

Suvremeni pristup edukaciji komunikacijskih vještina

Veljko Đorđević¹, Marijana Braš¹, Nada Čikeš², Lovorka Brajković¹, Davor Miličić²

¹Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Klinika za psihološku medicinu KBC-a Zagreb

²Klinika za bolesti srca i krvnih žila KBC-a Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

SAŽETAK Komunikacija između liječnika i bolesnika mijenjala se promjenom odnosa liječnik – bolesnik. Razvoj neuroznanosti i psihologije doveo je do brojnih spoznaja o tome kako ljudi uče, komuniciraju i razumijevaju jedan drugoga te kako promjena načina razgovaranja s bolesnikom utječe na zadovoljstvo i ishod liječenja te suradljivost bolesnika. Stoga su edukacijski programi o komunikaciji postali obvezan dio na svim razinama medicinske edukacije u zapadnim zemljama. Ukupna ocjena komunikacijskih vještina postala je nezaobilazna komponenta završnih ispita na diplomskim studijima medicine, državnim ispitima i specijalizacijama. Došlo je do velikog razvoja tečajeva komunikacijskih vještina, osnovani su brojni laboratoriji komunikacijskih vještina s korištenjem suvremenih informacijskih tehnologija. Prisutna je i eksplozija istraživačkih projekata. U tom se kontekstu mijenjao i pristup učenju komunikacijskih vještina.

KLJUČNE RIJEČI edukacija; komunikacija u zdravstvu; odnos liječnika i bolesnika

Kvalitetna komunikacija liječnika i svih drugih članova medicinskog tima važna je pretpostavka dobrog liječenja bolesnika, pa se unatrag nekoliko desetljeća u edukaciji svih zdravstvenih profesionalaca značajno mjesto posvećuje komunikacijskim vještinama. Prema suvremenim koncepcijama, smatra se da su znanje, komunikacijske vještine, tjelesni pregled i sposobnost rješavanja problema četiri esencijalne komponente kliničke kompetencije liječnika i predstavljaju bit dobre kliničke prakse. Potpuno je kriva pretpostavka da su dobre komunikacijske vještine neobavezna komponenta i nešto što je samo potencijalna „dodana vrijednost“ jer unatoč znanju, pa i dobrom tjelesnom pregledu bolesnika, često izostaje uspješnost liječenja upravo zbog neadekvatne komunikacije.

Možemo reći da komunikacija pretvara teoriju u praksu, a način komuniciranja jednako je važan kao i ono što se reklo bolesniku. Kao serija vještina koje se mogu učiti i uvježbavati, a ne kao obilježje osobnosti liječnika, komunikacijske se vještine trebaju kontinuirano učiti od početka studija, kao i tijekom cjeloživotnog usavršavanja. Nažalost, ponekad dugogodišnje kliničko iskustvo može biti jako loš učitelj komunikacijskih vještina i zapravo potkrepljivač loših navika. Komunikacija se treba podučavati s istim pristupom kao i druge ključne vještine (npr. tjelesni pregled bolesnika). Učestale promjene u prirodi zdravstvene skrbi i brojni novi izazovi medicinske prakse zahtijevaju da čak i vrloiskusni liječnici u području komunikacije stalno nadopunjuju svoje znanje i vještine.

Važno je naglasiti da su potrebne specifične metode podučavanja o komunikacijskim vještinama, s nagla-

skom na učenje samih vještina, a u cilju postizanja promjena ponašanja kod polaznika edukacije. Predavanja i drugi didaktički oblici nastave neće dovesti do promjene ponašanja. Potrebne su iskustvene metode učenja koje uključuju opservaciju i stalnu evaluaciju. Kognitivno učenje (teorija) i rad na stavovima su svakako komple-

mentarni pristupu temeljenom na vještinama.

KOMUNIKACIJSKA VJEŠTINA – NEZAIBILAZNA KOMPONENTA

Komunikacija između liječnika i bolesnika mijenjala se promjenom odnosa liječnik – bolesnik. Na primjer, još prije nekoliko desetljeća su profesori i učitelji na medicinskim fakultetima u edukaciji studenata primjenjivali stoljećima staru tradicionalnu praksu medicinskog intervjua u kojoj liječnik nije puno pokazivao emocije i često je pokazivao pred studentima samo „sustav pitanja potrebnih za kliničko prikupljanje podataka“, a u cilju razrješavanja diferencijalno dijagnostičkih dvojbi. U tom se kontekstu nije puno vodilo brige o tome kako se osjećaju pacijenti i studenti, a pri uzimanju anamneze uglavnom su korištena zatvorena pitanja. Nažalost, valja biti svjestan da i danas još uvijek neki liječnici i studenti koriste iste tehnike.

Sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća prepoznato je da kvaliteta komunikacije između liječnika i njihovih bolesnika kao i među članovima medicinskog tima utječe na kvalitetu zdravstvene skrbi. Iako je već tada počelo učenje o komunikaciji na nekim medicinskim fakultetima, nije bilo metodološki kvalitetnih

rezultata istraživanja o komunikacijskim vještinama u medicini pa su se edukativni moduli razvijali intuitivno uz nastanak puno razolikih pristupa temeljenih uglavnom na idealizmu i intuiciji.¹ U desetljećima koja su uslijedila nastalo je bogatstvo istraživanja o komunikacijskim vještinama u medicini, a što je stvorilo kvalitetnu osnovu za edukaciju i provjeru poznavanja i primjene komunikacijskih vještina kod studenata i zdravstvenih profesionalaca. To područje postaje jedna od medicinskih vještina koja koristi principe „medicine temeljene na dokazima“ (evidence based medicine). Uz to je razvoj neuroznanosti i psihologije doveo do brojnih spoznaja o tome kako ljudi uče, komuniciraju i razumijevaju jedan drugoga te kako promjena načina razgovaranja s bolesnikom utječe na zadovoljstvo i ishod liječenja te suradljivost bolesnika.

