-31.html. (preuzeto: 29. 07. 2019).

192. American Academy for Communication in Health Care – AACH. Dostupno na: https://www.achonline.org/ (preuzeto: 15. 03. 2019)

193. American Academy of Communication in Healthcare. (AACH). Academy of Communication in Healthcare. Dostupno na: https://www.achonline.org/ (preuzeto: 22. 02. 2019).

194. Amicucci, Franco. La comunicazione assertiva. Dostupno na: https://www.beonelab.com/comunicazione-assertiva/ (preuzeto: 25. 02. 2019).

195. Antsiferov, Mikhail; Costea, Mariana; Felton, Anne-Marie; Gagnayre, Rémi; Maldonato, Aldo; Paccaud, Ursula; Petrenko, Vladimiras; Rosenqvist, Urban; Visser, Adriaan. Therapeutic Patient Education. // World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, (1998). Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf (preuzeto: 20. 07. 2019).

196. Businesstopia. Aristotle's Model of Communication. Dostupno na: https://www.businesstopia.net/communication/aristotles-model-communication (preuzeto:: 20. 02. 2019).

197. Businesstopia. Interactive Model of Communication. Dostupno na: https://www.businesstopia.net/communication/interactive-model-communication (preuzeto: 10. 02. 2019).

198. Businesstopia. Transactional Model of Communication. Dostupno na: https://www.businesstopia.net/communication/transactional-model-communication (preuzeto: 10. 02. 2019).

199. Državni zavod za statistiku. Stanovništvo prema starosti i spolu, popisi 1953.–2011. Dostupno na: http://www.dzs.hr. (preuzeto: 10. 10. 2019).

200. European Association for Communication in Healthcare (EACH). Improving the quality of communication in healthcare. Dostupno na: http://www.each.eu/ (preuzeto: 22. 02. 2019).

201. Garner, Eric. Assertiveness: re-claim your assertive birthright. // Bookboon.com, (2012). Dostupno na: http://thuvienso.bvu.edu.vn/bitstream/TVDHBRVT/15270/1/Assertiveness.pdf (preuzeto: 16. 03. 2019).

202. Harrn, Andrea. What is Passive Aggressive Behaviour? 2011. Dostupno na: http://www.andreaharrn.co.uk/what-is-passive-aggressive-behaviour/#sthash.15zgmpy7.dpbs (preuzeto: 20. 03. 2019).

203. Hrvatska komora fizioterapeuta. Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije. // Hrvatska komora fizioterapeuta, 2018. Dostupno na: https://www.hkf.hr/wp-content/uploads/2018/12/25.01.2018.-Kodeks-fizioterapeutske-etike.pdf (preuzeto: 15. 01. 2019).

204. Hrvatska komora fizioterapeuta. Standardi u fizioterapijskoj praksi. // Hrvatska komora fizioterapeuta. Dostupno na: www.hkf.hr (preuzeto: 20. 12. 2018).

205. Hrvatski kvalifikacijski okvir. Pojmovnik hrvatskoga kvalifikacijskog okvira (prijedlog) // Vlada Republike Hrvatske, Povjerenstvo za izradu Hrvatskoga kvalifikacijskoga okvira (2008). Dostupno na: http://www.hzz.hr/UserDocsImages/Pojmovnik_Hrvatskoga_kvalifikacijskog_okvira.pdf (preuzeto: 16. 03. 2019).

206. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2018. – tablični podaci. // Hrvatski zavod za javno zdravstvo WEB izdanje. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2018-tablicni-podaci/ (preuzeto: 10. 09. 2019).

207. International Association for Communication in Healthcare – EACH Dostupno na: https://www.each.eu/ (preuzeto: 15. 03. 2019).

208. International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08). // International Labour Organization. Dostupno na: https://www.hkf.hr/wp-content/uploads/2018/08/Me%C4%91unarodna-klasifikacija-zanimanja-ISCO.pdf (preuzeto: 16. 03. 2019).

209. Interprofessional ambulatory unit - IpAC unit. Assertive communication: making yourself heard in a health care team. // Health Simulation Centre, Edith Cowan University, Australia. Dostupno na: http://www.ecu.edu.au/schools/medical-and-health-sciences/our-facilities/interprofessional-ambulatory-care-program/interprofessional-learning/ipl-through-simulation/assertive-communication (preuzeto: 25. 02. 2019).

210. Komócsin, Laura; Nagy, Emeše Dora. Kako uspješno upravljatsvojim životom? // BusinessCoach, Zagreb, (2018). Dostupno na: http://poslovnicoach.com/wp-content/uploads/2019/01/Kako-uspje%C5%A1no-upravljati-svojim-%C5%BEivotom.pdf (preuzeto: 20. 03. 2019).

211. Međunarodna standardna klasifikacija zanimanja (International Standard Classification of Occupations .- ISCO-08). Dostupno na: http://www.monstat.org/userfiles/file/klasifikacije/struktura%20MSKZ%2008.pdf (preuzeto: 15. 01. 2019).

212. Narodne novine. Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti. // Narodne novine, 120/2008. Dostupno na: https://www.zakon.hr/z/398/Zakon-o-fizioterapeutskoj-djelatnosti (preuzeto: 15. 01. 2019).

213. Nicholls, David. Celebrating 100 years of Physiotherapy in New Zealand. Dostupno na: http://www.100yearsofphysio.co.nz (preuzeto: 10. 01. 2019).

214. Radibratović, Ivana; Sindik, Joško. Važnost razumljivosti u komuniciranju zdravstvenih djelatnika (2013). Dostupno na: https://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/210/224 (preuzeto: 5. 11. 2019).

215. Registered Nurses' Association of Ontario. Healthy Work Environment Managing and Mitigating Conflict in Healthcare Teams: Best Practice Guidelines, 2012. Dostupno na: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Managing-conflict-healthcare-teams_hwe_bpg.pdf (preuzeto: 29. 06. 2019).

