

Андреа Душкуновић ▲ Невена Станковић

# ЗДРАВСТВЕНА ПСИХОЛОГИЈА

Додатно наставно средство  
за други и трећи разред медицинске школе



# 2. и 3.

Додатно  
наставно средство



Klett

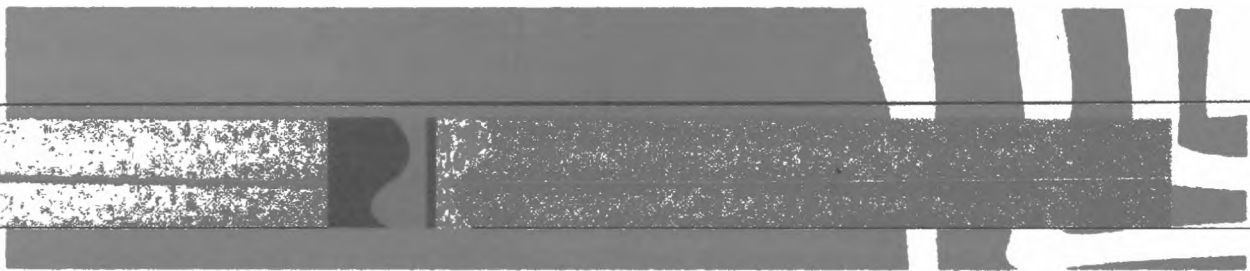


Андреа Душкуновић  
Невена Станковић

# Здравствена психологија

за други и трећи разред медицинске школе

Додатно наставно средство



# Здравствена психологија

за други и трећи разред медицинске школе

Додатно наставно средство

Прво издање

Аутори: Андреа Душкуновић

Невена Станковић

Фотографије и илустрације: Getty Images, shutterstock

Рецензенти: Биљана Николић, дипломирани психолог

Јелена Костадиновић, дипломирани психолог

Јелена Лукић, дипломирани психолог

Графичко обликовање: „ABRAKA DABRA“, Нови Сад

Обликовање корица: Издавачка кућа „Klett“

Лектура: Илинка Шуваковић



Издавач: Издавачка кућа „Klett“ д.о.о.

Маршала Бирјузова 3-5, 11000 Београд

Тел.: 011/3348-384, факс: 011/3348-385

office@klett.rs, www.klett.rs

За издавача: Гордана Кнежевић Орлић

Главни уредник: Александар Рајковић

Руководилац пројекта: Тијана Поповић

Штампа: Цицero, Београд

Тираж: 3.000 примерака

Министар просвете и науке Републике Србије одобрио је издавање и употребу овог додатног наставног средства у другом и трећем разреду медицинских школа решењем број 1667-3/2018 од 09. 10. 2018. године.

Забрањено је репродуковање, умножавање, дистрибуција, објављивање, прерада и друга употреба овог ауторског дела или његових делова у било ком обиму и поступку, укључујући фотокопирање, штампање, чување у електронском облику, односно чињење дела доступним јавности жичним или безжичним путем на начин који омогућује појединцу индивидуални приступ делу са места и у време које он одабере, без писмене сагласности издавача. Свако неовлашћено коришћење овог ауторског дела представља кршење Закона о ауторском и сродним правима.

© Klett, 2019.

ISBN 978-86-533-0244-3

# Уводна реч

*„Ко не зна, а не зна да не зна – ојасан је  
– избејавајће ња!*

*Ко не зна, а зна да не зна – деће је  
– научиће ња!*

*Ко зна, а не зна да зна – сјава  
– пробудиће ња!*

*Ко зна и зна да зна – мудар је  
– следиће ња!”*

*Конфуције, филозоф*

Драги ученици,

Основни мотив за стварање овог наставног средства јесте да вам пружимо помоћ како бисте на једноставан и интересантан начин савладали градиво које је предвиђено планом и програмом из предмета Здравствена психологија. Сада сви ми, професори и ученици, имамо могућност да на једном месту, заправо на овим страницама, читамо све оно о чему ћемо говорити на часу. Приметићете да постоји неколико одељака – *Пићам ње, њићам, За радознале, Занимљивосћ, Буди мало њсихолоџ, Научимо нове њојмове* – а сваки од њих је осмишљен тако да развијате своју креативност, логички закључујете, сагледате проблеме из различитих углова и наравно, научите што више. Поред теоријског знања, имате прилику да стекнете и неке практичне вештине, односно да стечена знања примењујете у раду на конкретним примерима који могу осликавати реалне ситуације.

Док смо радиле на стварању овог материјала, руководиле смо се принципом да треба да вас научимо, пробудимо и да се међусобно следимо. Ученицима желимо успех у раду.

*Ауторке*

# Садржај

|                                                                                                                                              |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Уводна реч. ....                                                                                                                             | 3         |
| <b>1. ЗДРАВСТВЕНА ПСИХОЛОГИЈА – ПРЕДМЕТ, РАЗВОЈ И ЗНАЧАЈ. ....</b>                                                                           | <b>7</b>  |
| 1.1. Однос телесног и психичког. ....                                                                                                        | 10        |
| 1.1.1. Стари век. ....                                                                                                                       | 10        |
| 1.1.2. Средњи век. ....                                                                                                                      | 11        |
| 1.1.3. Нови век. ....                                                                                                                        | 11        |
| <b>2. ПСИХОПАТОЛОГИЈА. ....</b>                                                                                                              | <b>14</b> |
| <b>3. ПСИХИЧКЕ ТЕШКОЋЕ И ПСИХИЧКИ ПОРЕМЕЋАЈИ. ....</b>                                                                                       | <b>16</b> |
| 3.1. Значења нормалности и ненормалности. ....                                                                                               | 16        |
| 3.2. Категорије психичких поремећаја. ....                                                                                                   | 17        |
| 3.2.1. Неурозе. ....                                                                                                                         | 17        |
| 3.2.2. Психозе. ....                                                                                                                         | 18        |
| 3.2.3. Карактерни поремећаји – психопатије. ....                                                                                             | 20        |
| 3.3. Лечење психичких поремећаја. ....                                                                                                       | 20        |
| <b>4. ПСИХИЧКЕ ТЕГОВЕ ТРУДНИЦА И ПОРОДИЉА. ....</b>                                                                                          | <b>22</b> |
| 4.1. Психичке тешкоће и поремећаји након порођаја. ....                                                                                      | 24        |
| <b>5. ПСИХИЧКИ ПРОБЛЕМИ ДЕЦЕ У БОЛНИЦИ. ....</b>                                                                                             | <b>28</b> |
| 5.1. Како ублажити негативне реакције код деце која бораве у болници. ....                                                                   | 30        |
| <b>6. ПСИХИЧКИ ПРОБЛЕМИ ОДРАСЛИХ У БОЛНИЦИ. ....</b>                                                                                         | <b>34</b> |
| 6.1. Начини ублажавања тешкоћа код болесника. ....                                                                                           | 35        |
| <b>7. ПСИХИЧКЕ ТЕШКОЋЕ ОБОЛЕЛИХ ОД НЕИЗЛЕЧИВИХ<br/>    БОЛЕСТИ И ПОМОЋ ПАЦИЈЕНТИМА И ПОРОДИЦАМА У<br/>    ТЕРМИНАЛНОЈ ФАЗИ БОЛЕСТИ. ....</b> | <b>37</b> |
| 7.1. Фазе суочавања са смрћу у току терминалних стања. ....                                                                                  | 38        |
| <b>8. СТАВОВИ О РАЗЛИЧИТИМ ИСХОДИМА БОЛЕСТИ. ....</b>                                                                                        | <b>43</b> |
| 8.1. Еутаназија. ....                                                                                                                        | 43        |
| 8.2. Анестезија. ....                                                                                                                        | 44        |
| 8.3. Палијативна нега. ....                                                                                                                  | 44        |