Unatrag zadnjih desetak godina došlo je do velikih promjena u metodologiji istraživanja, kao i u teorijskim i konceptualnim pristupima komunikaciji u zdravstvu, medicinskoj i edukacijskoj praksi te kontekstu u kojem se komunikacija događa. Edukacijski programi o komunikaciji postali su obvezan dio na svim razinama medicinske edukacije u zapadnim zemljama. Ukupna ocjena komunikacijskih vještina studenata i liječnika postala je nezaobilazna komponenta završnih ispita na diplomskim studijima medicine, državnim ispitima i specijalizacijama. Došlo je do velikog razvoja tečajeva za sve nastavnike na medicinskim fakultetima o učenju komunikacijskih vještina kao preduvjetu podučavanja bilo kojeg medicinskog područja. Osnovani su brojni laboratoriji komunikacijskih vještina u svijetu s korištenjem suvremenih informacijskih tehnologija. Prisutna je i prava eksplozija istraživačkih projekata, pa je samo unatrag nekoliko godina objavljeno nekoliko tisuća radova na Medlineu o odnosu liječnik – bolesnik i medicinskoj edukaciji o komunikacijskim vještinama.

MIJENJANJE MODELA UČENJA

U tom se kontekstu mijenjao i pristup učenju komunikacijskih vještina (a kao rezultat brojnih istraživanja, usklađivanja programa medicinske edukacije među pojedinim zemljama te ideja koje su nastajale tijekom provođenja nastave i u cilju unapređenja iste). Ujedinjavaju se, povezuju i usklađuju razni programi, pa je tako osnovana i radna skupina t-EACH pri Europskom udruženju za komunikaciju u zdravstvu, u koju su kao novi nacionalni koordinatori primljeni i troje predstavnika iz Hrvatske.

Kada se govori o modelima edukacije na svim razinama, valja naglasiti da je potrebno educirati i učenike i učitelje (facilitatore). Facilitatori trebaju pomoć o tome što treba podučavati i kako podučavati, pa su potrebni posebni programi edukacije za njih. Oni koji uče (studenti, liječnici) moraju razumjeti kako učiti i što učiti. U tom je procesu tanka linija između učitelja i učenika. Učitelji komunikacijskih vještina kontinuirano tijekom svoga profesionalnog života otkrivaju nove spoznaje o komunikaciji, često uče od svojih studenata, uz stalno nove medicinske izazove i nove komunikacijske tehnolo-

TABLICA 1. Pristupi u razvoju programa edukacije

a) Pristup temeljen na dokazima

Vjerovanje o važnosti komunikacijskih vještina nije dovoljno za promjenu medicinske edukacije ili kliničke prakse. Bez dokaza da edukacija o komunikacijskim vještinama utječe na ishod liječenja ne dolazi do promjene pretrpanih programa nastave na medicinskim fakultetima i u trajnoj izobrazbi liječnika. Zato su nastala brojna istraživanja širom svijeta koja se bave tim područjem koristeći principe medicine temeljene na dokazima, a koja ukazuju i na točan izbor komunikacijskih vještina koje trebaju ući u program edukacije – zna se koje vještine mogu stvarno dovesti do promjene u kliničkoj praksi.

b) Pristup temeljen na vještinama

Program edukacije o komunikacijskim vještinama mora obuhvatiti tri područja: vještine, stavove i pojedine medicinske probleme (pitanja). No, naglasak je uvijek na pristupu temeljenom na vještinama kao zajedničkom finalnom putu cjelokupnog učenja o komunikaciji. Zato su ključne vještine (*core skills*) od fundamentalne važnosti. Kad se ključne vještine svladaju u edukaciji, može se ići u učenje specifičnijih komunikacijskih pitanja i izazova (npr. ljutnja, ovisnost, priopćavanje loše vijesti, itd.). Puno je prijašnjih programa edukacije prebrzo prelazilo na specifična pitanja nakon kratkog opisa ključnih vještina. To treba promijeniti, tj. dobro naučiti ključne vještine. Isto tako, nema potrebe izmišljati nove vještine za svaki novi problem, već će se u pojedinom medicinskom problemu neke od ključnih vještina koristiti s više pozornosti i češće od drugih. Ključne vještine predstavljaju osnovu za efikasnu komunikaciju liječnika i bolesnika u svim situacijama.

logije. Učenici često vremenom postaju učitelji komunikacijskih vještina druge generacije liječnika, formalno ili neformalno (kao uzori svojim studentima). Kao što kaže prof. Jonathan Silverman, danas nijedan liječnik ne može izbjeći tu odgovornost.^{2,3}

Pristupi u razvoju programa edukacije o komunikacijskim vještinama prikazani su u tablici 1.

JEDINSTVEN PRISTUP EDUKACIJI NA SVIM RAZINAMA

Suvremene koncepcije o edukaciji o komunikacijskim vještinama naglašavaju da je uvijek potrebno objedinjavati programe edukacije, tj. koristiti iste principe učenja i podučavati iste ključne vještine na svim razinama. Potreban je kontinuiran koherentan program učenja komunikacijskih vještina, stalno provjeravanje vještina i znanja od prije i ugradnja saznanja iz novih medicinskih situacija.⁴ Na taj način student (ili liječnik) ide polako prema sve složenijim situacijama, ali stalno ponavlja standardne principe koje nadograđuje.

