

# Etički aspekti komunikacije u zdravstvu

## Ethical aspects of communication in medicine

Morana Brkljačić

Poliklinika „Sveti Rok M. D.“, Zagreb

Primljeno: 10. 12. 2012.

Prihvaćeno: 27. 3. 2013.

**Sažetak.** Komunikacija liječnika i bolesnika *nucleus* je medicine orijentirane prema čovjeku, a ne prema bolesti. U današnje moderno vrijeme koje podliježe brojnim izazovima moderne tehnologije, uvelike je prepoznata promjena u kulturi komunikacije. U odnosu između liječnika i bolesnika, unatoč velikim promjenama u tehnološko-znanstvenom smislu, postoji i dalje potreba dobre komunikacije. Komunikacija u medicini klinička je vještina koja se uči, podučava i prakticira. Jedan od najvažnijih ishoda uspješne komunikacije između liječnika i bolesnika stjecanje je poštovanja, a time uzročno-posljedično i povjerenja bolesnika u liječnika i cijeli zdravstveni tim koji skrbi o njemu. Ulaskom obaviještenog pristanka u medicinu, kao oblika kvalitetne komunikacije s bolesnikom, ostvarili su se etički principi autonomije i pravednosti kao doktrine medicinske etike.

**Ključne riječi:** bolesnik, informirani pristanak, komunikacija, liječnik, medicinska etika

**Abstract.** Communication between physician and patient is the nucleus of patient, no by disease-oriented medicine. In contemporary times, with to many challenges of modern technology, greatly recognized are the changes in the culture of communication. The relationship between physician and patients, despite major changes in the technological-scientific terms, still need good communication. Communication in clinical medicine is a skill that is learned, taught and practiced. One of the most important outcomes of effective communication between physician and patient is gaining respect and thus causally patient confidence in the physicians and the entire medical team who care about him. Entering the informed consent in medicine, as a form of good communication with the patient, made the ethical principles of autonomy and justice as the doctrine of medical ethics.

**Key words:** communication, informed consent, medical ethics, patient, physician

Adresa za dopisivanje:

**Dr. sc. Morana Brkljačić, dr. med.**

Poliklinika „Sveti Rok M. D.“ Zagreb

Ulica grada Vukovara 284, 10 000 Zagreb

*e-mail:* morana\_brkljacic@yahoo.co.uk

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

## UVOD

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je kvalitetnu komunikaciju kao jednu od pet vještina neophodnih za zdrav i sretan život. Znanje i umijeće kvalitetne komunikacije preduvjet je kvalitetnog djelovanja za mnoge profesije, poglavito u medicini. U zdravstvu je kvalitetna komunikacija s bolesnikom temelj uspješnog liječenja. Jedino u izravnom kontaktu liječnika i bolesnika moguće je postići zadovoljavajuću razinu suradljivosti bolesnika, zadobiti njegovo povjerenje, provesti ga kroz sustav zdravstva, liječiti i izliječiti. U medicini je uspjeh liječenja neupitno vezan uz komunikaciju unutar zdravstvenog tima<sup>1</sup>.

U današnje moderno vrijeme koje podliježe brojnim izazovima moderne tehnologije, uvelike je prepoznata i promjena u kulturi komunikacije. U odnosu između liječnika i bolesnika, unatoč velikim promjenama u tehnološko-znanstvenom smislu, postoji i dalje potreba dobre komunikacije. Bolesniku, dakle čovjeku koji pati i treba pomoć liječnika, uvijek će biti potreban holistički pristup, ponašanje s punim uvažavanjem njegove osobnosti, kao i suosjećajno slušanje. Ako nema izravne, kvalitetne komunikacije, rezultati liječenja zasigurno će biti lošiji. Kritike liječnika koje izriče bolesnik, a posebice mediji, odnose se najčešće upravo na navedeno. Uplašeni bolesnik očekuje potpunu brigu i pažnju zdravstvenog tima i opravdano očekuje niz informacija o svom zdravstvenom stanju i terapiji. Posebna komunikacija očekuje se kod teško bolesnih, terminalno bolesnih, osobito djece. Razgovor je najbolji način komuniciranja koji imamo. Objektivna stvarnost ne može se zaobići, ali bi odgovarajuća komunikacija mogla znatno olakšati situaciju<sup>2</sup>.

Uzmemo li u obzir činjenicu da je kvalitetna komunikacija neophodna za zdrav i sretan život, i kao takva društveno vrlo važna jer omogućuje povezano djelovanje ljudi, osnovu svih društvenih pojava, za početak valja odrediti sam pojam komunikacije.