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>9. БОЛ</b>                                                             | <b>46</b> |
| 9.1. Врсте и функције бола                                                | 46        |
| 9.2. Праг бола и толеранција на бол                                       | 49        |
| 9.3. Мерење бола                                                          | 50        |
| 9.4. Психолошки фактори који делују на доживљај бола                      | 54        |
| 9.5. Психолошки начини сузбијања бола                                     | 57        |
| <b>10. КОМУНИКАЦИЈА КАО СОЦИЈАЛНА ИНТЕРАКЦИЈА</b>                         | <b>61</b> |
| 10.1. Елементи процеса комуникације                                       | 61        |
| <b>11. ВРСТЕ КОМУНИКАЦИЈЕ</b>                                             | <b>64</b> |
| 11.1. Вербална комуникација                                               | 64        |
| 11.2. Невербална комуникација                                             | 66        |
| 11.3. Врсте невербалне комуникације                                       | 66        |
| <b>12. ИЗВОРИ НЕСПОРАЗУМА У КОМУНИКАЦИЈИ</b>                              | <b>70</b> |
| <b>13. ПРИНЦИПИ КОНСТРУКТИВНЕ КОМУНИКАЦИЈЕ</b>                            | <b>72</b> |
| 13.1. Конструктиван и деструктиван стил комуникације                      | 72        |
| <b>14. ДЕЦЕНТРАЦИЈА И ЕМПАТИЈА У КОМУНИКАЦИЈИ</b>                         | <b>76</b> |
| <b>15. АКТИВНО СЛУШАЊЕ</b>                                                | <b>79</b> |
| 15.1. Технике активног слушања                                            | 81        |
| 15.2. Препоруке за активно слушање                                        | 82        |
| <b>16. СТИЛОВИ ПОНАШАЊА У ИНТЕРПЕРСОНАЛНОЈ КОМУНИКАЦИЈИ</b>               | <b>85</b> |
| 16.1. Типови асертације                                                   | 86        |
| 16.2. ЈА поруке                                                           | 88        |
| <b>17. КООПЕРАТИВНИ НАСПРАМ ХИЈЕРАРХИЈСКОГ МОДЕЛА МОЋИ У КОМУНИКАЦИЈИ</b> | <b>92</b> |
| <b>18. КОМУНИКАЦИЈА СА БОЛЕСНОМ ОСОБОМ</b>                                | <b>94</b> |
| 18.1. Информативна и терапијска комуникација                              | 94        |
| 18.2. Саопштавање лоших вести пацијенту                                   | 96        |

|                                                                                                          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>19. ОСОБИНЕ ЗДРАВСТВЕНОГ РАДНИКА И ЊИХОВ УТИЦАЈ НА КОМУНИКАЦИЈУ ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИК-ПАЦИЈЕНТ .....</b> | <b>98</b>  |
| <b>20. КОНФЛИКТИ У КОМУНИКАЦИЈИ .....</b>                                                                | <b>102</b> |
| 20.1. Врсте конфликта .....                                                                              | 102        |
| 20.2. Узроци конфликта .....                                                                             | 103        |
| 20.3. Стили понашања у конфликту .....                                                                   | 105        |
| 20.4. Препоруке за решавање конфликта .....                                                              | 106        |
| <b>21. ТИПОВИ ПАЦИЈЕНАТА СА КОЈИМА СЕ ОДВИЈА ОТЕЖАНА КОМУНИКАЦИЈА .....</b>                              | <b>108</b> |
| 21.1. Начини комуникације са пацијентима са којима се одвија отежана комуникација .....                  | 111        |
| <b>22. ПРИДРЖАВАЊЕ И ОДСТУПАЊЕ ОД САВЕТА ЛЕКАРА .....</b>                                                | <b>113</b> |
| 22.1. Здравствено понашање и унапређење здравља .....                                                    | 114        |
| <b>23. САРАДЊА И ТИМСКИ РАД У ОДНОСУ ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИК - ПАЦИЈЕНТ .....</b>                             | <b>117</b> |
| <b>24. САГОРЕВАЊЕ НА ПОСЛУ .....</b>                                                                     | <b>120</b> |
| 24.1. Симптоми синдрома сагоревања .....                                                                 | 120        |
| 24.2. Фазе синдрома сагоревања .....                                                                     | 121        |
| 24.3. Узроци синдрома сагоревања на послу .....                                                          | 122        |
| 24.4. Превладавање сагоревања на послу .....                                                             | 122        |

# 1. Здравствена психологија – Предмет, развој и значај

## *Историјски развојак здравствене психологије*

Ране зачетке развоја здравствене психологије налазимо у САД-у још почетком 20. века. Првобитни циљ био је да садржаји из психологије постану део наставног плана и програма медицинских факултета, како би лекари могли да примењују целовити (холистички) приступ лечењу болесника.

Један од значајних заступника таквог приступа у образовању лекара био је познати психолог, оснивач бихевиоризма, Џон Вотсон (John Watson, 1912). Први приручник под називом *Здравствена психологија* објављен је 1979. године, а објавили су га Џорџ Стоун и сарадници у САД-у (George Stone, и сар. 1979). У њему се широко описују подручја нове гране психологије и њена могућа улога у очувању здравља, превенцији и лечењу болести (према Havelka, 2011).

До 60-их година постојала је слаба сарадња између различитих области медицине и психологије, првенствено унутар неуролошких и психофизиолошких истраживања, а након 1970. психолози су се могли запослити не само на одељењима психијатрије него и изван психијатријске делатности. Проширење улога психолога у здравству у САД-у било је подстакнуто тиме што су лекари почели да увиђају да су многи проблеми њихових болесника повезани са животним стилем, понашањем и навикама. Психолози су показали да су овладали широким распоном знања о целовитом функционисању и понашању појединца у односу према здрављу и болести, знањима која се тада нису могла наћи код медицински образованих стручњака (Havelka, 2011).

Биопсихосоцијални приступ здрављу, који подразумева да су здравље и болест последица биолошких, психолошких и социјалних фактора, био је основни теоријски темељ за развој подручја психологије под називом – *здравствена психологија*. Према овом приступу здравље се не посматра као нешто што је унапред дато, већ као нешто до чега се долази задовољавањем биолошких, психолошких и социјалних потреба (Taylor, 1995 према Бергер, 1997). Психолошку компоненту у оквиру биопсихосоцијалног модела чине: понашање (усвајање и одржавање), емоције, когниције (ставови, мисли, веровања), личност – карактеристичан начин мишљења и осећања.

Пре него што се здравствена психологија издвојила као посебна грана психологије, најужа повезаност психологије са медицином била је у оквиру клиничке психологије. Међутим, како су људи све више почели да пате од незаразних телесних болести, чији је фактор ризика најпре био психички стрес, крајем 70-их година психолози су све више почели да се интересују за проучавање утицаја психичких стања на телесно здравље.

Промене у схватању здравља и болести највише су допринеле бурном развоју здравствене психологије и њеном издвајању у посебну грану психологије која је усмерена на проучавање проблема телесног здравља и вредновања успешности психолошких интервенција у здравственој пракси.

Тиме се старија сестра здравствене психологије – клиничка психологија – занима и даље за питања психичког здравља, а развојем здравствене психологије отварају се нови начини примене психологије у здравственој пракси, здравственом образовању и мултидисциплинарним истраживањима у здравству (Havelka, 2011 ).

### **Дефинисање здравља и здравствене психологије**

Према Светској здравственој организацији (WHO, 1948), здравље се дефинише као: „Стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести.”



■ Медицинска заштита ■ Остали фактори  
■ Генетика ■ Понашање

Приказ доприноса одређених фактора здравственом стању особе, изражен у проценима.

Каплан, Сејлис и Патерсон су 1993. године приказали модел у којем је наведено колики допринос одређени фактори имају на здравствено стање особе (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993).

*Здравствена психологија* је подручје психологије које се бави проучавањем утицаја психичких стања и психичких процеса на настанак и ток телесних болести, као и утицајима телесних стања и телесних болести на психички живот појединца. У основи, бави се проучавањем међуодноса психичко – телесно и телесно – психичко и деловањем ових односа на здравље појединца.