Program je vrlo sličan za obiteljsku medicinu i specijaliste raznih struka, samo s promjenom naglaska, konteksta, pojedinih medicinskih problema itd. To se proširuje i na sve profesionalce u zdravstvu, neovisno o kulturalnim razlikama, zdravstvenim sustavima, očekivanjima bolesnika, medicinskim edukacijama i sl., jer su principi podučavanja ključnim vještinama slični u raznim dijelovima svijeta. Potrebno je opet naglasiti da

kognitivno znanje i čitanje ne može zamijeniti iskustveno učenje u laboratoriju komunikacijskih vještina, jer tek iskustvene metode pomažu učeniku da potpunije razumije što sve uključuje svaka pojedina vještina, rezultate istraživanja o utjecaju pojedine vještine na ishod liječenja i sl. Inteliktualno razumijevanje može samo pojačati upotrebu vještina i podržati razvoj stavova.

Vještine koje podržavaju najveći svjetski eksperti u tom području podržavaju pristup orijentiran prema bolesniku (osobi, a ne bolesti) i pristup usmjeren prema odnosu koji promovira suradno partnerstvo između bolesnika i zdravstvenog profesionalca. Pokazalo se da taj pristup ima bolji ishod i za bolesnike i za liječnike. Princip suradnog partnerstva podrazumijeva ravnopravne odnose između bolesnika i liječnika i promjenu u ravnoteži moći od medicinskog paternalizma prema zajedništvu.^{5,6} Zato se potiče učenje komunikacijskih vještina koje će pojačati sposobnost bolesnika da budu više uključeni u konzultaciju. To znači da je jako važan sam bolesnik, tj. što on može učiniti u intervjuu kako bi utjecao na komunikaciju i vlastitu zdravstvenu skrb.

Pacijent ne može biti samo pasivan primatelj promjena koje preporučuje liječnik jer i on ima vodeću ulogu u konzultaciji. Sve se više istražuju i utjecaj ličnosti bolesnika i programi usmjereni osnaživanju bolesnika i njihovoj edukaciji kako bi oni bili što aktivniji u medicinskom intervjuu.

i perceptivne (kliničko razmišljanje i medicinski aspekti rješavanja problema), a najmanje se uče procesne vještine i način kako su sve tri interaktivno povezane. Zato u novim programima izobrazbe njima treba dati najviše pozornosti u učenju.

Procesne, perceptualne i sadržajne vještine moraju se integrirati u učenje kao esencijalne kliničke vještine. Često nastaju problemi kad se odvojeno uče sadržajne od procesnih vještina i nastaju dva konfliktna modela medicinskog intervjua. Prvi je tradicionalna povijest bolesti (to je sadržaj intervjua, kada se uzima povijest i razlog dolaska, tj. glavnu pritužbu, osobnu anamnezu, obiteljsku anamnezu, osobnu i socijalnu anamnezu, povijest uzimanja lijekova, alergije i dr.). Drugi tip modela je „komunikacijski model“, kao alternativni okvir s listom vještina koje opisuju značenje i smisao medicinskog intervjua, razvoj odnosa, dobivanje informacija opisanih u tradicionalnoj medicinskoj povijesti i raspravu tih nalaza i alternativa liječenja s bolesnikom. To je zapravo proces medicinskog intervjua. Pogrešno je ako učenici to shvate kao dva modela koja su alternativna, a ne komplementarna. Problem je npr. kad studenti koriste prvi model te vode isključivo postupak biomedicinskog dobivanja informacija. Također je važno naglasiti i važnost pacijentove perspektive na bolest, koja uopće ne mora biti ista liječnikovoj, a pogotovo ne kod više bolesnika s istom biomedicinskom dijagnozom.⁸

VRSTE KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA

Postavlja se pitanje što su to zapravo vještine. Je li moguće složeni medicinski intervju podijeliti u njegove individualne komponente? Mogu li se definirati pojedinačne vještine koje zajedno čine medicinsku komunikaciju i koje trebaju biti dio edukacije? Kako te vještine čine cjelinu i mijenjaju li komunikaciju liječnika i bolesnika?

U tablici 2. prikazane su vrste komunikacijskih vještina prema J. Silvermanu.² Sadržajne, procesne i perceptivne vještine povezane su i ne mogu se izolirano promatrati već ih u intervjuu valja zajedno pratiti.⁷ Sadržajne vještine se uče u brojnim predmetima, često

CALGARY CAMBRIDGE GUIDE

Istraživanja ukazuju na važnost bolesnikove perspektive u intervjuu. Zato je potrebno voditi intervju spajanjem sadržaja i procesa. Koje vještine trebaju biti dio osnovne edukacije? Navedeno je najčešće predstavljano u obliku *Calgary Cambridge Guidea* (tablica 3), središnje točke i glavnog obilježja dugogodišnjih međunarodnih napora, što je zapravo sažetak programa edukacije i pruža strukturu za analizu vještina.

Taj vodič naglašava i kako učiti te elemente, te što učiti i podučavati u programima temeljenim na vještinama: struktura (kako organizirati komunikacijske vještine), vještine (koje vještine se promoviraju), validnost (koji su dokazi da ove vještine dovode do promjene u komunikaciji) i širina (opseg komunikacijskog kurikulumu). Vodič pomaže u strukturiranju podučavanja i učenja, nadopunjen je od svoje prve verzije iz 1998. godine, uveden u obvezne edukacijske programe u brojnim zemljama i poboljšana promjenama,⁹ pa uključuje i tjelesni pregled te strukturiranje intervjua i izgradnju odnosa (shema 1-3).