Termin komunikacija potječe od latinskog pojma *communicatio* što znači priopćiti. Komunikacija je stoga pojam koji općenito označava sveukupnost različitih oblika veza i dodira između pripadnika društva, a posebno prenošenje poruka s jedne osobe ili skupine na druge. Predstavlja dijeljenja

znanja interakcijom s drugim jedinkama i predmetima. Uključuje vizualne metode, kao što su znakovni jezik, auditorne, kao što su glas i glazba te fizikalne, kao što je dodir. Komunicirati možemo verbalno i neverbalno. Štoviše, ako se pozovemo na američkog komunikologa Richarda Greena, neverbalno komuniciranje značajnije je od verbalnog, pa tako, tvrdi Green, tijelom komuniciramo 55 %, glasom 38 % a riječima tek 7 %<sup>3</sup>. Komunikacija u medicini izrazito je široko područje koje obuhvaća odnos zdravstvenog profesio-

Ako u određenoj situaciji svojom kvalitetnom komunikacijom s bolesnikom u nekoj mjeri uspijemo smanjiti zabrinutost, strah, a ponekad i patnje bolesnika, onda smo postigli bitnu svrhu zdravstvene skrbi.

nalca, bolesnika i njegove obitelji, ali i komunikaciju među članovima medicinskog tima te između zdravstvenih profesionalaca, volontera, organizacija civilnog društva, vladinih i međuvladinih institucija, profitnog sektora i javnosti u cjelini. Odnos između zdravstvenog profesionalca i bolesnika predstavlja specifičan oblik socijalne komunikacije koji se odvija na suptilnim emocionalnim i intelektualnim relacijama i u kojoj je jako važno uvažavanje osobina ličnosti i profesionalca i bolesnika<sup>4</sup>. Komunikacija omogućava ljudima da izraze čitavu paletu fizičkih, emocionalnih i psiholoških potreba. Kada ljudi, osobito oni bolesni, razviju kvalitetnu komunikaciju s liječnikom i zdravstvenim timom, tada indirektno ostvaruju urođenu ljudsku potrebu sudjelovanja u vlastitoj i dobrobiti drugih ljudi kroz procese socijalne interakcije i empatijsko vezivanje.

## KOMUNICIRANJE U ZDRAVSTVU

Komunikacija liječnika i bolesnika *nucleus* je medicine orijentirane prema čovjeku, a ne prema bolesti. Odnos između liječnika i bolesnika predstavljao je i predstavljat će važan oblik međuljudske komunikacije. Njihov se odnos tijekom povijesti mijenjao jer su uloge bolesnika i liječnika bile različite. Prvenstveno su ovisile o epohi i sociokulturalnim zbivanjima, ali i tehnološkom razvoju medicine u pojedinom razdoblju. U bivšim

vremenima vertikalni odnos liječnika i bolesnika uključivao je apsolutni autoritet liječnika o životu i smrti bolesnika, pa je na neki način liječnik bio „Bog u bijelom“, a bolesnik objekt od kojeg se očekivalo slušanje uputa i uzimanje preporučenih lijekova. Dijagnoze i intimni detalji o bolesniku raspravljani su među kolegama na latinskom jeziku. Tradicionalni pogled na odnos liječnik – bolesnik sadržan je u Platonovu opisu liječnika u kojem liječnik pregledava bolesnika i nakon toga pokazuje nalaze i daje preporuke bolesniku i obitelji. Takav odnos pretpostavlja ovisnost bolesnika laika o liječniku stručnjaku, pri čemu bolesnik ima određenu ulogu<sup>5</sup>.

Posljednjih nekoliko desetljeća svjedoci smo vrlo intenzivnih promjena uzrokovanih nizom čimbenika između kojih je jedan od vodećih ubrzan napredak znanosti i tehnologije. Očekuju se brži i povoljniji rezultati liječenja, traže pretrage, odnosno dijagnostička obrada koja nije uvijek indicirana u pojedinim slučajevima. Sve to mijenja odnos na relaciji bolesnik – liječnik i zahtijeva stalnu prilagodbu svih zdravstvenih djelatnika novonastalim situacijama, što uključuje i potrebu sofisticiranijeg načina komuniciranja s bolesnikom i njegovom obitelji. Osim prikupljanja informacija vezanih uz dijagnostički proces, bolesnicima i članovima obitelji potrebno je davati precizne informacije o svim dijagnostičkim i terapijskim postupcima, te rješavati kompleksnije probleme, intervenirati u kriznim situacijama, obavljati ulogu savjetnika u nizu životnih situacija vezanih uz bolest i mogućim ishodima liječenja. Uz to je nužno poštovanje etičkih principa u okviru kompletne medicinske struke<sup>6</sup>.

Kao zdravstveni djelatnici nismo uvijek u mogućnosti birati sugovornike (bolesnike), ali zato možemo izabrati način na koji ćemo prenijeti poruku kako bi ona postigla svoj cilj. Zsigurno je potrebno uložiti trud da oblik i sadržaj poruke prilagodimo primaocu, odnosno bolesniku i/ili članovima njegove obitelji.