**Може се рећи да здравствена психологија изучава социјалне, биохемијалне, когнитивне и емоционалне факторе који утичу на:**

- Очување и промоцију здравља;
- Превенцију, настанак и развој болести;
- Индивидуално и породично реаговање на болести.

**Неки од конкретних проблема којима се здравствена психологија бави су следећи:**

- Психолошки чиниоци здравствених ризика;
- Начини превенције ризичних чинилаца;
- Психолошки видови појединих симптома, дијагноза и медицинског поступка;
- Утицај психолошког стреса на настанак и ток болести, психосоцијални видови појединих болести;
- Проблеми придржавања здравствених савета и упутстава;
- Важност и проблеми комуникације између здравствених радника и болесника;

- Психолошке интервенције код критичних здравствених стања;
- Стратегије суочавања са болешћу и смрћу;
- Психолошки механизми бола.

### **Услуге здравствене психологије:**

- Превенција болести/повреда;
- Суочавање са болешћу;
- Припрема за стресне медицинске процедуре;
- Придржавање медицинског режима;
- Менаџмент физичких симптома;
- Менаџмент психофизиолошких болести (главобоље);
- Проблеми особа које пружају здравствене услуге;
- Менталне болести.

### **Бихевиоралне појмове**

- **Бихевиоризам** (енгл. behavior – понашање) – правац у психологији који наглашава да је психологија „наука о понашању” и као метод користи објективно посматрање споља видљивог понашања. Циљ бихевиоризма јесте познавање закона понашања, предвиђање и контрола понашања. Овај правац засновао је психолог Џон Вотсон 1913. године у САД-у.

### **Питам те, питам**

- Када је објављен први приручник „Здравствена психологија”?
- Објасни суштину биопсихосоцијалног приступа.
- Како гласи основна дефиниција здравствене психологије?
- Са којим научним дисциплинама је повезана здравствена психологија?
- Које су основне услуге које пружају здравствени психолози?

## 1.1. Однос телесног и психичког

*Јединство или различитост?*

### 1.1.1. Стари век

#### Хипократ



Хипократ  
(460-370. п. н. е.)

Најранији записи о односу духа и тела налазе се у раздобљу од 500. до 300. године п. н. е. у делима грчких филозофа. Хипократ, грчки лекар и утемељивач медицине као науке, залагао се за целовити приступ здрављу, сматрајући да оно зависи од равнотеже у телесним течностима које када су у међусобном складу и складу са природом осигуравају добро здравље, док њихов несклад доводи до болести (Sagarino, 2005 према Havelka, 2011). Такво схватање било је блиско савременом биопсихосоцијалном моделу болести јер се у њему придавао значај утицају људског понашања на здравље и лечење болести.

Хуморални баланс (баланс између телесних течности), који се сматрао најважнијим чиниоцем здравља, могао се постићи правилним понашањем, правилном исхраном, коришћењем природних састојака, избегавањем физичких напора и сл. Улога доктора била је давање савета који су усмерени на поновно успостављање здравља, што значи да је лекар био медијатор између природе и болесника (Stone, 1979 према Havelka, 2011).

Сходно том начелу, Демокриј, антички грчки филозоф, каже: „Људи који моле за своје добро здравље не схватају да они сами имају контролу над њим.“ (Stone и сар., 1979 према Havelka, 2011).

Целовити (холистички) приступ болеснику, у којем је болесник важнији од саме болести, касније се постепено гасио и био занемарен неколико векова, да би се средином двадесетог века поново почела наглашавати његова важност.

#### Гален



Гален (130-210)

Гален је био римски лекар и филозоф грчког порекла који се, као и Хипократ, залагао за тумачење болести као последице несклада између основних телесних течности, а као поступак лечења предложио је поступак поновног успостављања телесног склада, што је и даље одржавало начело индивидуалног, целовитог приступа болеснику. Директна последица таквог приступа била је нужност доброг познавања сваког болесника, његових особина, породичних односа, услова живота, навика и понашања, јер је то био једини начин да се пропише индивидуално усмерена терапија. Потреба да терапија буде индивидуализована и „усмерена

на болесника” била је кључно начело лечења. Како би се успоставила хармонија и хомеостаза, потребно је било да постоји склад духа и тела.

Међутим, убрзо након оваквог тумачења болести, Гален показује занимање за проучавање утицаја оштећења ткива и органа на настанак болести. Сматрао је да је већина телесних болести повезана са конкретном повредом или патолошким процесом на органима, а у доношењу оваквог закључка помогло му је обављање анатомских проучавања.

### 1.1.2. Средњи век

У средњем веку долази до застоја у покушајима да се функције људског тела боље схвате и разумеју. Уместо проучавања људског тела, интензивно су се проучавали медицински списи античких и арапских лекара о болестима и начинима лечења. У 9. веку основан је и први медицински факултет у Салерну, на којем је постепено почела да се развија анатомија и хирургија. Започиње и развој фармакологије путем изучавања лековитих биљака и њиховог деловања на симптоме многих болести.

### 1.1.3. Нови век

#### *Декарт*

Питање односа духа и тела почетком 17. века било је под јаким утицајем француског филозофа Ренеа Декарта, који је тврдио да постоји потпуна одвојеност духа и тела. Он, сходно својој реченици „Мислим, дакле постојим”, закључује да су дух и материја одвојени. Иако је сматрао да дух и тело могу комуницирати путем одређених делова мозга, његово темељно начело било је да дух функционише под једним, а тело под потпуно другим законитостима (према Havelka, 2011).



Рене Декарт (1596–1650)

#### *Барух де Спиноза*

Холандски филозоф Барух де Спиноза сматрао је да постоји једна супстанца која у себи садржи безброј својстава, те да и физичка и психичка својства делују заједно. Овакво схватање било је на путу каснијих теорија јединства духа и тела из којих је произашао и принцип биопсихосоцијалног јединства духа и тела.



Барух де Спиноза (1632–1677)

## Цером Гауб



Цером Гауб  
(1705-1780)

Један од најутицајнијих заступника целовитог приступа здрављу јесте немачки лекар и хемичар Гауб, који указује на нераскидиву повезаност духа и тела, те тврди да је „потпуно јасно да узроци настанка великог броја болести произилазе из свести, као и да је она свему главно исходиште”.

Појавом нових открића у медицини, којима је омогућен бољи увид у органске узроке болести, у првој половини 19. века знатно је ослабљен целовити приступ здрављу, а тиме је слабило и занимање за психичка стања као чиниоце у настанку телесних болести.

Овај помак ка органском највише је био везан за изуме дијагностичких и терапијских метода и инструмената који су омогућавали боље разумевање телесних функција.

## Сигмунд Фројд



Сигмунд Фројд  
(1856-1939)

Фројд је био аустријски лекар који се бавио неурологијом, али се касније усмерио на подручје психијатрије, смисливши властиту терапијску методу за лечење психичких поремећаја – „лечење разговором”. Кроз своју клиничку праксу уверио се да поступци лечења који су се примењивали код психички болесних људи – одмор, масаже, електротерапија и хидротерапија – углавном нису делотворни. Увео је терапијски поступак данас познат као *психоаналистичка терапија* и обновио је идеју уске повезаности психичко – телесно, наглашавајући да емоције могу битно утицати на телесна стања, телесне симптоме и болести. То је на неки начин била претеча савременог биопсихосоцијалног модела.

Значајну улогу традиционалног биомедицинског приступа у сузбијању болести, које су условљене заразом неким микроорганизмима, смањује све учесталија појава хроничних и незаразних болести. У њиховом настајању не делује само један заразан чинилац, већ више независно ризичних узрочника. Тиме се појављује све више критика на рачун биомедицинског модела који:

- Болест објашњава кроз ниво ћелија и ткива, не узимајући у обзир друге чиниоце – срединске, социјалне и психолошке;
- Болест тумачи као поремећај биолошког, телесног функционисања;
- Дух и тело посматра одвојено;
- Пренаглашава болест, а занемарује здравље.