Događaju se velike promjene programa edukacije na medicinskim fakultetima, sve u cilju vođenja efikasnijeg i humanijeg medicinskog intervjua. Prilično se dobro zna koje su najpoželjnije vještine, te razlozi zašto i kako pomoći studentima da ih prihvate i primjenjuju. Naravno, to je dovelo do razvoja konkretnih i strukturiranih programa edukacije o komunikacijskim vještinama na diplomskim i poslijediplomskim studijima u brojnim medicinskim fakultetima te postalo važna

TABLICA 2. Vrste komunikacijskih vještina

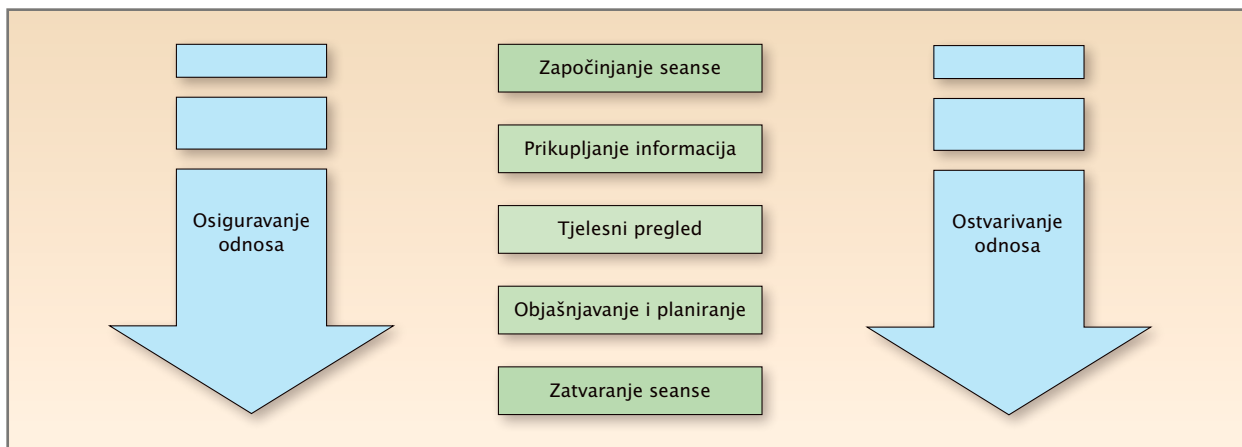
<p>a) vještine povezane sa sadržajem (<i>content skills</i>) – ŠTO zdravstveni profesionalci komuniciraju – osnovna tema njihovih pitanja i odgovora, informacije koje traže i daju, liječenja o kojima diskutiraju</p>
<p>b) procesne vještine – KAKO to čine – način na koji se komunicira s bolesnikom, kako 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...)</p>
<p>c) perceptualne vještine (<i>perceptual skills</i>) – ŠTO RAZMIŠLJAJU I OSJEĆAJU – unutrašnje donošenje odluka i vještine rješavanja problema, stavovi, svjesnost o osjećajima i razmišljanjima o bolesniku, o bolesti i drugim povezanim pitanjima, svijest o vlastitom self-konceptu i povjerljivosti, pogreškama i distrakcijama</p>

TABLICA 3. Calgary–Cambridge vodič kroz medicinski intervju – komunikacijski proces
Početak medicinske konzultacije
<p>Inicijalno uspostavljanje odnosa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pozdravlja bolesnika i oslovljava ga imenom 2. Predstavlja sebe, ulogu i prirodu konzultacije; dobiva pristanak ako je isti potreban 3. Pokazuje poštovanje i interes, brine se o bolesnikovoj udobnosti
<p>Utvrđuje razlog(e) za konzultaciju</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Utvrđuje bolesnikove probleme ili razloge zbog kojih mu se bolesnik obraća, s odgovarajućim uvodnim pitanjem (npr. Koji vas problemi dovode u bolnicu?, O čemu biste voljeli danas razgovarati?, Na koja pitanja očekujete odgovor danas?) 5. Sluša pažljivo bolesnikovu uvodnu rečenicu, bez prekidanja ili usmjeravanja odgovora 6. Potvrđuje listu problema i provjerava daljnje moguće probleme (npr. Znači, glavobolje i umor; nešto drugo?) 7. Dogovara plan daljnje konzultacije, uzimajući u obzir i bolesnikove i liječnikove potrebe
Prikupljanje informacija
<p>Utvrđivanje bolesnikovih problema</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Potiče bolesnika da ispriča priču o problemu(ima), od početka njegovog nastanka do sadašnjeg trenutka, svojim vlastitim riječima (s time da razjasni razlog koji ga je sada doveo u bolnicu) 9. Koristi tehniku otvorenog i zatvorenog načina postavljanja pitanja, s tim da je prikladno koristiti od otvorenog načina prema zatvorenome 10. Sluša pažljivo, dopuštajući bolesniku da završi rečenicu bez prekidanja i ostavljajući prostor za bolesnika da razmisli prije no odgovori ili nastavi rečenicu nakon stanke 11. Olakšava bolesniku odgovore, verbalno i neverbalno, npr. ohrabrenjem, tišinom, ponavljanjem, parafraziranjem, interpretacijom 12. Prikuplja verbalne i neverbalne znakove (govor tijela, govor, izraz lica, afekt); provjerava ih i utvrđuje na odgovarajući način 13. Razjašnjava nejasne bolesnikove izjave ili one koje treba dodatno objasniti (npr. Možete li objasniti što mislite kad kažete da vam je slabo?) 14. Povremeno sažima što je bolesnik rekao da bi potvrdio svoje vlastito razumijevanje; poziva bolesnika da ispravi što nije dobro interpretirano ili omogući dodatne informacije. 15. Koristi sažeta, lako razumljiva pitanja i komentare, te izbjegava ili na odgovarajući način objašnjava izraze u žargonu 16. Utvrđuje točan plan odgovarajućih postupaka s bolesnikom i redosljed njihova izvođenja
<p>Dodatne vještine za razumijevanje bolesnikove perspektive</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Aktivno utvrđuje i na odgovarajući način istražuje bolesnikove ideje (npr. vjerovanja), interese (npr. zabrinutosti) oko svakoga problema, očekivanja (npr. ciljeve, koji oblik pomoći je bolesnik očekivao za svaki svoj problem), učinke: kako svaki problem utječe na bolesnikov život. 18. Potiče bolesnika na izražavanje osjećaja
Osiguravanje strukture
<p>Stvaranje jasne organizacije</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Sažima rečeno na kraju svake specifične cjeline intervjuja s ciljem potvrđivanja razumijevanja, prije no prijeđe na sljedeću cjelinu 20. Odmiče od jedne cjeline prema drugoj kristeći znakovne izraze, prijelazne rečenice; uključuje objašnjenja za sljedeću cjelinu
<p>Pažnja na tijek vođenja intervjuja</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. Strukturira intervju logičkim slijedom 22. Pazi da se intervju odvija prema rasporedu i na vrijeme
Izgradnja odnosa
<p>Korištenje odgovarajućeg neverbalnog ponašanja</p> <ol style="list-style-type: none"> 23. Pokazuje odgovarajuće neverbalno ponašanje kontaktom očima, izrazima lica; posturom, pozicijom, kretanjem, te glasovnim karakteristikama, npr. brzinom, visinom, tonom 24. Ako čita, piše bilješke ili koristi računalo, radi to na način koji neće ometati dijalog ili prisnost 25. Ulijeva povjerenje
<p>Razvoj prisnosti</p> <ol style="list-style-type: none"> 26. Prihvata pravo bolesnika na vlastita stajališta i osjećaje; ne osuđuje 27. Empatičan je u razumijevanju i privlačenju bolesnikovih osjećaja 28. Pruža potporu: izražava zabrinutost, razumijevanje, želju da pomogne; priznaje napore koje bolesnik ulaže u nošenju s bolešću i koje ulaže u odgovarajuću brigu o samome sebi; nudi partnerstvo 29. Pažljivo se odnosi prema neugodnim i uznemirujućim temama i tjelesnoj boli, uključujući i kad je ona povezana s fizičkim pregledom
<p>Uključivanje bolesnika</p> <ol style="list-style-type: none"> 30. Dijeli razmišljanje s bolesnikom kako bi potaknuo njegovo sudjelovanje (npr. Ono o čemu sada razmišljam jest...) 31. Daje obrazloženja na pitanja ili dijelove fizičkog pregleda koji se mogu činiti da ne idu odgovarajućim slijedom 32. Za vrijeme fizičkog pregleda, objašnjava što radi, pita za dopuštenje