#### VRSTE KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA

Vještina komuniciranja jedna je od ključnih kompetencija za osobnu realizaciju i razvitak kvalitetnog odnosa između zdravstvenog osoblja i bolesnika. Komunikacija u medicini klinička je vještina

koja se uči, podučava i prakticira<sup>7</sup>. Jedan od najvažnijih ishoda uspješne komunikacije između liječnika i bolesnika stjecanje je poštovanja, a time uzročno-posljedično i povjerenja bolesnika u liječnika i cijeli zdravstveni tim koji skrbi o njemu. Poput svake vještine označava općenito naučen ili stečen dio ponašanja. Pojam vještine time se razlikuje od pojma sposobnosti, koja se smatra preduvjetom za ostvarivanje vještina. Upravo stoga sposobnost komuniciranja nije stečena sposobnost, već vještina koju bismo kao zdravstveni djelatnici trebali učiti i redovito prakticirati. Vrste komunikacijskih vještina dijele se na:

- **vrste povezane sa sadržajem** – ono o čemu zdravstveni profesionalci komuniciraju – osnovna tema njihovih pitanja i odgovora, informacije koje traže i daju, liječenja o kojima diskutiraju;
- **procesne vještine** – kako to čine – način na koji se komunicira s bolesnikom, kako otkrivati povijest ili dati informacije, verbalne i neverbalne vještine koje se koriste, kako izgraditi odnos s bolesnikom i način organiziranja i strukturiranja komunikacije (zatvorena i otvorena pitanja, postavljanje pitanja).
- **perceptualne vještine** – što razmišljaju i osjećaju – unutarne donošenje odluka i vještine rješavanja problema, stavovi, svjesnost o osjećajima i razmišljanjima o bolesniku, o bolesti i drugim povezanim pitanjima, svijest o vlastitu konceptu i povjerljivosti, pogreškama i interakcijama<sup>8</sup>.

Uz spomenute vrste komunikacijskih vještina u svakodnevnom radu i komuniciranju s bolesnikom izuzetnu važnost predstavlja poštovanje pravila komuniciranja u zdravstvu<sup>9</sup>.

#### BOLESNIKA OSLOVLJAVATI NJEGOVIM IMENOM I REĆI MU SVOJE IME

Svaka riječ koja je upućena bolesniku, osobito onom u jedinici intenzivnog liječenja, izvodi ga iz osjećaja osamljenosti i napuštenosti, a ni jednu riječ bolesnik ne voli tako rado čuti kao svoje ime. Tko je oslovljen vlastitim imenom, taj više nije anonim, nije brojka, neće biti zaboravljen i bit će liječen kao jedinka. Treba naglasiti kako se upravo bespomoćni bolesnici, poglavito terminalno oboljeli, naročito boje zamjene. Ako je bole-

snik oslovljen imenom, onda je to znak da ga poznamo kao osobu, da su liječnicima, medicinskim sestrama i zdravstvenim djelatnicima poznati njegovi posebni problemi i njegova specifična situacija. Kada se pak liječnik predstavlja vlastitim imenom i funkcijom koju ima, pomaže time da se smanji dio anonimnosti i skriveni strah bolesnika.

#### POMOĆI BOLESNIKU U ORIJENTACIJI

Bolničko okruženje, zdravstveno osoblje, medicinska zdravstvena oprema, visoka tehnologija zasigurno nisu nalik na bolesnikov dom i opuštajući okoliš i kao takvi često mogu biti zbunjujući, pa i pomalo zastrašujući.

Zdravstvene jedinice sa svojim čestim izmjenama osoblja, smjenskim radom i brzim promjenama zdravstvenog tima u velikoj mjeri otežavaju orijentaciju bolesnika. Kod dugotrajnog njegovanja na bolničkim odjelima na kojima se bolesnik duže vremena zadržava u svrhu saniranja tegoba vrlo je važno da bolesnik poimenično poznaje barem jednu osobu u zdravstvenom i jednu u njegovateljskom timu, te da bude mirno i razumljivo informiran o mjestu, vremenu i svrsi medicinske skrbi. Također je važno informirati bolesnika o kontaktima s njegovom obitelji, rodbinom i bližnjima. Takav vid komunikacije/informiranja ima dvostruko smirujuće djelovanje, kako na bolesnika tako i na obitelj/skrbnike.