Педесетих година 20. века развила се и нова медицинска дисциплина – *психосоматска медицина*, која се бави проучавањем, дијагностиковањем и лечењем органских обољења која су узрокована психолошким факторима психосоматских болести. Може се рећи да је ова дисциплина уско повезана са биопсихосоцијалним моделом, управо због наглашавања везе између телесног и психичког.

## Џорџ Енцел

Џорџ Енцел, амерички интерниста и психијатар, критикујући постојећи биомедицински модел, поставио је 1977. године темеље биопсихосоцијалног модела у којем се подупиरे интеграција биолошких, психолошких и социјалних чинилаца у проучавању, превенцији и лечењу болести. Он је сматрао да предлагање новог, ширег модела здравља и болести не умањује неоспорну важност биолошког модела, већ да се тиме само употпуњује преуско схватање здравља и болести.

Биопсихосоцијални модел значајно је допринео развоју нових подручја психологије. Захваљујући појачаном интересовању за утицај психичких стања на здравље и болест, свој развој започињу бихевиорална медицина и здравствена психологија.

Слободно се може рећи да је овај приступ имао најјачи утицај управо на развој здравствене психологије.



Џорџ Енцел (1913–1999)

### Питајте, питајте

#### • Појмни шабелу:

#### ТЕОРИЈА/ТЕЗА

#### ПРЕДСТАВНИК/ ЗАСТУПНИК

Постоји нераскидива повезаност духа и тела, а узроци болести леже у свести.

Хуморални баланс (баланс између телесних течности) је најважнији чинилац здравља, а постиже се здравом исхраном, избегавањем физичких напора, правилним понашањем.

Гален

Џорџ Енцел

Постоји изразита повезаност телесног и психичког, а емоције могу утицати на телесна стања, симптоме и болести. Увео је терапијски поступак под називом психоаналитичка терапија.

Рене Декарт

Једна супстанца има више својстава, те физичка и психичка својства делују заједно.

- Који аутори су, када је реч о односу психичког и телесног, заступали тезу која је блиска биопсихосоцијалном моделу здравља?
- Шта је предмет проучавања психосоматске медицине и када се она развила?

## 2. Психопатологија

Психопатологија је наука која се бави систематским изучавањем поремећеног искуства, когниција и понашања – проучавањем производа поремећеног ума.

Постоје општа и специјална психопатологија. Општа се бави поремећајима појединих психичких функција (пажње, свести, опажања), док се специјална бави поремећајима као категоријама (анксиозним, афективним, шизофреним).

Дисциплине у којима је присутно бављење психопатологијом:

- Психијатрија – медицинска дисциплина која се бави проучавањем порекла, механизма и процеса настанка, облика и распрострањености психичких болести и поремећаја, као и њиховим лечењем.
- Клиничка психологија – психолошка дисциплина која примењује психолошка сазнања и вештине у разумевању, превенцији, дијагностиковању и лечењу психичких поремећаја код људи.
- Неурологија – медицинска дисциплина која истражује структуру, функције и болести нервног система.
- Неуропсихијатрија – психијатријска дисциплина која проучава неуролошке основе психичких обољења и поремећаја понашања.
- Здравствена психологија – психолошка дисциплина која се бави проучавањем утицаја психичких стања и психичких процеса на настанак и ток телесних болести, као и утицајима телесних болести на психичко стање појединца.

### Основни појмови у психопатологији:

**Симптоми** – знаци (објективни показатељи) и феномени (субјективни доживљаји) који нам сугеришу да са неком особом (можда) нешто није у реду.

**Синдроми** – групе специфичних поремећаја функција који се обично јављају заједно.

**Клиничка слика** – скупови синдрома и симптома који се јављају заједно у једном моменту и подсећају на поремећај.

**Дијагноза** – значење поремећаја као засебне целине, који има типичну клиничку слику, ток, исход и понекад познату етиологију.

**Номенклатура** – назив поремећаја.

## УЗНАЈМО НОВЕ ПОЈМОВЕ

- **Етиологија** – сазнавање о пореклу и узроцима неких физичких или менталних болести и поремећаја.

## Питајте, питајте

- У празан квадратић упиши одговарајући број који означава појам, како би он одговарао датом објашњењу.

- |                   |                                                                                                              |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Номенклатура   | <input type="checkbox"/> Знаци и феномени који нам сугеришу да са неким особом можда нешто није у реду.      |
| 2. Дијагноза      | <input type="checkbox"/> Скупови синдрома и симптома који се јављају заједно и подсећају на поремећај.       |
| 3. Клиничка слика | <input type="checkbox"/> Назив поремећаја.                                                                   |
| 4. Симптоми       | <input type="checkbox"/> Групе специфичних поремећаја функција који се обично јављају заједно.               |
| 5. Синдроми       | <input type="checkbox"/> Значење поремећаја као засебне целине који има типичну клиничку слику, ток и исход. |

- Објасни повезаност психопатологије са њеним сродним дисциплинама. За објашњење можеш користити и конкретне примере.

### 3. Психичке тешкоће и психички поремећаји

#### 3.1. Значења нормалности и ненормалности

Људи су склони да олако другима приписују категорије нормалног или ненормалног, а да при томе не узму у обзир културолошке разлике, променљивост у времену, субјективност процене, одступање од нечега што је уобичајено, а што не мора нужно укључивати ненормалност. Ипак, поред тешкоћа јасног дефинисања нормалности, односно ненормалности, аутори су се сложили да могу постојати неки универзални показатељи ових аспеката људског понашања.

**Шта је ненормалност (психички поремећај, поремећено понашање)?**

Не постоји универзална и једноставна дефиниција ненормалности. Не постоје ни критеријуми који су нужни услови за дефинисање неког понашања као ненормалног. Ниједан критеријум, сам за себе, није довољан услов да неко понашање прогласимо ненормалним.

Понашање проглашавамо ненормалним на бази више критеријума и елемената, а неки од њих су:

**Патња** – већина ментално оболелих пати, међутим, ово ипак није ни нужан ни довољан елемент ненормалности зато што постоје поремећаји код којих нема патње пацијента (нпр. психопатије), а исто тако, патња је у неким ситуацијама и нормална (нпр. туговање).

**Неприлагођеност** – када понашање није функционално за појединца.

**Упадљивост (ексцентричност)** – оно што одступа од просечног, уобичајеног и најчешћег понашања (бизарно понашање, неповезан говор, чудне идеје). Није ни нужан нити довољан критеријум због: позитивних екстрема, културних специфичности, променљивости, субјективности.

**Кршење закона понашања (писаних и неписаних)** – чињење кривичних дела, непоштовање законских и моралних принципа.

**Ирационалност (противно разуму, нелогичност)** – карактеристично за тешка душевна обољења (халуцинације, неповезан говор, чудне идеје, суманутости).

**Непредвидивост и неконтролисаност** – понашање ментално оболелих особа често је променљиво, ћудливо, непредвидиво и ван контроле. Питање граница и субјективности значајно је и овде.

**Нелагодност посматрача** – понашање ментално поремећених особа често може да изазове нелагодност, међутим, овај критеријум није ни нужан ни довољан због субјективности.

### **Које су одлике нормалности?**

- 1) Реалистичност у процењивању себе и света;
- 2) Самоконтрола;
- 3) Самопоштовање;
- 4) Способност за блиске односе;
- 5) Жеља са самоостварењем.



„Здрава личност  
је она која може  
да воли и ради.”  
Сигмунд Фројд

## **3.2. Категорије психичких поремећаја**

Сваки човек током живота мора да решава многе проблеме који могу да изазову различита осећања и стања. **Психичке тешкоће** обично су повремене и човек је редовно у стању да их савлада – или сопственим напором или уз помоћ других људи (породице, пријатеља, психотерапеута, саветника). О **поремећајима** се говори онда када појединац дуже време или трајно показује понашање које се не може сматрати корисним и нормалним, односно у том случају не показују се знаци нормалности.