216. Safon, Marie-Odile. L'éducation thérapeutique du patient: La place des médecins généralistes. // Centre de documentation de l'Irdes, 2018. Dostupno na: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-31.htm?contenu=resume# (preuzeto: 10. 08. 2019).

217. Saout, Christian; Charbonnel, Bernard; Bertrand Dominique. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. // France, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008. Dostupno na: https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000578.pdf (preuzeto: 10. 08. 2019).

218. Službeni list Europske unije (2018). Preporuka europskog parlamenta i savjeta od 18. prosinca 2006. o ključnim kompetencijama za cjeloživotno učenje. Dostupno na https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604(01)&from=EN (preuzeto: 16. 03. 2019).

219. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. Plan i program preddiplomskog sveučilišnog studija fizioterapija. Dostupno na: https://ozs.unist.hr/images/programi/program_fizioterapija.pdf (preuzeto: 23. 01. 2019).

220. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. Plan i program diplomskog sveučilišnog studija fizioterapija. Dostupno na: https://ozs.unist.hr/images/programi/program_fizioterapija_diplomski.pdf (preuzeto: 23. 01. 2019).

221. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku - Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo. Sveučilišni preddiplomski studij fizioterapija. Dostupno na: http://www.fdmz.hr/index.php/studij/sveucilisni-preddiplomski-studij-fizioterapija (preuzeto: 21. 01. 2019).

222. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku - Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo. Sveučilišni diplomski studij fizioterapija. Dostupno na: http://www.fdmz.hr/index.php/studij/sveucilisni-diplomski-studij-fizioterapija (preuzeto: 21. 01. 2019).

223. Sveučilište Libertas. Sveučilišni preddiplomski studij fizioterapije: nastavni plan i program. Dostupno na: https://www.libertas.hr/wp-content/uploads/2017/05/Nastavni-plan-i-program.pdf?x96205 (preuzeto: 21. 01. 2019).

224. Sveučilište Sjever. Preddiplomski stručni studij fizioterapija: izvedbeni plan nastave. Dostupno na: https://www.unin.hr/wp-content/uploads/Izvedbeni-plan-nastave_18_19_Fizioterapija.pdf (preuzeto: 21. 01. 2019).

225. Sveučilište u Rijeci - Fakultet zdravstvenih studija. Nastavni plan diplomskog sveučilišnog studija fizioterapije. Dostupno na: http://www.fzsri.uniri.hr/files/NASTAVA/Diplomski/NP18-19DVFT_pdf.pdf (preuzeto: 24. 1. 2019).

226. Sveučilište u Rijeci - Fakultet zdravstvenih studija. Nastavni plan preddiplomskog stručnog studija fizioterapije. Dostupno na: http://www.fzsri.uniri.hr/files/NASTAVA/Nastavni_planovi_2018_19/NP18-19VFT.pdf (preuzeto: 24. 1. 2019).

227. Sveučilište u Zagrebu - Zdravstveno veleučilište. Studijski program stručnog studija fizioterapije. Dostupno na: https://www.zvu.hr/wp-content/uploads/FT.pdf (preuzeto: 20. 01. 2019.).

228. Sveučilište u Zagrebu - Zdravstveno veleučilište.. Studijski program specijalističkog diplomskog stručnog studija fizioterapije. Dostupno na: https://www.zvu.hr/wp-content/uploads/Spec-FT.pdf (preuzeto: 20. 01. 2019).

229. Tagliente, Franco. Test sull' assertivita. // Studio Tagliente (2008). Dostupno na: http://www.studiotagliente.com/blog/wp-content/uploads/2008/04/test-sullassertivita.pdf (preuzeto: 21. 01. 2018).

230. Teven, J. Jason; McCroskey, C James; Richmond, p. Virginia. Tolerance for Disagreement Scale (TFD) (1998). Dostupno na: http://www.midss.org/content/tolerance-disagreement-scale-tfd (preuzeto: 25. 1. 2018).

231. Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru. Fizioterapija: preddiplomski stručni studij. Dostupno na http://www.vevu.hr/?g=5&i=101&j=245 (preuzeto: 23. 1. 2019).

232. Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru. Preventivna fizioterapija: specijalistički diplomski stručni studij Dostupno na: http://www.vevu.hr/uploads/50PREVENTIVNA%20FIZIOTERAPIJA%20SPECIJALISTI%C4%8CKI%20DIPLOMSKI%20STRU%C4%8CNI%20STUDIJ.pdf (preuzeto: 23. 1. 2019).

233. Watzlawick, Paul. Die Axiome von Paul Watzlawick. Dostupno na: http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html (preuzeto: 30. 12. 2018).

234. Wells, Richard B. Weaver's Model of Communication and its Implications. Dostupno na: http://www.mrc.uidaho.edu/~rwells/techdocs/Weavers%20Model%20of%20Communication%20and%20Its%20Implications.pdf (preuzeto: 10. 02. 2019).

235. World Confederation for Physical Therapy. Description of Physical Therapy. Dostupno na: https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT_Description_of_Physical_Therapy-Sep07-Rev_2.pdf (preuzeto: 2. 01. 2019).

236. Zdravstveno veleučilište u Zagrebu. Zdravstveno veleučilište: jučer, danas, sutra. Dostupno na: https://www.zvu.hr/jucer-danas-sutra/ (preuzeto: 20. 01. 2018).

PRILOZI

PRILOG 1. POPIS ZDRAVSTVENIH USTANOVA U ISTRAŽIVANJU

Anketno istraživanje za ovaj doktorski rad provedeno je tijekom 8 mjeseci u razdoblju od 1. svibnja do 31. prosinca 2018. godine na području cijele Republike Hrvatske, u zdravstvenim ustanovama gdje se obavlja djelatnost fizikalne terapije i to u državnom, županijskom ili gradskom vlasništvu, kao i u privatnim ustanovama, gdje se obavlja privatna praksa fizikalne terapije. Nakon što je etičko povjerenstvo svake zdravstvene ustanove dalo pismenu suglasnost za provođenje istraživanja, a ravnateljstvo odobrilo provedbu istoga, pristupalo se istraživanju u svakoj pojedinoj ustanovi. Istraživanje je provedeno u 74 zdravstvene ustanove na području Hrvatske – u svim županijama, kao i u gradu Zagrebu. U ovom prilogu naveden je popis svih zdravstvenih ustanova u kojima je provedeno istraživanje, kao i broj obuhvaćenih ispitanika – fizioterapeuta i korisnika fizioterapije.