#### VERBALNO KOMUNICIRANJE MORA POČIVATI NA ŠTO JEDNOSTAVNIJEM I RAZUMLJIVIJEM JEZIKU

Jedan od preduvjeta jednostavnog i razumljivog komuniciranja izbjegavanje je medicinskih izreka dijagnoza, sindroma, zdravstvenog stanja, posebice na latinskom jeziku. To je izuzetno važno na odjelima intenzivne njege gdje je mogućnost komuniciranja uvelike ograničena smanjenom sposobnošću bolesnikova razumijevanja. Na to utječe njegovo stanje, težina bolesti i terapijski postupci. U tim okolnostima svaka riječ ima svoju težinu, pa tako nerazumljive i krivo protumačene izjave mogu prouzročiti velike strahove. Za vrijeme vizite treba razgovarati s bolesnikom, a ne o bolesniku, iako se ponekad, naravno, ne mogu izbjeći tzv. *bedside discussions*.

#### OBJASNITI BOLESNIKU KOJU ĆEMO VRSTU NJEGE/ZAHVATA PRIMIJENITI (INFORMIRANA SUGLASNOST – ENGL. INFORMED CONSENT)

I za najmanje postupke, npr. vađenje krvi ili mjerenje tlaka, treba u osnovnim crtama, ako to bolesniku nije poznato, objasniti postupak – tako se otklanjaju ili smanjuju pogrešna tumačenja i nesporazumi te eliminiraju strahovi bolesnika. Najteže se komunikacijske pogreške čine kada bolesnik

#### Nekoliko savjeta kako komunicirati s bolesnikom

- Pokušajte bolesniku objasniti podatke o tipu bolesti od koje boluje.
- Razgovarajte s bolesnikom i potaknite ga da razgovara s drugima, ne treba sve „podnijeti sam/a”.
- Razgovorom potaknite obitelj da pomogne svom bolesnom članu kako bi se osjećao „korisnim”.
- Pitajte bolesnika o tome što mu je uistinu važno u životu, tako će s Vama podijeliti svoje misli i osjećaje.
- Komunikacijom potaknite bolesnika da zadrži svoj uobičajeni životni stil, ali i upozorite na moguće promjene (ukazati na njih kako bi iznenađenja, pa time i strah, bili manji).

bude pregledavan bez riječi, u situacijama kada nije upoznat ni sa svrhom niti s ciljem pregleda/zahvata.

**Positivan govor** – Bolesnik i onda kada sam vidi da je izvan najgore neposredne opasnosti za život, želi to čuti od liječnika i zdravstvenog osoblja. Nije nužno davati detaljne informacije, već uvjerljive: „operacija je dobro prošla”, „RTG snimke nisu otkrile ništa loše” ili „zadovoljni smo Vašim dosadašnjim tijekom oporavka”.

**Davanje nade** – Davanje nade bolesniku, ne lažne, naravno, što bi predstavljalo *vitium artis*, treba iskoristiti kad god se zdravstvenim djelatnicima pruži prilika. Ako se situacija razvija u suprotnom smjeru, važno je ne pokazati bolesniku svoju zabrinutost i ne dopustiti mu da otkrije naše strepnje. Bolesniku je najvažniji osjećaj da je zdravstveni tim koji o njemu brine djelatvoran i stabilan, a tome uvelike koristi ako se iskazuje stanovito zadovoljstvo u radu, čak i s notom hu-

mora, što se neupitno ostvaruje kvalitetnom komunikacijom bolesnika i zdravstvenog osoblja.

**BALINTOVA METODA – KVALITETNA  
KOMUNIKACIJA U CILJU UNAPREĐENJA  
RAZUMIJEVANJA SLOŽENIH ODNOSA  
IZMEĐU LIJEČNIKA I NJIHOVIH BOLESNIKA**

Razumijevanje psihologije bolesnika i liječnika integralni je dio liječenja somatskih bolesti jer omogućava prepoznavanje psihološke podloge onih zahtjeva koje bolesnik postavlja liječniku i omogućava bolje odnose i suradnju u liječenju, a time i u komunikaciji bolesnik – liječnik<sup>10</sup>.

S ciljem unapređenja spoznaje o potrebi cjelovitog pristupa bolesniku i nužnosti unapređenja razumijevanja složenih odnosa između liječnika i bolesnika razvila se Balintova metoda edukacije, koja svakako predstavlja izuzetan doprinos kvalitetnoj komunikaciji između liječnika i bolesnika. Balintova metoda u svijetu poznat je i institucionaliziran vid edukacije liječnika. Njezin razvoj vezan je uz prepoznavanje značaja odnosa liječnik – bolesnik za terapiju i dijagnostiku, a utvrdio i definirao ju je velikan medicine i psihoanalize Michael Balint. Radeći s liječnicima opće medicine u malim, iskustvenim grupama 50-ih godina u Londonu, stvorio je metodu edukacije koja je po njemu nazvana Balintove grupe. Danas je ova metoda edukacije u svijetu sastavni dio studija medicine, specijalizacije iz opće medicine i kontinuirane medicinske edukacije.