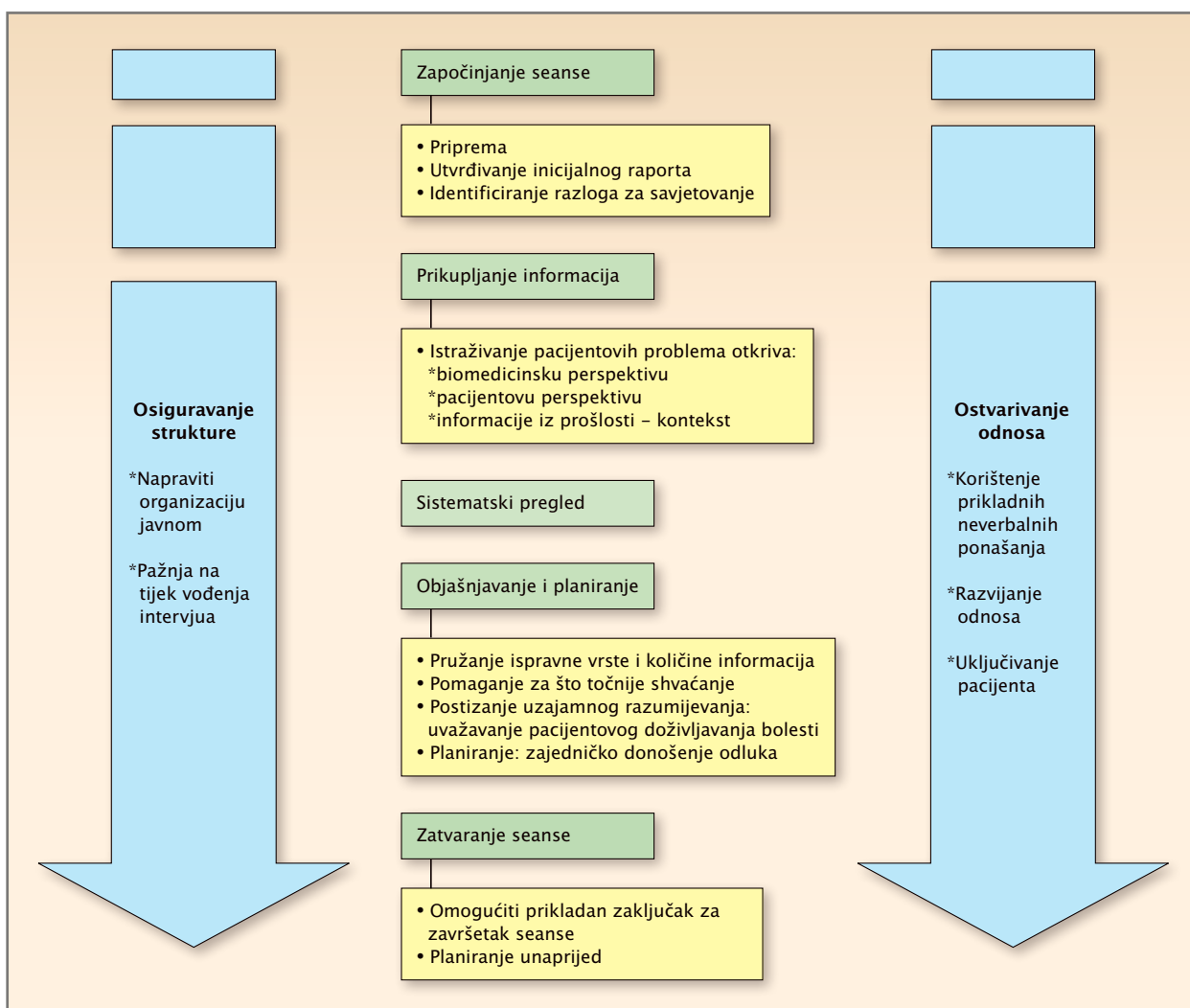
nastavak na sljedećoj stranici

<p>Objašnjavanje i planiranje</p> <p>Pružanje odgovarajuće količine i tipa informacija</p> <p>33. Sažima i provjerava: daje informacije u prihvatljivoj količini, provjerava razumijevanje, koristi bolesnikov odgovor kao vodič u daljnji tijek razgovora</p> <p>34. Procjenjuje bolesnikovo dosadašnje znanje: rano u razgovoru traži informacije koje bi pokazale bolesnikovo prethodno znanje, otkriva u kojem opsegu bolesnik želi dobiti potrebne informacije</p> <p>35. Pita bolesnika bi li mu još neke informacije bile od pomoći: npr. etiologija, prognoza</p> <p>36. Daje obrazloženje u odgovarajuće vrijeme: izbjegava prerano davanje savjeta, informacija ili riječi ohrabrenja</p> <p>Pomaganje u prisjećanju točnih informacija i razumijevanju</p> <p>37. Organizira način objašnjavanja: dijeli ga na diskretne dijelove, razvija logičan slijed</p> <p>38. Koristi izričit način kategoriziranja ili znakovni izraz (npr. Postoje tri važne stvari o kojima bih želio da porazgovaramo. Prva... Hoćemo li sada nastaviti s...)</p> <p>39. Koristi ponavljanje i sažimanje kako bi pojačao snagu informacije</p> <p>40. Koristi sažet, lako razumljiv jezik, izbjegava ili objašnjava žargon</p> <p>41. Koristi vizualne metode prijenosa informacija: dijagrame, modele, napisane informacije ili upute</p> <p>42. Provjerava bolesnikovo razumijevanje danih informacija (ili utvrđenih planova): npr. tako što zamoli bolesnika da ponovi dane informacije svojim riječima; objasni ako je potrebno</p> <p>Postizanje zajedničkog razumijevanja: uključivanje bolesnikove perspektive</p> <p>43. Povezuje objašnjenja dana bolesniku sukladno okviru njegova bolesničkog stanja: prema prethodno iznesenim idejama, zabrinutostima i očekivanjima</p> <p>44. Pruža prilike i ohrabruje bolesnika na sudjelovanje: postavljanjem pitanja, traženjem objašnjenja ili izražavanjem sumnje; odgovara na odgovarajući način</p> <p>45. Vodi računa o verbalnim i neverbalnim znakovima, npr. kada bolesnik ima potrebu pitati nešto ili dopuniti informaciju, kada je bolesnik pretrpan informacijama ili potresen</p> <p>46. Potiče izražavanje bolesnikovih vjerovanja, osjećaja i reakcija: ponavljanjem danih informacija, termina; potvrđuje i naglašava informaciju ako je potrebno</p> <p>Planiranje: zajedničko donošenje odluka</p> <p>47. Dijeli svoje mišljenje na odgovarajući način: ideje, način razmišljanja, dvojbe</p> <p>48. Uključuje bolesnika tako što radije sugerira, nego daje naredbe</p> <p>49. Ohrabruje bolesnika na pridonošenje zajedničkom razmišljanju: idejama, prijedlozima i vlastitim prioritetima</p> <p>50. Dogovara plan prihvatljiv objema stranama</p> <p>51. Nudi izbor: potiče bolesnika na vlastiti odabir i odluke do granice koju zajednički žele</p> <p>52. Provjerava prihvaća li bolesnik plan, je li još zbog nečega zabrinut</p>