Tablica 85. Popis zdravstvenih ustanova u istraživanju

RED. BROJ USTANOVE	ŽUPANIJA	ZDRAVSTVENA USTANOVA U ISTRAŽIVANJU	BROJ ISPITANIH FIZIOTERAPEUTA	UKUPAN BROJ ZAPOSLENIH FIZIOTERAPEUTA	POSTOTAK OD UKUPNOG BROJA ZAPOSLENIH FIZIOTERAPEUTA	BROJ ISPITANIH PACIJENATA
1	Karlovačka županija	Opća bolnica Karlovac	10	19	52.63	58
2		Privatna praksa fizikalne terapije Danko Butala, Karlovac	2	2	100.00	11
3		Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa	3	5	60.00	17

4	Brodsko-posavska županija	Opća bolnica *Dr. Josip Benčević* Slavonski Brod	14	26	53.85	74
5		Opća bolnica Nova Gradiška	3	5	60.00	17
6	Međimurska županija	Opća bolnica Čakovec	7	11	63.64	40
7	Ličko-senjska županija	Opća bolnica Gospić	5	8	62.50	28
8	Dubrovačko-neretvanska županija	Opća bolnica Dubrovnik	8	15	53.33	40
9		Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju *Kalos* Vela Luka	7	12	58.33	40
10		Privatna praksa fizikalne terapije Josipa Jerković, Metković	2	2	100.00	12
11	Varaždinska županija	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju *Varaždinske toplice*	20	39	51.28	109
12		Dom zdravlja Varaždinske županije - isp. Lepoglava	3	5	60.00	16
13	Koprivničko-križevačka županija	Dom zdravlja Koprivničko-križevačke županije - isp. Križevci	3	3	100.00	17
14		Dom zdravlja Koprivničko-križevačke županije - isp. Đurđevac	1	1	100.00	6
15		Specijalistička ordinacija za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Dražen Sačer, Koprivnica	1	1	100.00	7
16	Sisačko-moslavačka županija	Opća bolnica Sisak	11	20	55.00	60
17	Bjelovarsko bilogorska županija	Opća bolnica Bjelovar	5	9	55.56	26
18		Privatna praksa fizikalne terapije Vesna Kusturin, Bjelovar	2	2	100.00	14

19	Splitsko-dalmatinska županija	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju *Biokovka* Makarska	19	34	55.88	100
20		Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije - isp. Trogir	2	2	100.00	11
21		Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije - isp. Dugi Rat	2	2	100.00	10
22		Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije - isp. Vis	1	1	100.00	6
23		Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije - isp. Hvar	1	1	100.00	6
24		Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije - isp. Jelsa	1	1	100.00	5
25	Virovitičko-podravska županija	Opća bolnica Virovitica	4	6	66.67	22
26		Dom zdravlja Virovitičko-podravske županije - isp. Slatina	4	6	66.67	23
27		Poliklinika fizikalne medicine i rehabilitacije Baturina, Virovitica	5	7	71.43	34
28	Primorsko-goranska županija	Klinički bolnički centar Rijeka	26	50	52.00	187
29		Dom zdravlja Primorsko-goranske županije - isp. Vežica, Rijeka	3	5	60.00	16
30		Dom zdravlja Primorsko-goranske županije - isp. Pehlin, Rijeka	3	5	60.00	16
31		Dom zdravlja Primorsko-goranske županije - isp. Luka, Rijeka	4	6	66.67	21

32		Dom zdravlja Primorsko-goranske županije - isp. Zamet, Rijeka	3	5	60.00	15
33		Dom zdravlja Primorsko-goranske županije - isp. Škurinje, Rijeka	3	5	60.00	15
34		Dom zdravlja Primorsko-goranske županije - isp. Krešimirova, Rijeka	3	5	60.00	15
35		Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju *Talassoterapia* Opatija	16	30	53.33	82
36		Specijalistička ordinacija za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Žarko Šunjić, Krk	3	3	100.00	17
37		Privatna praksa fizikalne terapije Gordana Poščić, Rijeka	3	3	100.00	16
38		*Ortospina* d.o.o Rijeka	3	4	75.00	21
39	Zadarska županija	Specijalna bolnica za ortopediju Biograd na Moru	7	13	53.85	37
40	Istarska županija	Privatna praksa fizikalne terapije Damir Deković, Poreč	3	5	60.00	16
41		Istarski domovi zdravlja - isp. Poreč	3	5	60.00	16
42		Istarski domovi zdravlja - isp. Labin	2	2	100.00	10
43		Istarski domovi zdravlja - isp. Pazin	2	2	100.00	10
44		Istarski domovi zdravlja - isp. Buzet	2	2	100.00	10
45	Zagrebačka županija	Dom zdravlja Zagrebačke županije- isp. Samobor	4	6	66.67	23
46		Dom zdravlja Zagrebačke županije- isp. Zaprešić	3	4	75.00	16
47		Dom zdravlja Zagrebačke županije- isp. Ivanić Grad	3	4	75.00	25