### **Психички поремећаји деле се на три велике категорије:**

- Неурозе – лакши душевни поремећаји;
- Психозе – тежи душевни поремећаји;
- Карактерни поремећаји – психопатије (објашњење следи у наставку лекције).

### **3.2.1. Неурозе**

**Неурозе** су блажи психички поремећаји јер особа има очуван контакт са реалношћу, те је свесна постојања проблема. Основне одлике овог поремећаја јесу анксиозност, неприлагођеност и незадовољство. Честа су и осећања страха, напетости, беспомоћности, стомачне тегобе, несаница, слаба способност концентрације и сексуални проблеми. Неуротично понашање укључује константно коришћење механизма одбране, који могу отклонити мањи део анксиозности, али њихово трајно коришћење не доводи до решења проблема, него напротив, стварају се нови.

### **Врсте неуроза:**

**Опсесивно-компулзивни поремећај (ОКП)** – код овог поремећаја доминира наметање непријатних мисли (**опсесије**) и присилних радњи (**компулзије**) које су апсурдне или неприхватљиве (опсесивно бројање бандера, опсесивно прање руку, опсесивно проверавање браве...). Ове радње неуротичар доживљава као туђе и непријатне, те је присиљен да их изврши, иначе осећа страх или кривицу.

**Фобије** представљају интензиван и нерационалан страх од одређених предмета или ситуација. Објекат страха варира од стварно опасног (висина, змија), мало опасног (лифт, миш), па до безопасног (длака, трг). Фобична особа увиђа неоснованост свог страха, али од осећања претеране анксиозности може се одбранили једино избегавањем објеката или ситуација којих се плаши.

**Хистерија или конверзивна неуроза** испољава се у виду физичких симптома који немају никаквог органског узрока. Симптоми могу бити: чулни (слепило, глувоћа), моторни (парализа удова), висцерални (кашаљ, кијање, штучање), хистеричан плач или смех. Сматра се да је суштина овог поремећаја у томе да се анксиозност конвертује (претвара) у телесне симптоме. Дуго се сматрало да је хистерија женски поремећај који је узрокован незадовољењем сексуалне жеље. Међутим, овакво схватање давно је превазиђено. Ово уверење настало је као последица тумачења хистерије од времена старих Грка, па све до 20. века. Стари Грци објашњавали су

симптоме хистерије као последицу незадовољења сексуалног нагона код жена које води „ослобађању материце у телу”. Веровало се да материца хистеричне жене слободно лута по телу и изазива хистеричне нападе. Из таквог објашњења потекао је и сам назив поремећаја јер на грчком *histera* значи *материца*.

**Општи анксиозни поремећај или неуроза страха** је поремећај где доминирају трајни и неодређени страх, односно, претерана и неразумљива стрепња. Код анксиозне особе јављају се раздражљивост, напетост, главобоља, умор, несаница. Један од кључних симптома јесте и *илашљиво ишчекивање* које се огледа у узнемирености особе од раног јутра због надолazeћег дана и свега лошег што може да се деси.



Анксиозни особи осећа стрепњу, и често се јавља главобоља, несаница, умор и раздражљивост.

### 3.2.2. Психозе

**Психозе** су најтежи психички поремећаји јер особа нема увид у своје стање и себе, те губи контакт са реалношћу. Поред ових, неки од најважнијих симптома су: дезинтеграција и деперсонализација личности, халуцинације, сумануте идеје (делузије), поремећаји психичких процеса (памћења, емоција, нагона, мишљења, говора), као и поремећаји интерперсоналних односа и дисфункционалност.

**Психозе могу бити:**

- **Органске** – узрок је оштећење нервног система, повреде главе, мождани тумори, инфекције, тровање дрогама или алкохолом.
- **Функционалне (психогене)** – узрок су им психолошки фактори, а утицај на њихово настајање могу имати генетски и органски фактори.

## **Врсте психоза:**

**Схизофренија (шизофренија)** је поремећај који у буквалном преводу означава *цепање душе*. Код овог поремећаја јавља се расцеп између мишљења и афеката, одсуство логике, равнодушност према стварности, повлачење у себе, неповезаност тока мисли и говора.

Код особа које пате од овог поремећаја јављају се тзв. **сумануте идеје**. У питању су погрешна уверења којих се пацијенти чврсто држе, а обично се тичу погрешне интерпретације необичних опажајних и других искустава. Могу и не морају бити бизарног садржаја. Типичне идеје су: идеје прогањања (завере, праћења, претње), експанзивне (величина, значај, проналасци, богатство), идеје љубоморе, идеје контроле (способност управљања), религиозне идеје (месије, пророци), депресивне и идеје односа (све у контексту сопствене личности).

Један од најчешћих симптома јесу и **халуцинације**. То су доживљаји у свим сензорним модалитетима које други људи не доживљавају. Оне се могу дефинисати и као опажање нечега што реално није присутно. Халуцинације могу бити: слушне (гласови који наређују, разговарају или коментаришу пацијентове мисли), визуелне (виђење нечега што није присутно у реалности), тактилне (халуцинације додира), мирисне (олфакторне) и халуцинације укуса (густативне).

Код схизофреније присутне су бизарности попут кататоније, ступора и неологизама. **Кататонија** означава психомоторну напетост и узбуђеност, а употребљава се за означавање хипер/хипопсихомоторних феномена. **Ступор** је стање моторне заокочености у ком пацијент заузме одређени положај и не помера се, не говори, не узима храну и не реагује на спољашње дражи. Међутим, док је у ступору, пацијент може да прати и региструје шта се дешава око њега, само не показује реакције. **Неологизми** су речи које пацијент сам осмисли и користи их као регуларне речи, иако оне не постоје у званичном језику. Неке од врста схизофреније јесу: кататона, параноидна, хебефрена схизофренија (*неадекватне емоционалне реакције уз дезориентисовано и репресивно понашање*).

**Манично-депресивна психоза или биполарни поремећај** огледа се у периодичном смењивању маније (усхићеност, хиперактивност, радост, осећање свемоћи) и депресије (пасивност, осећање безвољности, безвредности, немоћ, туга, очајање).

**Параноја** – *Мимо ума*, огледа се у суманутим идејама величине, посматрања, прогањања или еротоманским идејама. Особа мисли да је други прогањају, да јој „раде о глави“, да је прислушкују и прате. Код ових пацијената интелигенција је очувана, па се често за овај поремећај каже да је у питању „разумно лудило“.



Смењивање  
усхићености и  
депресије



Особа мисли да је  
други прогањају и да  
јој „раде о глави“.

### 3.2.3. Карактерни поремећаји – психопатије



Психопатију одликује  
напоштом мишљење и понашање  
другима, без осећања  
кајња и савести

**Психопатија** или **психопатски поремећај личности** је тежак поремећај у коме се особа понаша штетно и на неприхватљив начин са становишта друштва, док особа која пати од овог поремећаја то не доживљава као штетно понашање. Психопате су особе које наносе другима бол и штету и при томе не осећају анксиозност, кривицу, кајање и стид. Ови пацијенти се не обазире на потребе других, често крше моралне и социјалне норме. Интелигенција код ових пацијената често је очувана.

### 3.3. Лечење психичких поремећаја

Када је реч о лечењу психичких поремећаја, то је процес који може трајати јако дуго. Неки поремећаји (нпр. шизофренија, параноја) не могу се никада у потпуности излечити, али се могу држати под контролом и особа може функционисати у одређеним аспектима живота. У лечењу психичких поремећаја могу се применити следећи поступци:

**Психотерапија** – лечење путем разговора са терапеутом где клијент треба да дође до увида у своје тешкоће и промени односе према себи и околини. У том процесу он сам доноси одлуке. Психотерапија може бити индивидуална и групна.



Индивидуална  
психотерапија

**Индивидуална психотерапија** подразумева однос клијент – терапеут, при чему се између њих развија специфична релација која омогућава откривање и мењање одређених карактеристика клијента и ублажавање симптома. **Група психотерапија** омогућава да клијент дели искуства и са другим људима који имају сличне проблеме (Бојовић и Ђуровић, 2015).