<p>Zatvaranje konzultacije</p> <p>Planiranje</p> <p>53. Dogovara s bolesnikom sljedeće korake za bolesnika i liječnika</p> <p>54. Postavlja sigurnosne mreže, objašnjava eventualne neočekivane ishode, što učiniti ako plan ne uspije, kada i kako tražiti pomoć</p> <p>Osiguravanje prikladne točke kraja razgovora</p> <p>55. Ukratko sažima konzultaciju i razjašnjava plan brige o bolesniku</p> <p>56. Zadnja provjera slaže li se bolesnik i osjeća li se ugodno u vezi s planom, ima li kakvih pitanja, ispravaka ili drugih predmeta o kojima bi trebalo razgovarati</p>
<p>Opcije prilikom objašnjavanja i planiranja (uključuju sadržaj)</p> <p>Ako se raspravlja o ispitivanjima i postupcima prema bolesniku</p> <p>57. Pruža jasnu informaciju o postupcima, npr. što bi bolesnik mogao iskusiti, na koji će mu se način priopćiti rezultati nalaza</p> <p>58. Povezuje postupke s planom liječenja: vrijednost, svrha</p> <p>59. Potiče bolesnika na pitanja o mogućim negativnim ishodima i osjećajima tjeskobe, te potiče razgovor o njima</p> <p>Ako se raspravlja o davanju mišljenja i značenju problema</p> <p>60. Nudi svoje mišljenje o onome što se događa i imenuje ga ako je to moguće</p> <p>61. Obrazlaže dano mišljenje</p> <p>62. Objašnjava uzroke, ozbiljnost problema, očekivane ishode, kratkoročne i dugoročne posljedice</p> <p>63. Iznosi bolesnikova vjerovanja, reakcije, zabrinutosti, stajališta</p> <p>Ako se dogovara zajednički akcijski plan</p> <p>64. Raspravlja o mogućnostima, npr. akcija se ne poduzima, istraga, lijek ili operacija, nemedikamentno liječenje (fizioterapija, pomagala za hodanje, tekućina, savjetovanje, preventivne mjere)</p> <p>65. Daje informacije o određenom postupku ili ponuđenom liječenju: ime, koraci koje uključuje, na koji način funkcionira, koristi i prednosti, moguće nuspojave</p> <p>66. Dobiva uvid u bolesnikovo viđenje o potrebi za akcijom, koristima, preprekama, motivaciji</p> <p>67. Prihvaća bolesnikove stavove, podržava alternativna stajališta prema potrebi</p> <p>68. Potiče bolesnika da reagira i izrazi zabrinutost vezanu za planove i postupke liječenja uključujući prihvatljivost</p> <p>69. Uzima u obzir bolesnikov način života, vjerovanja, kulturološku pozadinu i mogućnosti</p> <p>70. Potiče bolesnika da se uključi u provedbu planova, preuzme odgovornost i pouzda u sebe</p> <p>71. Pita o bolesnikovim sustavima potpore, raspravlja o drugim dostupnim oblicima potpore</p>