48		Dom zdravlja Zagrebačke županije- isp. Dugo Selo	2	3	66.67	16
49		Poliklinika za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Velika Gorica	9	14	64.29	63
50	Vukovarsko-srijemska županija	Opća bolnica Vinkovci	13	20	65.00	67
51		Opća bolnica Vukovar	15	22	68.18	78
52		Specijalistička ordinacija za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Mijo Ikić, Županja	3	4	75.00	16
53	Osječko - baranjska županija	Opća bolnica Našice	8	12	66.67	43
54		Poliklinika za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju *Otos-vita*, Osijek	8	10	80.00	44
55		Lječilište *Bizovačke Toplice*	11	11	100.00	49
56		Dom zdravlja Osijek - isp. Retfala	5	6	83.33	28
57		Dom zdravlja Osijek - isp. Čepin	3	4	75.00	23
58	Krapinsko-zagorska županija	Opća bolnica Zabok	3	4	75.00	18
59		Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije - isp. Zlatar Bistrica	1	1	100.00	6
60		Specijalistička ordinacija za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Nevenka Bošnjak-Mijatović, Krapina	3	3	100.00	17
61		Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice	47	78	60.26	276
62	Požeško-slavonska županija	Opća bolnica Požega	5	8	62.50	27

63	Šibensko-kninska županija	Opća bolnica Šibenik	19	27	70.37	139
64		Opća bolnica Knin	10	13	76.92	81
65	Grad Zagreb	Dom zdravlja Zagreb – Centar, isp. Siget	6	10	60.00	33
66		Dom zdravlja Zagreb – Centar, isp. Kruge	4	5	80.00	49
67		Dom zdravlja Zagreb – Centar, isp. Ninska	6	10	60.00	32
68		Privatna praksa fizikalne terapije i rehabilitacije Jadranka Brozd	3	5	60.00	15
69		Privatna praksa fizikalne terapije Nataša Kos	2	2	100.00	12
70		Privatna praksa fizikalne terapije i rehabilitacije Željko Čop	4	5	80.00	21
71		*Abargo rehab*. d.o.o.	3	4	75.00	15
72		Poliklinika za reumatske bolesti, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju *Dr. Drago Ćop*	21	33	63.64	112
73		Dom zdravlja Zagreb – Istok	8	10	80.00	50
74		Klinička bolnica *Sveti Duh*	35	52	67.31	179
UKUPNO			502	785	63.95	2902

PRILOG 2. UPITNIK O KOMUNIKACIJSKIM KOMPETENCIJAMA FIZIOTERAPEUTA

Poštovane kolegice i kolege,

pred vama je upitnik na temu *Komunikacijske kompetencije fizioterapeuta*, a koja je ujedno i tema mog istraživanja u sklopu doktorskog rada na Poslijediplomskom doktorskom studiju informacijskih i komunikacijskih znanosti pri Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Nadam se vašem pozitivnom odazivu te molim da **zaokružite samo jedan odgovor** na postavljeno pitanje. Anketa je u potpunosti anonimna i poslužit će unapređenju fizioterapeutske struke i komunikacijskih strategija između fizioterapeuta i pacijenata. Stoga Vam svima unaprijed zahvaljujem što sudjelujete u ovom istraživanju i želim uspjeh u svakodnevnom radu i daljnjem usavršavanju!

Gilbert Hofmann, mag.physioth.

Opći podatci o ispitaniku			
Rod	1. Muško	2. Žensko	
Dob	1. < 34 god.	2. 35-49 god.	3. > 50 god.
Radni staž	1. < 14 god.	2. 15-29 god.	3. > 30 god
Oblik fizioterapijske prakse	1. Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama		
	2. Bolnički stacionarni oblik fizioterapije u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju		
	3. Privatna fizioterapeutska praksa		

Procijenite komunikaciju s kolegama i pacijentima na radnom mjestu (0 = nikada, 1 = rijetko, 2 = ponekad, 3 = obično, 4 = uvijek)						
1.	U komunikaciji obraćam pažnju na neverbalne znakove sugovornika.	0	1	2	3	4
2.	Pokušavam razumjeti ideje pacijenata i kolega koje se razlikuju od mojih.	0	1	2	3	4
3.	Potičem i kolege na poslu i pacijente da razjasne svoje misli.	0	1	2	3	4
4.	Dajem povratnu informaciju u obliku kritike kada je to potrebno.	0	1	2	3	4
5.	Prihvaćam kritiku od strane kolega.	0	1	2	3	4

6.	Otvoreno priznajem svoje pogreške.	0	1	2	3	4
7.	Pitam kolege za kritičko mišljenje.	0	1	2	3	4
8.	Prilagođavam se osobama s kojima sam u komunikacijskoj interakciji.	0	1	2	3	4
9.	Poduzet ću inicijativu u rješavanju nesporazuma čim se pojave.	0	1	2	3	4
10.	Kada sam izazvan/a, o tome mogu mirno raspravljati.	0	1	2	3	4
11.	U razgovoru jasno izražavam neslaganje.	0	1	2	3	4
12.	Kada je to potrebno, ispričam se bez prekomjernog opravdavanja.	0	1	2	3	4

U razgovoru s pacijentima i kolegama ili na poslovnim sastancima na radnom mjestu Upišite desno uz tvrdnju (T) ako smatrate da je točna u Vašem slučaju, ili (N) ako ju smatrate netočnom		
1.	Često sam zamišljen/a.	
2.	Branim svoje ideje s uvjerenjem.	
3.	Izbjegavam sukobe jer ne vode ničemu.	
4.	Mogu impresionirati sugovornika.	
5.	Onaj tko najviše govori ima prednost u raspravi.	
6.	U komunikaciji rado koristim paradokse.	
7.	U komunikaciji se rijetko zbunim.	
8.	Često se ne usuđujem govoriti iako to želim.	
9.	U razgovoru mogu ponoviti ideju iza koje stojim.	
10.	U komunikaciji se znam pretvarati neinformirano da bih izbjegao/la posljedice.	
11.	Znam da ću u komunikaciji pobijediti ako moj sugovornik ostane začuđen.	
12.	Treba znati kako destabilizirati svoje sugovornike.	
13.	Nemam predrasuda prema mojim sugovornicima.	
14.	Preferiram prešutjeti svoje ideje pred nekim sugovornicima.	
15.	Događa mi se da se izgubim u raspravama.	
16.	Moji konačni argumenti ostavljaju druge bez riječi.	
17.	Znam druge navesti na razgovor kako bi izgradio/la osobnu mrežu informacija.	
18.	U komunikaciji sam oprezan/na u odnosu na namjere drugih.	
19.	Radije se suzdržavam nego da se sukobljavam s drugima.	
20.	Znam nametnuti svoje ideje.	
21.	Mogu braniti mišljenja koja ne odobravam.	
22.	U komunikaciji mogu mirno izraziti svoje potpuno neslaganje.	
23.	Često napuštam raspravu jer ne mogu braniti svoje ideje.	
24.	Osjećam se ugodno u raspravama.	
25.	Spremno mogu reći da mi sugovornikova ideja nije razumljiva.	
26.	Ponekad je u komunikaciji korisno potpuno ne vjerovati sugovorniku.	
27.	U dijalogu postoji i pobjednik i gubitnik.	