**Što su Balintove grupe?**

To su skupine liječnika koji se susreću u redovitim terminima s ciljem unapređenja razumijevanja složenih odnosa između liječnika i njihovih bolesnika. Grupe u pravilu vode educirani profesionalci, psiholog ili dinamski orijentirani psihijatar ili drugi liječnici s iskustvom u takvom obliku grupnoga rada. U Balintovim se grupama liječnikov interes za traženje brzog i pravog odgovora za rješavanje trenutnog zdravstvenog problema bolesnika pomiče prema jačanju sposobnosti liječnika u stvaranju bliskijih odnosa i preuzimanju stvarne brige za bolesnika.

Balintova grupa ili radionica obično počinje tako da jedan od prisutnih liječnika predstavi zanimljiv slučaj iz svoje prakse, koji je u nastavku predmet

diskusije cijele grupe. Na taj način grupa omogućuje svakom pojedinom članu nov uvid u složene interakcije između bolesnika i njihovih liječnika, te svaki pojedini član ima priliku mijenjati percepciju i odnos prema vlastitim reakcijama i osjećajima, kao i osjećajima i reakcijama bolesnika.

Balintova grupa može imati jednog, ponekad i dvoje voditelja (psihologa, psihijatra ili drugog educiranog profesionalca) koji usmjeravaju procese u grupi. Uspješnost rada u grupi ovisi o kapacitetima članova grupe u smislu iskrenosti, međusobnog uvažavanja i tolerancije, te potpore različitosti. Sadržaj grupe je povjerljiv. Balintove grupe mogu trajati mjesecima i godinama, a grupna kohezija i povjerenje rastu i jačaju s vremenom trajanja takve grupe<sup>10</sup>.

Kroz rad u Balintovim grupama liječnici:

- ostvaruju pravo na vlastitu psihološku izobrazbu i usavršavanje;
- ostvaruju pravo na superviziju i vođenje u nerijetko teškim i izazovnim interakcijama sa svojim bolesnicima;
- prepoznaju vlastitu odgovornost u nužnom osposobljavanju za cjelovit pristup bolesniku (holistički pristup);
- jačaju svoje razumijevanje i empatiju prema bolesnicima, ali i svojim kolegama profesionalcima;
- osvješćuju jačinu kojom kontratransferni osjećaji i misli utječu na njihove odnose s bolesnicima;
- jačaju svoj kapacitet i umješnost u rješavanju složenih situacija u radu s bolesnicima;
- istražuju nove mogućnosti razvoja vlastitog psihološkog selfa;
- istražuju ljekovitost bliskog, osviještenog i neopterećenog odnosa s bolesnicima<sup>11</sup>

**OBAVIJEŠTENI PRISTANAK – SPOJ  
MEDICINSKE ETIKE I KVALITETNE  
KOMUNIKACIJE U ZDRAVSTVU**

Pristanak obaviještenog bolesnika jedan je od središnjih koncepata današnje medicinske etike. Prapočeci obaviještenog pristanka, koji se tada svakako nije tako nazivao ali je imao isti smisao, povezan je s engleskim liječnikom s kraja 17. stoljeća Thomasom Percivalom. Percival je zadao prvi ozbiljniji udarac tradicionalnom liječničkom paternalizmu koji je prevladavao u staroj, sred-

njovjekovnoj i ranoj modernoj medicini. Riječ je o ocu sintagme *medicinska etika* koju prvi put upotrebljava u čuvenom „Kodeksu medicinske etike“ (engl. *Code of Medical Ethics*) iz 1803. godine. Percival se među prvima počeo zalagati za pravo bolesnika na istinu i bio je prvi među poznatijim liječnicima koji se zalagao za kvalitetan razgovor i komunikaciju s bolesnikom te protivio laganju bolesnika i davanju lažne nade za bolesnikovo dobro. Njegove ideje našle su plodno tlo u Americi te su 1847. godine ugrađene u prvi etički kodeks Američkog liječničkog udruženja AMA u kojem stoji: *Bolesnik ima pravo dobiti informacije od liječnika i diskutirati o prednostima, riziku i troškovima pojedinih mogućnosti liječenja*<sup>12</sup>.

Obaviješteni pristanak, informirana suglasnost ili informirani pristanak – sve su to sastavnice prijevoda pojma *informed consent*. Povijest obaviještenog pristanka nije starija od 60-ak godina, započinje 1957. godine, no prve ozbiljne teorijske rasprave o obaviještenom pristanku kao određenom etičkom pogledu na stanovite moralne probleme u medicini javile su se polovicom 70-ih godina prošlog stoljeća, točnije 1972. godine. Tada se, naime, počela stvarati doktrina obaviještenog pristanka, što znači da nije riječ o nekom starodavnom pojmu s dugom tradicijom u medicini, već o pojavi unatrag četiri desetljeća.