Најчешће се користи у третману болести зависности.

**Фармакотерапија (лекови)** – примењује се широка палета лекова груписаних према симптомима који се ублажавају или отклањају (нпр. антипсихотици, антидепресиви, анксиолитици).

Најчешће се ова два начина лечења комбинују уз повремено задржавање на психијатријском одељењу.

### Научимо нове појмове

- **Анксиозност** – осећање стрепње везано за слутњу непријатне будућности, неодређени страх.
- **Механизми одбране** – поступци којима се „човеково ја” брани од неуспеха, спутаних жеља, непријатних осећања и свега што може да угрози самопоштовање личности. Они се активирају аутоматски (без утицаја воље), несвесни су, поричу и кривотворе стварност.
- **Дезинтеграција личности** – процес привременог или трајног, мањег или већег цепања и распадања структуре личности. Она доводи до поремећаја у размишљању, памћењу, моторици, учењу.
- **Дейерсонализација** – патолошки губитак осећања личног идентитета и отуђење од себе самог. Доводи до измене у доживљају и свесности себе.
- **Рејресија** – особа испољава незреле облике понашања карактеристичне за нижи узраст или стадијум развоја.

### За радознале

Уколико вас занимају психички поремећаји и њихове манифестације код људи, можете погледати следеће филмове који се баве овом темом:

- *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (Лет изнад кукавичјеј незда, 1975)
- *Awakenings* (Буђења, 1990)
- *Shutter Island* (Зајворено острво, 2010)
- *Primal Fear* (Исконски страх, 1996)
- *A Beautiful Mind* (Блискави ум, 2001)

### Питајте, питајте

- Објасни зашто су психозе тежи психички поремећаји од неуроza.
- Који су основни симптоми ОКП-а?
- Који су основни симптоми шизофреније?
- Шта се подразумева под ступором?
- Укратко опиши историју тумачења хистерије као поремећаја.
- Који су начини лечења психичких поремећаја?
- Размисли код којих болести групна психотерапија може бити корисна.

## 4. Психичке тегобе трудница и породиља



Трудноћа може изазвати различите промене у функционисању жене.

Трудноћа је један од најлепших дарова и искустава у животу жене. Само сазнање да ће се овај период завршити доношењем још једног живота на свет изазива широк спектар позитивних емоција не само код труднице него и код њеног партнера и осталих чланова породице.

Ипак, поред ових чињеница, трудноћа као посебно стање у животу жене може изазвати различите промене у њеном функционисању. Мучнине и промене физичког изгледа само су мали део онога на шта будућа мајка треба да буде спремна. Намећу се нова осећања, питања и недостатак сигурности. Јављају се страхови око тока трудноће, брига да ли ће све бити у реду са бебом и несигурност како ће се будући родитељи показати у новој животној улози. Све ове промене могу изазвати тешкоће у психичком функционисању жене, али и њеног партнера.

Не може се оспорити да је добијање детета један од најлепших догађаја у животу људи. Традиционални став је да су трудноћа и порођај време радости и доброг расположења. Међутим, подаци из научних истраживања указују да у том периоду жена није заштићена од психичких сметњи. Близу 2/3 жена са психијатријским поремећајима постану мајке, а чак 1/3 током трудноће и након порођаја може имати епизоду неког менталног поремећаја.

### Задаци у трудноћи:

- Прихватање сопственог новонасталог стања као реалности – свака трудница мора да схвати да унутар ње расте ново биће које ће се родити за неколико месеци. Када беба порасте у стомаку, ово прихватање реалности много је лакше.
- Стварање реалистичне пројекције тога какво ће дете бити и каква ће она бити као мајка – дете у овом периоду добија конкретне особине, а мајка полако улази у улогу из које ће бринути о детету и васпитавати га. Мајка и дете су повезани и физиолошки и емотивно у току трудноће. На дете утиче психичко стање и емоције које будућа мајка доживљава у трудноћи.
- Припремање за све оно што треба очекивати у трудноћи и након порођаја – информисањем, едукацијом, посећивањем лекара, присуствовањем на вежбама за труднице.

### Психолошке промене у трудноћи

#### Психолошке промене у првом тромесечју:

- Нагле промене емотивног стања. Уобичајене промене расположења постају драстичније јер ситуације које иначе не изазивају посебну пажњу могу довести до суза, туге или беса;
- Оптерећеност страхом од губитка бебе. Ови страхови су у највећем броју случајева неоправдани, али се срећу код скоро сваке труднице.

Ово раздобље карактеристично је по томе што још није коначно прихваћена трудноћа и обликован став према њој. Често се јавља подвојеност осећања према трудноћи, односно, некад превладавају осећања задовољства због трудноће, а уз то се могу јавити самосажаљење и потиштеност уз размишљање о негативним аспектима новог стања. Прихватање трудноће значајно утиче на каснији емоционални однос између мајке и детета.

Психолошке промене у **другом тромесечју**:

- Повећава се емоционална стабилност труднице;
- Смањују се или нестају страхови од побачаја;
- Трудница се осећа физички и психички здравије, има већи прилив енергије;
- Најважнији догађај је покретање бебе у стомаку;
- Повећава се интересовање за даљи ток трудноће и порођај;
- Може се јавити незадовољство сопственим изгледом и страх да није довољно привлачна партнеру.

Психолошке промене у **трећем тромесечју**:

- Јавља се емоционална нестабилност и расте емоционална напетост како се приближава тренутак порођаја услед страха од порођаја и бола;
- Неке труднице смирено очекују појаву трудова, док друге могу постати претерано активне (нпр. обављају велико спремање куће) што може бити одраз јаке забринутости и напетости;
- Може се јавити несаница због тешкоћа да се пронађе удобан положај у постељи;
- Размишљање о здрављу и развоју детета су доминантна преокупација будућих мајки;
- У овом периоду чак и емоционално стабилне жене траже подршку, охрабрење и потврду о позитивном исходу порођаја.

Негативне психолошке промене у наведеним периодима трудноће могу се олакшати кроз:

- **Разговор** са партнером, пријатељем, саветником – овај начин може помоћи поготово ако осећања страха и анксиозности почну да ометају свакодневне активности;
- **Одмор** – на тај начин трудница се лакше бори са наглим појачањем стреса који доживљава;
- **Технике релаксације** – уколико је стрес јачи, могу се препоручити јога, медитација или лагане вежбе.

**Емоционалне тешкоће током трудноће зависе од следећих фактора:**

- Црта личности труднице;
- Старости труднице (млађе жене боље подносе трудноћу);

- Броја претходних трудноћа;
- Да ли је у питању планирана трудноћа, односно жељена;
- Да ли је у питању трудноћа која је последица силовања;
- Културне средине у којој трудница живи (уколико је трудница одрастала у средини где је наглашавана болност, емоционалне тешкоће ће бити израженије);
- Могућности трагичних исхода порођаја (што доводи до већег степена емоционалне напетости).

Јак емоционални однос између здравствених радника и труднице, охрабрење, сутерисање позитивног исхода порођаја, обавештавање о свим аспектима порођаја су фактори који могу довести до смањења емоционалне напетости, а тиме и до лакшег и безболнијег порођаја. Припрема трудница за порођај треба да почне што раније, још у периоду контролних прегледа. Припрема се може одвијати кроз индивидуалне или групне разговоре труднице са здравственим особљем, као и кроз различита предавања и вежбе.

## 4.1. Психичке тешкоће и поремећаји након порођаја

Сам акт порођаја може бити праћен душевним миром, хармонијом, осећајем пријатности или пак, незадовољством, тугом или душевним немиром. Психичке тешкоће након порођаја могу бити условљене губитком детета током порођаја и рођењем детета са аномалијом, али исто тако и након рођења здравог детета жене могу имати одређене психичке проблеме.