28.	Osjećam se bolje kada se ne uključujem u raspravu.	
29.	Znam privući pozornost i natjerati druge da me slušaju.	
30.	Bolje je šutjeti nego izreći neku glupost.	
31.	Nitko nije posve neosjetljiv kada mu se u komunikaciji laska.	
32.	Ne bojim se stvarati neugodnosti mojem sugovorniku.	
33.	Znam da je započeti razgovor beskoristan rizik.	
34.	Ne bojim se nikoga u komunikaciji.	
35.	Priznajem pravo na pogrešku u komunikaciji kako za sebe tako i za sugovornika.	
36.	Događa mi se da se ne usuđujem izraziti ideju koja mi se čini zanimljivom.	
37.	Kontradikcija me zabavlja.	
38.	U komunikaciji iskreno branim svoje ideje.	
39.	Nije uvijek prikladno reći sve što se misli.	
40.	Često žalim što se nisam usudio/la reći sve.	
41.	Čak i onda kad sam konzultiran/na, teško mi je jasno izraziti svoje mišljenje.	
42.	Dijeliti pa zapovijedati/upravljati uvijek je učinkovito načelo.	
43.	Rijetko spontano uzimam riječ u komunikaciji.	
44.	Treba znati kako se ljutiti.	
45.	Čak i ako ga ne tražim, ne bojim se sukoba u komunikaciji.	
46.	U raspravama želim izaći kao pobjednik.	
47.	Mogu sakriti svoje ideje kad mislim da ih drugi ne podržavaju.	
48.	Mogu promijeniti mišljenje bez osjećaja manipulacije.	

Procijenite empatičnost komunikacije na radnom mjestu (0 = nikad; 1 = rijetko; 2 = ponekad; 3 = često; 4 = stalno)						
1.	Kada se netko osjeća uzbuđeno, ja se također osjećam uzbuđeno.	1	2	3	4	5
2.	Tuđi problemi ne uznemiravanju me u većoj mjeri.	1	2	3	4	5
3.	Mene uznemirava kada vidim da se prema drugome pristupa neprimjereno.	1	2	3	4	5
4.	Moje se emocije ne mijenjaju iako je netko blizak meni sretan.	1	2	3	4	5
5.	Uživam u tome kada druge ljude činim sretnima.	1	2	3	4	5
6.	Suosjećajan/na sam prema ljudima koji su manje sretni od mene.	1	2	3	4	5
7.	Kada sugovornik počne govoriti o svojim problemima, usmjeravam razgovor prema nečemu drugomu.	1	2	3	4	5
8.	Mogu primijetiti kada su drugi ljudi tužni, čak i kad ništa ne govore.	1	2	3	4	5
9.	Smatram da sam „usklađen/na“ s raspoloženjima drugih ljudi.	1	2	3	4	5
10.	Ne osjećam suosjećanje za ljude koji sami sebi uzrokuju ozbiljne bolesti.	1	2	3	4	5
11.	Postajem razdražljiv/a kada netko plače.	1	2	3	4	5

12.	Nisam zainteresiran/a za to kako se drugi ljudi osjećaju.	1	2	3	4	5
13.	Dobivam snažnu potrebu pomagati drugome ako je uznemiren.	1	2	3	4	5
14.	Ne suosjećam se s osobom prema kojoj se nepravedno postupa.	1	2	3	4	5
15.	Smatram smiješnim kada ljudi plaču od sreće.	1	2	3	4	5
16.	Kada vidim da se nekoga iskorištava, osjećam se zaštitnički prema njemu.	1	2	3	4	5

Navedite Vaš stav o neslaganju u komunikaciji na radnom mjestu (1= uopće se e slažem, 2 = ne slažem se, 3 = nemam mišljenje, 4 = slažem se, 5 = u potpunosti se slažem)						
1.	Zabavnije je sudjelovati u raspravi gdje ima puno neslaganja.	1	2	3	4	5
2.	Uživam u razgovoru s ljudima koji imaju gledišta različita od mojih.	1	2	3	4	5
3.	Ne volim biti sudionik komunikacije u kojoj ljudi imaju različita mišljenja.	1	2	3	4	5
4.	Preferiram biti sa sugovornicima koji imaju uvjerenja ista kao i moja.	1	2	3	4	5
5.	Razmimoilaženja u mišljenjima su općenito korisna.	1	2	3	4	5
6.	Preferiram promijeniti temu razgovora kada dođe do neslaganja.	1	2	3	4	5
7.	Nastojim stvoriti neslaganja u razgovorima jer služe korisnoj svrsi.	1	2	3	4	5
8.	Uživam u raspravama sa sugovornicima o temama u kojima se ne slažemo.	1	2	3	4	5
9.	Više volim raditi sam/a nego u nesložnom timu.	1	2	3	4	5
10.	Volio/la bih raditi s kolegama u skladnom timu.	1	2	3	4	5
11.	Ne volim neslaganje s drugim ljudima.	1	2	3	4	5
12.	Kad bi mogao/la odabrati, radije bih napustio/la razgovor nego nastavio/la neslaganje.	1	2	3	4	5
13.	Izbjegavam razgovarati s ljudima za koje mislim da se neće slagati sa mnom.	1	2	3	4	5
14.	Uživam u neslaganju s drugima.	1	2	3	4	5
15.	Razmimoilaženja u mišljenjima s kolegama potiču me na komunikaciju.	1	2	3	4	5