Ruth Faden, američka znanstvenica i etičarka s instituta Kennedy, među prvima je u svijetu doktorirala s temom obaviještenog pristanka te ga definirala: Obaviješteni je pristanak jednostavno rečeno izjava bolesnika ili ispitanika nekog znanstvenog istraživanja koja liječnika ili medicinskog istraživača opunomoćuje da provede određene mjere, terapiju ili da uključi ispitanika u istraživački protokol. Radi se, dakle, o punomoći djelovanja liječnika prema bolesniku ili prema ispitaniku. S komunikološkog stajališta, za utvrđivanje obaviještenog pristanka najznačajniji su odgovori na sljedeća pitanja: Koliko je informacija dobro data? Koliko je bolesnik razumije? Koliko je pristanak uistinu dobrovoljan? Kako se informacija dobiva od vulnerabilnih skupina (zatvorenici, vojnici, mentalno retardirane osobe) te koliko se uopće kvalitetno komunicira s bolesnicima? Ovo posljednje pitanje otvara jedan opći problem u svjetskom zdravstvu. Danas se u bolnicama tradi-

cionalno prilikom vizita (a i inače) vrlo malo vremena ulaže na komuniciranje liječničkog osoblja i bolesnika. Ta tradicija uvelike škodi obaviještenom pristanku, jer on zahtijeva upravo obrnuto: razgovor s bolesnikom, strpljivo slušanje i objašnjavanje. Podrazumijeva nastojanje da se bolesniku što razumljivije objasni ono što je za njega i njegovu bolest važno, da se adekvatno reagira na bolesnikove emotivne reakcije i da se odgovori na njegova pitanja o dijagnozi, prognozi i tretmanu, da se protumače ciljevi terapije<sup>13</sup>.

Prapočetak obaviještenog pristanka, koji se tada svakako nije tako nazivao, ali je imao isti smisao, povezan je s engleskim liječnikom s kraja 18. stoljeća Thomasom Percivalom. Percival je zadao prvi ozbiljniji udarac tradicionalnom liječničkom paternalizmu koji je prevladavao u staroj, srednjovjekovnoj i ranoj modernoj medicini. Riječ je o ocu sintagme *medicinska etika* koju prvi put upotrebljava u čuvenom „Kodeksu medicinske etike“ (engl. *Code of Medical Ethics*) iz 1803. godine.

Po načinu komuniciranja liječnika s bolesnikom i po vremenu provedenom s bolesnikom etičari su identificirali dva različita modela obaviještenog pristanka. Jedan je *formalan* i sastoji se od liječničkog ili sestričkog kazivanja bolesniku o mogućim rizicima i koristima od pojedinih tretmana te bolesnikovog potpisa na formular, dok drugi predstavlja bit obaviještenog pristanka i naziva se *dijaloški ili procesni model*. Tom dijaloškom modelu implicitna je teza da je liječenje međudnos između zdravstvenog osoblja i bolesnika u kojem prvi sudjeluje sa svojim tehničkim znanjem i terapijskim iskustvom, a drugi sa saznanjem o životnim okolnostima na osnovi kojih je moguć odgovarajući djelotvorni tretman<sup>14</sup>.

Ako je liječnik kvalitetnom komunikacijom i odgovarajuće odgovorio na želje i potrebe bolesnika za razumijevanje dijagnoze, prognoze i terapijskih mogućnosti, bolesnik će na osnovi tih informacija biti u mogućnosti donijeti svjesnu odluku o smjeru postupanja. Iako pojam pristanka pretpostavlja pristanak na određeni postupak, on se također odnosi i na odbijanje nekog postupka ili na izbor između dvaju ponuđenih postupaka. Bolesnici koji su sposobni za odlučivanje imaju pravo odbiti

određeni postupak čak i kad njihovo odbijanje može za posljedicu imati trajnu nesposobnost i smrt, što u medicinskoj etici predstavlja princip autonomije bolesnika<sup>15</sup>.

U konačnici, obaviješteni pristanak ne smije biti tek komad papira, već stalni odnos, partnerstvo, razmjena informacija i izraz povjerenja između liječnika i bolesnika.