Негативне психолошке реакције на нормалан порођај могу имати различит интензитет, трајање и могу утицати на различите облике понашања. Оне се деле на три групе:

- Синдром тужног расположења
- Постпорођајна (поспартална) депресија
- Постпорођајна (поспартална) психоза

**Синдром тужног расположења** – најчешће траје врло кратко, 3–6 дана након порођаја. Овај синдром тешко је разликовати од постпорођајне депресије, али оно што га разликује је следеће: синдром тужног расположења је краћег трајања и у питању је пролазни феномен који не може имати трајни утицај на психичко здравље и толико је чест код жена након порођаја да се може сматрати и нормалним, чак и корисним за попуштање напетости код породице (Havelka, 2011).

Симптоми су:

- Емоционална осетљивост, раздражљивост, забринутост и плачљивост;
- Осећање кривице због негативног расположења;
- Мањак енергије, несаница или претерана поспаност.

Етиологија је још увек нејасна, али се у литератури често помиње нагли пад естрогена, прогестерона, као и психолошка структура породиље. Овај синдром је независан од културалних и демографских утицаја, али се као фактори ризика помињу и интерперсонални конфликти са члановима породице и пријатељима, стресни животни догађаји, претходно болан предменструални синдром, антерпартална депресија, као и раније депресивне епизоде.

**Поспорођајна депресија** – јавља се током прве 4 недеље након порођаја до годину дана након порођаја. Ово је тежи облик негативних психичких реакција на порођај. Многе жене које су учествовале у истраживањима извештавале су да су се и раније „увек због нечега бринуле”.

Симптоми су:

- Постојање веома упорне несанице невезане за ритам спавања и будност бебе;
- Губитак апетита, брзо умарање и претерана раздражљивост;
- Доживљај беспомоћности, неадекватности и негативно сагледавање себе;
- Амбивалентан однос према беби и интензиван доживљај себе као лоше мајке и супруге;
- Избегавање комуникације са околином;
- Партнеров коментар тумачи се као знак одбацивања и недостатка љубави;
- Песимистично виђење будућих догађаја;
- Доживљавање тренутне животне ситуације може толико бити измењено да мајка закључује да је боље да је мртва или да су мртви и она и беба. Суицидалне идеје могу постојати, али је ризик од суицида (самоубиства) мањи него код постпарталне психозе.

Фактори ризика су: претходне епизоде депресивности, лишеност брачне и социјалне подршке. У неким истраживањима утврђено је да су потиштености након порођаја склоније првороткиње, старије породиље, неудате жене и жене које су се порађале царским резом.

Терапија: психотерапија, фармакотерапија (терапија лековима), подршка и хоспитализација.

**Поспорођајна психоза** – јавља се од 3. дана до 6. недеље након порођаја, а психотични симптоми развијају се врло брзо. Сматра се да ова психоза може бити повезана са заразама и тровањима након порођаја, као и да може бити реакција на порођај као стресни догађај. То значи да порођај може само да убрза манифестацију већ постојећих психотичних реакција. Клиничка слика постпорођајних психоза слична је клиничкој слици класичних психоза. Постоје опречна мишљења о томе да ли су ти психички поремећаји везани искључиво за трудноћу и порођај или су у питању уобичајене психичке болести за које су окидач трудноћа и порођај (Havelka, 2011).

Симптоми су:

- Наглашена психомоторна узнемиреност;
- Поремећај мишљења, збуњеност, упадљиво понашање, неповерење према околини;
- Халуцинације (најчешће визуелне у којима се нешто догађа са дететом);
- Однос према беби варира од претеране брига до занемаривања;
- Присутан ризик од суицида.

Као најчешћи фактори ризика наводе се: претходна постпартална психоза, претходни афективни поремећај, перинатална смрт плода.

Лечење може укључивати: хоспитализацију, стручни надзор, поткрепљивање стварања привржености беби, фармакотерапију, психотерапију.

### Емоционалност

#### „Синдром куваде”

У постпорођајном периоду, као и за време трудноће, психички проблеми могу се јавити и код супруга трудне жене. Код многих мушкараца често се за време трудноће могу запазити разни симптоми који могу бити последица идентификације мужа са жениним тегобама – сметње у пробава, грчеви, повраћање, главобоља, бол у леђима.

Тај синдром, односно стање у којем се код мужева трудних жена појављују разни соматски симптоми, које иначе немају, зове се „синдром куваде”.

*couvade* - франц. лежање, може обележити обичај код неких народа да мушкарац леже у постељу поводом жениног порођаја и понаша се као да је он породиља.

У екстремним случајевима супруг остаје у кревету са новорођеним дететом да се „опорави” од порођајних потешкоћа, док се мајка врло брзо враћа на своје редовне послове (Melzack, 1973 према Havelka, 2011).

### Перинатални поремећаји

- **Аномалија** – промена структуре или форме органа, дела органа или дела тела код новорођенчета.
- **Антиперипартална депресија** – депресија која се јавља пре порођаја.
- **Перинатално доба** – раздобље непосредно пре порођаја до седам дана након њега.
- **Амбивалентност** – подељеност која се јавља онда када у једној личности истовремено постоје супротне емоције или ставови према неком објекту (особи, ситуацији, идеји).

#### Питам те, питам

- Које промене код жене изазива сазнање да је у другом стању?
- Које су специфичне промене које се јављају у другом тромесечју трудноће код будућих мајки?
- Од којих све фактора зависи појава емоционалних тешкоћа у току трудноће?
- Како нежељена трудноћа може утицати на будуће мајчинство?
- Наведи основне симптоме постпорођајне психозе.
- Шта се подразумева под синдромом куваде?

## 5. Психички проблеми деце у болници

### *Појам хоспитализације и хоспитализма*

У прошлости на болнице се гледало као на места у која првенствено одлазе они којима се не може другачије помоћи, осим пружања неге док не умру (Taylor, S.E. 1995 према Бергер, 1997).

Међутим, ствари су се до данас значајно измениле и сада су болнице постале центри лечења, места где се могу вршити различите анализе, испитивања, места где постоје лабораторије и где се могу обучавати будући стручњаци. Сматра се да се велики број људи бар једном нађе у ситуацији да буде примљен у болницу, а разлог не мора увек бити озбиљна болест, него то могу бити и испитивања и порођаји.

**Хоспитализам** је општи појам за све психолошке и телесне поремећаје који су узроковани дуготрајним боравком у болници или некој другој установи. У психолошком смислу хоспитализам је синдром негативних психолошких утицаја који се јављају нарочито код мале деце која борава у институцији дуже време или одрастају у специјалним домовима за децу (Havelka, 2011).

Британски психолог, психијатар и психоаналитичар, **Дон Болби** (John Bowlby) бавио се проучавањем психичког развоја деце и познат је по својој *теорији афективне везаности* у којој описује значај и утицај односа између мајке (родитељске фигуре) и детета, још од најранијег узраста, на формирање личности детета и његових односа и веза са значајним особама у периоду одраслости. Он хоспитализам описује као прогресиван психолошки процес уско повезан са развојем детета, а који се дешава због незадовољавања емотивних потреба детета, односно, због лишености или премало контакта са мајком, недостатком породичне средине и сигурности. Као **основне симптоме хоспитализма** наводи: плач, апатичност, потиштеност, хиперактивност или моторичку смиреност, заостајање у телесном развоју, заостајање у психичком развоју (развоју говора или мишљења) и лоше здравствено стање (Havelka, 2011).

Проблеми код деце услед хоспитализације могу да буду условљени симптомима болести, али и непријатним дијагностичким и терапијским поступцима, непријатним болничким окружењем и проблемима одвајања од родитеља. Ови фактори код деце изазивају стресне реакције, што може отежати боравак у болници. Најчешћи негативан одговор на хоспитализацију јесте **анксиозност** (Taylor, S.E. 1995 према Бергер, 1997). Без обзира на узраст детета, свако дете може реаговати анксиозношћу на изолацију и одвајање од породице.