PRILOG 3. UPITNIK O KOMUNIKACIJI S FIZIOTERAPEUTIMA ZA KORISNIKE FIZIOTERAPIJE

Poštovani/a,

pred Vama je upitnik na temu *Komunikacijske kompetencije fizioterapeuta*, a koja je ujedno i tema mog istraživanja u sklopu doktorskog rada na Poslijediplomskom doktorskom studiju informacijskih i komunikacijskih znanosti pri Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Nadam se vašem pozitivnom odazivu te Vas molim da **zaokružite samo jedan odgovor** na postavljeno pitanje. Anketa je u potpunosti anonimna i poslužit će unapređenju fizioterapeutske struke i komunikacijskih strategija u odnosu fizioterapeuta i pacijenata. Stoga Vam unaprijed zahvaljujem što sudjelujete u ovom istraživanju i želim uspjeh u svakodnevnom životu i radu nakon provedene rehabilitacije!

Gilbert Hofmann, mag.physioth.

Opći podatci o ispitaniku				
Rod	1. Muško		2. Žensko	
Dob	a) 18-27	b) 28-37	c) 38-47	d) 48-57
	e) 58-67	f) 68-77	g) 78-87	h) 88 i više
Razina obrazovanja	a) Osnovna škola		b) Srednja škola	
	c) Viša i visoka naobrazba		d) Magisterij ili doktorat znanosti	
Mjesto provođenja rehabilitacije	1. Ambulantni oblik fizioterapije u domovima zdravlja, općim bolnicama i poliklinikama			
	2. Liječenje u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju			
	3. Liječenje u privatnoj ustanovi fizikalne terapije			
Razina potpore zdravstvenog sustava	1. U cijelosti terapija pokrivena zdravstvenim osiguranjem			
	2. Djelomično pokrivena terapija zdravstvenim osiguranjem			
	3. Terapija na vlastiti trošak			
Navedite medicinski problem zbog kojeg ste došli na fizikalnu terapiju:				

Označite funkcionalno oštećenu tjelesnu strukturu:	1. Glava i vrat	
	2. Ramena	
	3. Ruka – nadlaktica	
	4. Ruka – podlaktica	
	5. Ruka – šaka	
	6. Zdjelica	
	7. Noga – bedro	
	8. Noga – potkoljenica	
	9. Nožni zglob i stopalo	
	10. Kralješnica	
Vrijeme provedeno na fizioterapiji	1. Tjedan dana	2. Dva tjedna
	3. Tri tjedna	4. Više od tri tjedna

Usporedite zdravstveno stanje na početku i na kraju fizikalne terapije, te procijenite uspješnost fizikalne terapije na skali 0-4 (0 = nema poteškoća; 1 = blage poteškoće; 2 = umjerene poteškoće; 3 = veće poteškoće; 4 = velike poteškoće)						
1.	Procjena jačine boli na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
2.	Procjena jačine boli po završetku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
3.	Procjena pokretljivosti zglobova na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
4.	Procjena pokretljivosti zglobova na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
5.	Procjena stabilnosti zglobova na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
6.	Procjena stabilnosti zglobova na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
7.	Procjena mišićne snage na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
8.	Procjena mišićne snage na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
9.	Procjena mišićne izdržljivosti na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
10.	Procjena mišićne izdržljivosti na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
11.	Procjena jednostavnih voljnih pokreta na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
12.	Procjena jednostavnih voljnih pokreta na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
13.	Procjena izvođenja složenih voljnih pokreta na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
14.	Procjena složenih voljnih pokreta na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
15.	Koordinacija voljnih pokreta na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
16.	Koordinacija voljnih pokreta na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4
17.	Pojava nevoljnih pokreta (nevoljne mišićne kontrakcije, tremor, tikovi) na početku fizikalne terapije	0	1	2	3	4
18.	Pojava nevoljnih pokreta (nevoljne mišićne kontrakcije, tremor, tikovi) na kraju fizikalne terapije	0	1	2	3	4

Procijenite kako se osjećate u razgovoru s fizioterapeutom tijekom rehabilitacije (1 = nikada; 2 = rijetko; 3 = ponekad; 4 = uvijek)					
1.	Osjećam se napeto.	1	2	3	4
2.	Osjećam se smireno.	1	2	3	4
3.	Osjećam se mučno.	1	2	3	4
4.	Osjećam se nervozno.	1	2	3	4
5.	Osjećam se opušteno.	1	2	3	4

Ocijenite učinkovitost komunikacije s fizioterapeutom (1 = nezainteresirano; 2 = površno; 3 = zadovoljavajuće; 4 = dobro; 5 = izvrsno)						
1.	Kako biste ocijenili **temeljitost pitanja** kojima Vas je fizioterapeut ispitao o Vašem zdravstvenom stanju i simptomima bolesti?	1	2	3	4	5
2.	Kako biste ocijenili **pozornost** koju Vam fizioterapeut poklanja kada mu se obraćate?	1	2	3	4	5
3.	Kako ocjenjujete **objašnjenja** kojima Vam fizioterapeut objašnjava Vaše zdravstvene probleme ili postupke koje namjerava provoditi?	1	2	3	4	5
4.	Kako ocjenjujete **odgovore** fizioterapeuta na Vaša pitanja?	1	2	3	4	5
5.	Kako biste ocijenili **duljinu razgovora i vrijeme** koje je fizioterapeut posvetio razgovoru s Vama?	1	2	3	4	5
6.	Kako biste ocijenili **strpljivost** fizioterapeuta u razgovoru s Vama?	1	2	3	4	5
7.	Kako biste ocijenili **razinu bliskosti** fizioterapeuta prema Vama?	1	2	3	4	5