#### KOMUNICIRANJE S BOLESNIKOM – KLINIČKA VJEŠTINA KOJA SE UČI

Model koji otkriva kako postati dobar liječnik otkrio nam je Hipokrat gotovo pred 2.500 godina, ostavivši nam sintagmu *prvo riječ a potom lijek* koju bismo danas jednostavno mogli prevesti u – *komunicirajte s bolesnikom!* Iako nam je problem profesionalnog komuniciranja izraziti i očit, a potrebe educiranja za uspješnu komunikaciju neupitan preduvjet kvalitetnog ne samo liječenja već i skrbi za bolesnika, tek smo nedavno shvatili nužnost implementacije kolegija *Kako komunicirati?*, *Komunikacija u medicini* i sličnih, koji su sustavno uvedeni ili se uvode u kurikulu naše medicinske fakulteta. Svjesni ozbiljnog problema, djelatnici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci s ponosom se mogu pohvaliti da je njihova institucija prva u Hrvatskoj u akademskoj godini 1996./1997. uvela izborni kolegij *Kako komunicirati* pod vodstvom profesora emeritusa Ivana Šegote, u čijoj je nastavi sudjelovala i autorica ovog rada. Posebna pozornost sadržaju kolegija data je komunikaciji s gluhim bolesnicima kao vulnerabilnom skupinom bolesnika. U sklopu kolegija studenti su učili komunicirati na znakovnom jeziku.

Tijekom studija medicine studenti, ali i gotovi liječnici i zdravstveni djelatnici, kroz kolegij o komuniciranju u medicini, nastavni praktikum ili pak poslije, kroz kliničko iskustvo, trebali bi ostvariti edukacijske ciljeve za razvoj komunikacijskih vještina te se osposobiti za sljedeća znanja i vještine<sup>16,17</sup>:

- iskazati komunikacijske vještine tijekom procjene bolesnikova stanja, medicinske intervencije, evaluacije i edukacije
- učinkovito se izražavati koristeći različite oblike komuniciranja (verbalno i neverbalno) u različitim kontekstima

- pomoći bolesnicima da dođu do informacija, te im pomoći u tumačenju i provjeri tih informacija
- stvoriti i održavati učinkovite radne odnose unutar interdisciplinarnog tima
- prilagoditi način komunikacije bolesnicima s posebnim potrebama, odnosno bolesnicima s osjetilnim ili psihološkim nedostacima
- pisati jasno, točno i u pisanju osvrnuti se na ono bitno
- unutar svog odnosa s bolesnikom koristiti terapijsku komunikaciju
- komunicirati primjereno, točno i učinkovito s različitim grupama koristeći komunikacijske vještine i pravila komuniciranja u zdravstvu
- prikupljati i koristiti podatke i informacije iz različitih izvora
- bolesnicima dati informacije i savjetovati ih.

Budući da su edukacijski ciljevi za razvoj komunikacijskih vještina jasno postavljeni, moglo bi se pretpostaviti da je to, uz iskustvo i cjeloživotno obrazovanje, dovoljno za kvalitetnu i učinkovitu komunikaciju, no na socijalizaciju za određeno zanimanje i na komunikacijske standarde bitno utječe i radna okolina<sup>16</sup>. Uvjeti na radnom mjestu trebaju pridonositi razvoju kvalitetnih međuljudskih odnosa i pozitivnih stavova o našoj ulozi u zdravstvenoj zaštiti i skrbi za bolesnika.

#### I MEDICINARI ZNANSTVENICI TREBAJU KOMUNICIRATI

Na nastanak novih ideja, njihov razvoj i iskazivanje, stimulirajući učinak neupitno imaju komuniciranje s kolegama, ali i ostalim svijetom, pri čemu za većinu znanstvenika ključnu ulogu imaju upravo verbalni i slikovni aspekti, te filozofsko promišljanje svijeta. Budući da je znanstvena djelatnost javna i društvena aktivnost, ona uključuje intenzivnu komunikaciju među znanstvenicima, ali mora sadržavati i kvalitetne veze sa širom javnošću za medicinare s bolesnicima i njihovim obitelji i skrbiteljima. To uključuje ne samo dijaloge i sastanke te razgovore i diskusije u domicilnoj znanstvenoj instituciji, već i na državnoj te međunarodnoj razini. Stoga se organiziraju kongresi, simpoziji, okrugli stolovi i javne prezentacije, publiciraju časopisi i knjige, javno objavljuju znanstveni rezultati. Kvalitetno komuniciranje i dijalog o znanosti svakako su preduvjet samoj znanosti<sup>18</sup>.

## ZAKLJUČAK

Posljednjih desetljeća svjedoci smo intenzivnih promjena kroz koje prolazi cjelokupna medicinska struka, koje su prvenstveno uzrokovane strelovitim napretkom znanosti i tehnologije. U suvremenoj smo medicini, čini se, više zaokupljeni svime onime čime možemo izliječiti bolesnika nego samim bolesnikom. Zaboravili smo da je najbolji lijek čovjeku sam čovjek; razgovor s njime, posebice ako je bolestan.

Bolest mijenja svakog čovjeka, pojačava osjećaj vlastite slabosti. Suočen s vlastitom slabošću bolesnik traži riječi utjehe i prihvaća pomoć druge osobe. Svaki susret s liječnikom i zdravstvenim osobljem, svaka njihova dobronamjerna gesta i riječ već i sama predstavlja lijek za bolesnika<sup>19</sup>. Za bolje razumijevanje njegovih patnji i strahova u terapijskom postupku, nužno je aktivirati vlastite empatijske snage koje prvenstveno ostvarujemo kvalitetnom komunikacijom s bolesnikom.