HEMA 1. Osnovni okvir Calgary–Cambridge vodiča kroz medicinski intervju – komunikacijski proces



HEMA 2. Prošireni okvir Calgary–Cambridge vodiča kroz medicinski intervju – komunikacijski proces



komponentna trajnog usavršavanja liječnika i drugih zdravstvenih profesionalaca.

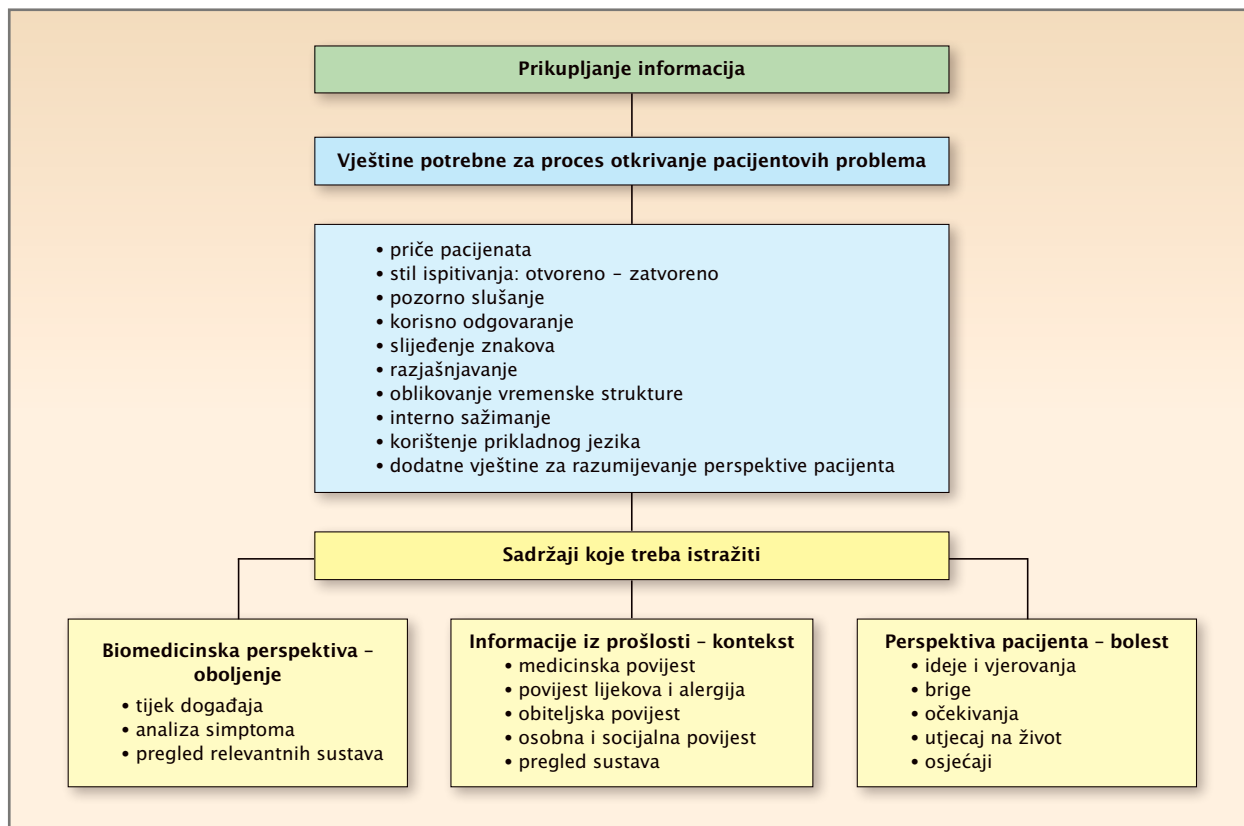
AKADEMSKI OTPOR

Potrebno je naglasiti da bilo koja edukativna metoda koja naglašava komunikaciju usmjerenu prema pacijentu kao osobi nailazi na otpore i profesora i studenata

(Platt, IX). Taj akademski otpor nastaje zbog razvoja bazičnih znanosti i medicine temeljene na činjenicama, a čemu se posvećuje više pozornosti nego humanističkom odnosu prema čovjeku.

Studentski otpor je puno suptilniji. Dok studenti često načelno odobravaju usmjerenost na bolesnika kao osobu, tradicionalni medicinski kurikulumi, golemo gradivo i količina podataka koje uče dovode ih do pitanja

SHEMA 3. Primjer međudnosa između sadržaja i procesa



zašto trebaju još i daljnje instrukcije o komunikaciji kad će ionako komunicirati cijeli život. Zato dobar edukativni materijal o komunikaciji mora učiti, ali i uvjeriti one koji uče, mora biti koristan, primjenjiv, sveobuhvatan i uz prihvaćanje najsuvremenijih rezultata istraživanja.