Kako na Vas utječe komunikacija tijekom fizioterapije? (1= uopće se ne slažem; 2 = ne slažem se; 3 = nemam mišljenje; 4 = slažem se; 5 = u potpunosti se slažem)						
1.	Ako fizioterapeuta zanimaju pojedinosti o mom zdravstvenom stanju znači da brine o meni.	1	2	3	4	5
2.	Dobro se osjećam kada mi fizioterapeut kaže: *Razumijem Vas* ili *Suosjećam s Vama*.	1	2	3	4	5
3.	Mislim da moje psihološko stanje utječe na moju zdravstvenu situaciju.	1	2	3	4	5
4.	Osjećam se bolje i motiviranije kada me fizioterapeut potiče tijekom vježbanja: *Vi to možete učiniti*.	1	2	3	4	5
5.	Osjećam se hrabrije zbog potpore obitelji i/ili prijatelja tijekom fizioterapije.	1	2	3	4	5
6.	Osjećam veće samopouzdanje ako mi fizioterapeut objasni ciljeve i plan daljnjeg liječenja.	1	2	3	4	5
7.	Zadovoljan/na sam kada fizioterapeut iskazuje poštovanje prema meni i sebi održavajući terapiju u točno zakazano vrijeme.	1	2	3	4	5
8.	Zadovoljan/na sam kada mogu o svom zdravstvenom problemu razgovarati s fizioterapeutom.	1	2	3	4	5
9.	Ne želim razgovarati s fizioterapeutom samo kada sam loše volje.	1	2	3	4	5
10.	Duhovitost i humor fizioterapeuta tijekom terapije poboljšava moje psihološko stanje.	1	2	3	4	5

11.	Ako me fizioterapeut pažljivo sluša, ublažava moju napetost i pritisak.	1	2	3	4	5
12.	Vjerujem u moje molitve i duhovnost, koje mi olakšavaju osjećaj boli.	1	2	3	4	5
13.	Prvi dojam o fizioterapeutu za mene je vrlo važan.	1	2	3	4	5
14.	Živost govora fizioterapeuta (ton glasa, brzina i ritam govora) pozitivno utječu na mene tijekom terapije.	1	2	3	4	5
15.	Osjećam da je razgovor s fizioterapeutom gubitak vremena.	1	2	3	4	5
16.	Zadovoljniji/ja sam ako se tijekom terapije izmjenjuju različiti fizioterapeuti, a ne da uvijek bude jedan te isti.	1	2	3	4	5
17.	Moj prvi dojam o fizioterapeutu je nepromjenljiv, čak i ako on poboljša svoj odnos prema meni tijekom terapije.	1	2	3	4	5

Procijenite ponašanje fizioterapeuta tijekom fizikalne terapije (1 = nezainteresirano; 2 = površno; 3 = zadovoljavajuće; 4 = dobro; 5 = izvrsno)						
1.	Tijekom fizikalne terapije imali ste dovoljno vremena za konzultacije s fizioterapeutom.	1	2	3	4	5
2.	Fizioterapeut Vas je sa zanimanjem slušao dok ste govorili o zdravstvenim problemima.	1	2	3	4	5
3.	Fizioterapeut Vam pomaže da se dobro osjećate kako biste mogli obavljati svoje normalne dnevne aktivnosti.	1	2	3	4	5
4.	Na početku fizikalne terapije fizioterapeut Vam je objasnio svrhu terapijskih testova i postupaka koje će provoditi.	1	2	3	4	5
5.	Fizioterapeut Vam je rekao sve što ste željeli znati o svojim simptomima i/ili bolesti.	1	2	3	4	5
6.	Fizioterapeut Vam je pružio pomoć pri rješavanju emocionalnih problema vezanih uz Vaše zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
7.	Fizioterapeut Vam je pomagao da bolje razumijete savjete koje je dao tijekom terapije.	1	2	3	4	5
8.	Fizioterapeut Vas je upozorio na posljedice ako ne provodite terapijske vježbe koje je zadao i savjetovao.	1	2	3	4	5
9.	Fizioterapeut Vam je objasnio rezultate i pojedinosti u specifičnim terapijskim testovima.	1	2	3	4	5
10.	Fizioterapeut Vas je upozorio na nuspojave koje se mogu dogoditi tijekom fizioterapije.	1	2	3	4	5

Procijenite fizioterapeuta u komunikaciji (1 = nikada; 2 = rijetko; 3 = ponekad; 4 = obično; 5 = uvijek)						
1.	Govorio je prebrzo.	1	2	3	4	5
2.	Koristio je riječi koje su bile nerazumljive.	1	2	3	4	5
3.	Zanemarivao je sve što ste mu rekli.	1	2	3	4	5
4.	U razgovoru je koristio razumljive riječi.	1	2	3	4	5
5.	Na kraju razgovora provjeravao je jeste li razumjeli što Vam je rekao.	1	2	3	4	5
6.	Bio je zbunjen dok je razgovarao s Vama.	1	2	3	4	5

ŽIVOTOPIS

Gilbert Hofmann rođen je 16. ožujka 1973. godine u Rijeci. Osnovnu školu završio je u Malom Lošinju, a srednju školu CUO za kadrove u zdravstvu *Mirko Lenac* u Rijeci, smjer maser-kupeljar 1991. godine. Iste godine upisuje studij za višeg fizikalnog terapeuta na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, gdje diplomira 1995. godine i stječe zvanje višeg fizioterapeuta. Nakon jednogodišnjeg pripravničkog staža za fizioterapeute na Klinici za ortopediju u Lovranu, naredne dvije godine radi u osobnoj privatnoj praksi u Salonu za masažu i njegu tijela *Mirta* u Malom Lošinju. Od 1997. do 2004. godine zaposlen je kao viši fizioterapeut u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju *Biokovka* u Makarskoj, a potom se zapošljava kao viši fizioterapeut u Lječilištu *Veli Lošinju* gdje radi do danas. Nakon formiranja diplomskog studija fizioterapije pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci 2012. godine upisuje se u prvu generaciju studenata, završava 2014. godine i stječe zvanje magistra fizioterapije te odmah upisuje poslijediplomski doktorski studij *Informacijskih i komunikacijskih znanosti* na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Godine 2018. godine odobrena mu je tema disertacije *Komunikacijske kompetencije fizioterapeuta* pod mentorstvom prof.dr.sc. Sanje Seljan i prof.dr.sc. Ljubice Bakić-Tomić.