U suvremenom svijetu visoke tehnologije internet kao sredstvo komuniciranja zahtijeva od nas liječnika da budemo spremni davati bolesnicima detaljne odgovore na brojna, čak stručna medicinska pitanja. Nerijetko je potrebno bolesnicima i članovima njihovih obitelji davati detaljne podatke vezane uz bolest, kao i o mogućim ishodima liječenja, poštujući pri tome autonomiju bolesnika, kao jedan od četiri etička principa, odnosno poštovati pravo bolesnika na odabir načina liječenja kao i odluku o neliječenju. Nekomunikacija ili loša komunikacija mogu dovesti do niza nesporazuma koji mogu imati brojne neugodne posljedice i za bolesnika i za zdravstvenog djelatnika.

Znanje i umijeće kvalitetne komunikacije preduvjet su dobrog liječenja, kao i povjerenja bolesnika u liječnika i zdravstveni tim koji skrbi o njemu. No, kako je ranije spomenuto, komuniciranje je vještina, a ne sposobnost, stoga je razvoj podučavanja studenata medicine o komunikacijskim vještinama neupitan *conditio sine qua non* kvalitetne liječničke/zdravstvene struke<sup>20</sup>, koja se odlikuje predanošću i brigom za dobrobit bolesnika, visokim etičkim mjerilima te određenom količinom znanja i vještina među koje svakako spada kvalitetna komunikacija, kako s bolesnikom (osobito vulnerabilne skupine), tako i međusobno, s članovima zdravstvenog tima.

## LITERATURA

1. World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide. Available at: <http://www.who.int/ihr/elibrary/WHOOutbreakCommsPlanngGuide.pdf>. Accessed April 2nd 2013.
2. Znidarčić Ž. Etički vidici komunikacije u zdravstvu. Available at: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/2739/Eticki-vidici-komunikacije-u-zdravstvu.html>. Accessed April 4th 2013.
3. Šegota I. Komunikacija na odjelu *In: Šegota I (ed.) Gluhi i znakovno medicinsko nazivlje*. Zagreb: Medicinska naklada, 2010;44-5.
4. Đorđević V, Braš M. Uvodnik. *Medix* 2011;92:7.
5. Braš M, Đorđević V, Milicic D. Komunikacija liječnika i bolesnika. *Medix* 2011;92:38-9.
6. Grubišić-Ilić M. Komunikacija u zdravstvenih djelatnika. Available at: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/6750/Komunikacija-u-zdravstvenih-djelatnika-12.html>. Accessed April 5th 2013.
7. Đorđević V, Braš M. Komunikacija u medicini. Zagreb: Medicinska naklada, 2011;3.
8. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325:697-700.
9. Brkljačić M. Bioetički aspekti komuniciranja u zdravstvu. Knjiga sažetaka 6. Lošinjski dani bioetike. Zagreb: Hrvatsko filozofsko društvo, 2007:41-2.
10. Bilić V. Balintove grupe. *Medix* 2009;83:164-8.
11. Balintove grupe. Available at: <http://www.pitaj-zazdravlje.com/media/Poliklinikaiva-Balintovegrupe.pdf>. Accessed April 5th 2013.
12. Šegota I. Sedam etičkih načela AMA. *Bioetički svesci*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Rijeka: Katedra za društvene znanosti, 1996;5:11.
13. Šegota I. Informed consent. *Bioetički svesci*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Rijeka: Katedra za društvene znanosti, 1999;20:39.
14. Šegota I. Informed consent. *Bioetički svesci*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Rijeka: Katedra za društvene znanosti, 1999;20:40-2.
15. Svjetsko liječničko udruženje. Priručnik medicinske etike. Komunikacija i pristanak. Zagreb: Medicinska naklada, 2010;44.
16. Franković S. Komunikacija medicinske sestre s bolesnikom. Available at: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/2837/Komunikacija-medicinske-sestre-s-bolesnikom.html>. Accessed April 6th 2013.
17. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325:697-700.
18. Simonić A. Inspiracija i kreativnost. *In: Simonić A (ed.) Znanost – najveća avantura i izazov ljudskog roda*. Rijeka: Vitagraf d. o. o., 2001;106.
19. MZSS Ljubaznost Available at: <http://www.kbo.hr/ljubaznost/ljubaznost.pdf>. Accessed April 7th 2013.
20. Svjetsko liječničko udruženje. Priručnik medicinske etike. Što je posebno u odnosu liječnik – društvo? Zagreb: Medicinska naklada, 2010;64.