Ukoliko se želi podučavati studente i liječnike, valja znati kako ljudi uče, što potiče učenje i kako prevladati otpore u svladavanju i učenju novih vještina. U jednom od najpoznatijih modela medicinskog intervjua^{2,3} autori naglašavaju da kliničar ima pet više-manje sekvencijalnih zadataka u medicinskom intervjuu (započinjanje intervjua, prikupljanje podataka, tjelesni pregled, objašnjenje i planiranje s pacijentom i zatvaranje susreta) i dva simultana zadatka (pružanje strukture i stvaranje odnosa s bolesnikom).

Postoje razni modeli edukacije: predavanja, demonstracije, individualna praksa, videozapisi bolesnika, individualni i grupni rad sa simuliranim bolesnicima (laicima ili glumcima). No, uvijek se preporučuje opservacija i evaluacija kao najefikasniji načini za učenje komunikacijskih vještina. Potrebno je poznavati razne varijante evaluacije i razliku između procjene stavova studenata i njihovih vještina. Jedna od većih dvojbi o kojoj se uvijek raspravlja je kako dopustiti pojedincu koji uči razvoj njegovog osobnog stila uz istovremeni zadatak facilitatora da sve studente uči istim profesionalnim standardima. Najveći eksperti u svakom slučaju naglašavaju da treba učiti, pokazivati i inzistirati kontinuirano na praksi pojedinih vještina, ali istovremeno poticati studente da definiraju vlastite potrebe i dopustiti im da se kreativno razvijaju. To je jedan od preduvjeta dobrog učitelja.



Dr. sc. David Kissane i doc. dr. sc. Veljko Đorđević u ComSkills laboratoriju onkološke bolnice Memorial Sloan-Kettering (MSKCC) u New Yorku. U toj bolnici gotovo stotinu stručnjaka radi na području prepoznavanja i liječenja psiholoških problema u nastanku i tijeku zloćudnih bolesti, što ukazuje na važnost holističkog, sveobuhvatnog pristupa onkološkom bolesniku, s naglaskom na važnost kvalitetne komunikacije između bolesnika, članova obitelji i zdravstvenih profesionalaca. Riječ je o jednom od najpoznatijih svjetskih laboratorija komunikacijskih vještina, u kojem polaznici, uz pomoć tridesetak uvježbanih glumaca i uz posebno snimanje i interpretaciju video zapisa „igraju uloge“ kompleksnih kliničkih situacija iz onkologije i palijativne medicine. Poseban je naglasak stavljen na pravilno priopćavanje loših vijesti, komunikaciju o prognozi i rizicima, komunikaciju povezanu sa zajedničkim donošenjem odluka, rasprave o smrti, umiranju i odlukama na kraju života i sl. S prof. dr. Davidom Kissaneom, direktorom ComSkills laboratorija, dogovorena je suradnja o pomoći i superviziji osnivanja laboratorija komunikacijskih vještina pri CEPAMET-u na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu

ZAKLJUČAK

Učenje komunikacijskih vještina nije nešto što je neobavezno i „dodatak ostaloj edukaciji“ jer njihovo pravilno korištenje pomaže pri učinkovitosti u svakodnevnoj praksi. Komunikacija premoštava prepreke između

medicine temeljene na dokazima i rada s individualnim bolesnikom. Zato je potrebno razviti obvezne i kontinuirane edukacijske programe o komunikacijskim vještinama na svim razinama edukacije zdravstvenih profesionalaca u našoj zemlji.

Current approach to teaching communication skills

SUMMARY *Changes in the doctor–patient communication closely followed the changes in the doctor–patient relationship. The development of neuroscience and psychology has led to new insights into how people learn, communicate and understand each other and how changes in the way doctors talk to patients influence patient satisfaction, compliance and treatment outcome. Therefore, educational programmes in communication have become an important and mandatory part of medical education in western countries. Today, the assessment of overall communication skills of medical students and doctors is an integral part of undergraduate, medical licensing and specialist examinations. Increasing number of courses in communication skills are being organized for teachers at medical schools, and numerous communication skill laboratories using modern information technology are being set up worldwide. There has been an explosion of research projects in this field. Within this context, the approach to teaching communication skills has changed as a result of numerous research studies, harmonisation of medical education programmes between different countries and new ideas arising during the teaching process.*

KEY WORDS *health communication; education, communication; physician–patient relations*

LITERATURA

1. Van Dalen J, Zuidweg J, Collet J. The curriculum of communication skills teaching at Maastricht Medical School. *Med Educ* 1989;23(1):56–61.
2. Silverman J, Kurtz SM, Draper J. *Skills for Communication with Patients*. Radcliffe Medical Press, 2005.
3. Kurtz SM, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press, 2005.
4. Laidlaw TS, MacLeod H, Kaufman DM, Langille DB, Sargeant J. Implementing a communication skills programme in medical school: needs assessment and programme change. *Med Educ* 2002;36(2):115–24.
5. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ* 2002;324(7338):648–51.
6. Roter D. Patient-centered communication. *BMJ* 2004;328(7453):E303–4.
7. Riccardi VM, Kurtz SM. Communication and Counseling in Health Care. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1983.
8. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press, USA, 1989.
9. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary–Cambridge guides. *Acad Med* 2003;78(8):802–9.

ADRESA ZA DOPISIVANJE

Doc. dr. sc. Veljko Đorđević, dr. med.

Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu Šalata 4, 10000 Zagreb

E-mail: veljko.djordjevic1@zg.t-com.hr

Telefon: +385 1 2388 400