Tijekom doktorskog studija sudjelovao je na više međunarodnih i domaćih stručnih i znanstvenih konferencija. Tako je 2015. godine sudjelovao na međunarodnom Kongresu fizioterapeuta u Opatiji u organizaciji Hrvatske komore fizioterapeuta i Hrvatskog zbora fizioterapeuta, gdje je s grupom autora objavio radove *Upravljanje karijerom u fizioterapiji*, *Medijatizacija zdravstva i promocija zdravlja*. Također sudjeluje na međunarodnoj konferenciji *5th International Conference The Future of Information Sciences INFuture2015*. u organizaciji Odsjeka za informacijske i komunikacijske znanosti pri Filozofskom fakultetu sveučilišta u Zagrebu, s temom *Lifelong learning among Croatian physiotherapy professionals*. Tijekom 2016. godine sudjeluje na 14. kongresu fizioterapeuta Hrvatske u Vodicama u organizaciji Hrvatske komore fizioterapeuta i Hrvatskog zbora fizioterapeuta, gdje je s grupom autora objavio radove *Biomedicinski znanstveni časopisi u otvorenome pristupu*, te *Arhiviranje medicinskih slika u digitalnome obliku*. Godine 2017. sudjeluje na međunarodnoj konferenciji *6th International Conference The Future of Information Sciences INFuture2017*. u organizaciji Odsjeka za informacijske i komunikacijske znanosti pri Filozofskom fakultetu sveučilišta u Zagrebu, s temom *Digital technology as a tool in self-management of painful low back syndrome*.

POPIS OBJAVLJENIH RADOVA

1. Berković-Šubić, Mirjana; Hofmann, Gilbert; Vuzem, Biserka. "E-križobolja" – stjecanje znanja o bolnom sindromu putem modernih informacijskih tehnologija // Medica Jadertina, 49 (2019), 3-4; str. 187-197.

2. Hofmann, Gilbert; Berković-Šubić Mirjana. Neverbalna komunikacija u kliničkom radu fizioterapeuta // Zbornik radova Fizio kongres Hrvatske, 2018. / Grubišić, Mirjana (ur.). Zagreb: Hrvatska komora fizioterapeuta, 2018. str. 36-42.

3. Berković-Šubić, Mirjana; Hofmann, Gilbert; Vuzem, Biserka. Digital technology as a tool in self-management of painful low back syndrome // INFuture 2017: Integrating ICT in Society / Atanassova, Iana ; Zaghouani, Wajdi ; Kragić, Bruno ; Aas, Kuldar ; Stančić, Hrvoje ; Seljan, Sanja (ur.). Zagreb: Department of Information and Communication Sciences, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Zagreb, 2017. str. 273-280.

4. Hofmann, Gilbert; Berković-Šubić, Mirjana; Radišić, Damir. Biomedicinski znanstveni časopisi u otvorenome pristupu // Physiotherapia Croatica, 14(Suppl) (2017), 1; str. 99-104.

5. Hofmann, Gilbert. Mobilno zdravstvo // Hrvatska. Prevencijom do zdravlja i vitalnosti / Ivanišević, Goran. (ur.). Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, 2016. str. 57-65.

6. Hofmann, Gilbert; Stančić, Hrvoje. Arhiviranje medicinskih slika u digitalnome obliku // Physiotherapia Croatica, 14 (Suppl. 1) (2016), str. 94-98.

7. Hofmann, Gilbert; Bajrić, Ena. Utjecaj masovnih medija na odgoj i obrazovanje djece i mladih // Hrvatska - zdravstveni i lječilišni turizam / Ivanišević, Goran. (ur.). Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, 2015. str. 122-129.

8. Hofmann, Gilbert; Persoglio, Tanja. Lifelong learning among Croatian physiotherapy professionals // 5th International Conference INFuture2015 : e- Institutions - Openness, Accessibility, and Preservation / Anderson, Karen ; Duranti, Luciana ; Jaworski, Rafał ;

Stančić, Hrvoje ; Seljan, Sanja ; Mateljan, Vladimir (ur.). Zagreb: Department of Information and Communication Sciences, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Zagreb, 2015. str. 323-332.

9. Hofmann, Gilbert; Berković-Šubić, Mirjana. Medijatizacija zdravstva i promocije zdravlja // Kongres fizioterapeuta Hrvatske 2015 / Vlašić, Sanja (ur.). Zagreb: Physiotherapia Croatica 2015:13 (Suppl.1), 2015. str. 155-157.

10. Vuzem, Biserka; Berković-Šubić, Mirjana; Kopjar, Željka; Jurić-Abramović, Kata; Hofmann, Gilbert. Uloga fizioterapeuta u rehabilitacijskom timu // Kongres fizioterapeuta Hrvatske 2015 / Vlašić, Sanja (ur.). Zagreb: Physiotherapia Croatica 2015:13 (Suppl.1), 2015. str. 150-153.

11. Hofmann, Gilbert; Klapan, Anita; Persoglio, Tanja. Upravljanje karijerom u fizioterapiji // Physiotherapia Croatica, 13 (2015), str. 158-161.

12. Hofmann, Gilbert. Važnost interkulturalnog odgoja u postizanju kvalitetnog dijaloga u turizmu // Talasoterapija, kineziterapija i aromaterapija u Hrvatskoj / Ivanišević, Goran. (ur.).. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, 2013. str. 116-121.

13. Hofmann, Gilbert. Dokumentacija u respiratornoj fizioterapiji // Dokumentacija u fizioterapiji / Jurinić, Antun (ur.). Zagreb: Hrvatski zbor fizioterapeuta, 2008. str. 55-63.