### *Групе деце које бурно реајују на боравак у болници:*

- Деца узраста од 6 месеци до 4 године су најосетљивија на одвајање од мајке;
- Деца слабије емотивне повезаности са мајком;

- Деца која су дужи временски период хоспитализована;
- Јединци, мушка деца, млађа деца и деца из вишегенерацијских породица;
- Деца која иначе лошије реагују на непознате особе;
- Деца која ретко посећују друге;
- Деца која имају трауматска искуства сепарације (одвајања);
- Деца чије мајке показују претерану забринутост или незаинтересованост поводом дететовог одласка у болницу;
- Деца која негативно реагују на покушаје одраслих да са њима комуницирају.

### ***Фазе реаговања и прилагођавања на болничку средину:***

- Фаза протеста
- Фаза очаја
- Фаза привидног прилагођавања

**Фаза *протеста*** – траје првих неколико дана по доласку у болницу када дете својим реакцијама показује потпуно одбијање нове средине – плаче, вришти, посматра све око себе не би ли угледало мајку. Ово раздобље одликује се претераном активношћу детета.

**Фаза *очаја*** – дете се моторички смирује, не показује активно одбијање околине, често је апатично. У овом периоду здравствени радници сматрају да је у питању почетак прилагођавања детета новој околини и да није добро да родитељи долазе у посету деци јер се оно након тога поново понаша као у првој фази, фази протеста. Међутим, ово мишљење потпуно је погрешно јер свака посета родитеља уверава дете да родитељи нису заборавили на њега и да се брину. Деца која остају краће време у болници углавном се налазе у фази очајања, док дужи боравак у болници временом доводи до треће фазе.

**Фаза *привидног прилагођавања*** – дете више није затворено у себе, показује више занимања за околину и чини се да се потпуно прилагодило болничкој средини. До ове фазе долази због тога што дете више не може да поднесе нагомилане негативне емоције које су изазване одвајањем од родитеља, него покушава да нађе задовољство у другим садржајима. Не плаче када родитељи одлазе, али делује и мање заинтересовано за њихов долазак. На основу понашања могло би се рећи да је све у реду. Међутим, након повратка кући, код детета се могу јавити негативне последице ове врсте одвајања.

Ипак, није само одвојеност од родитеља једино што ствара забринутост и депресивна стања код деце. Уз то, главни узроци оваквих стања код деце коју чекају мање озбиљни оперативни захвати јесу и изложеност страном и непознатој средини, страх од инјекција, као и страх од анестезије (Jessenet, 1952 према Havelka, 2011).

## 5.1. Како ублажити негативне реакције код деце која бораве у болници



Чешће и дуге посете, у лековитим кадрама, у циљу ублажавања негативних реакција деце на хоспитализацију

*Негативне психичке последице хоспитализације могу се избећи на различите начине:* припремити децу на боравак у болници; обавестити их о томе какав поступак следи, шта ће осећати, колико ће интервенција трајати; припремити родитеље за боравак деце у болници; договорити се о учесталости посећивања; омогућити да родитељи остану у болници уз дете уколико је оно мало; оплеменити болнички простор кроз стварање услова за игру и учење; дозволити уношење омиљених играчака. Наравно, што чешће и што дуже посете родитеља, ако већ нема услова за смештај родитеља уз децу, лековитије су од многих стручних интервенција убеђивања или фармаколошких средстава. Ипак, најбоља превентивна мера за избегавање психолошких последица хоспитализације јесте правило да хоспитализацији треба прибегавати само онда када је то заиста неопходно и учинити све да она што краће траје.

Постоје различити начини ублажавања негативних реакција код деце која бораве у болници, а које могу користити здравствени радници, пре свега медицинске сестре, у зависности од узраста детета. Неки од поступака за ублажавање негативних реакција хоспитализоване деце су следећи:

### У узрасту од рођења до 1 године:

- Прихватити плач – главни начин комуникације и суочавања са стресом;
- Поштовати и задовољавати потребе детета (умор, глад);
- Комуницирати с пуно топлине (осмех, поглед, тон гласа) и што више додир;
- Осигурати пријатну околину са што мање непознатих лица;
- Повремено се играти са дететом;
- Омогућити присуство и што чешће укључивање родитеља у негу детета (храњење, облачење, вежбање).

### У узрасту од 1 до 3 године:

- Припремити дете за стресно искуство непосредно пред догађај (ако је могуће) јер дете у том узрасту нема развијен појам о времену (сутра, ујутру и сл.);
- Емоционално га подржати кроз вербалну, а нарочито кроз невербалну комуникацију;
- Прихватити протест, регресију и анксиозност због одвајања од родитеља као нормалне реакције детета;
- Посаветовати родитеље како да се понашају јер дете имитира њих;
- Омогућити присуство и укључивање родитеља колико је могуће.

### **У узрасту од 3 до 6 година:**

- Користити машту детета како би оно изразило своје потребе и фрустрације (приче, цртање);
- Поштовати дневне ритуале детета (нпр. пре спавања – прича, светло, играње са драгим играчкама које су детету донете од куће);
- Допустити детету да привидно само одлучује о себи (нпр. „Прво ћу цртати, а онда слагати коцке.”);
- Пружити емоционалну подршку, вербално и невербално;
- Омогућити присуство родитеља колико год је могуће.

### **У узрасту од 6 до 12 година:**

- Препознати одбрамбене механизме – често соматизације (главобоље, болови у стомаку, тикови);
- Подстицати самосталност детета, али и пружити помоћ када је потребно;
- Допустити да изрази своје емоције кроз игру, цртеже и сл.;
- Саслушати га, нашалити се, поиграти се, не претити, бити спреман на изливе агресије;
- Подстицати физичке и менталне активности колико је допуштено (нпр. такмичење, групне игре и сл.);
- Информисати родитеље.

### **У узрасту од 12 до 18 година:**

- Когнитивно савладавање ситуације – пружити информације и протумачити ситуацију;
- Помоћи у сагледавању емоционалних доживљаја адолесцента;
- Конформизам (дете жели да буде у свему исто као и вршњаци) – подржати сличност с вршњацима, али указати на вредне разлике (посебно код инвалида);
- Желети контролу и одговорност за властити живот – заједнички планирати и помоћи у доношењу одлука;
- Тражити уточиште у маштању – кроз машту подстицати креативне стратегије суочавања са стресом;
- Подстицати моторну активност (уколико је могуће) ради опуштања;
- Обратити пажњу на знакове ризика од суицида (агресија, умор, главобоље, изјаве „било би боље да ме нема...”, „и тако ме више неће бити...”, нагле промене понашања, опроштајна писма).

**Фауст и сарадници** (Faust и сар. 1952) испитивали су последице болничких поступака на реакције различито хоспитализоване деце. Укупно 140 деце било је подељено на две једнаке групе. Деца из прве групе била су припремљена на боравак у болници, родитељима је дозвољено да проводе доста времена са њима, а пре сваког медицинског поступка деца су обавештавана и припремљена. Друга група деце лечена је рутински. Праћено је какве су последице у понашању имала деца из прве и друге групе три месеца после хоспитализације и установљено је да су деца из припремљене групе имала значајно мање потешкоћа.

### **Психосоцијалне последице**

- **Айаишија** – равнодушност; психичко стање које се одликује незаинтересованостју за спољашња збивања.
- **Соматизација** – настаје када се психички, односно, емоционални проблеми изражавају на телесном нивоу.
- **Конформизам** – склоност особе да прихвати мишљење већине, без изражавања властитих ставова, најчешће из страха од одбацивања или жеље да буде прихваћена од стране других.

### **Питанја за размишљање**

- Шта се подразумева под појмом хоспитализам?
- Који су основни симптоми хоспитализма код деце према Болбију?
- Наведи бар 4 групе деце која су посебно осетљива на хоспитализацију.
- Које су основне фазе реаговања и прилагођавања деце на болничку средину? Укратко опиши сваку од њих.
- Одабери узрасну категорију деце и опиши како би се у том узрасту могле ублажити тешкоће које са собом носи хоспитализација.

**Прича 1:**

Огњен има 5 година. Хоспитализован је због јаке упале плућа, а лекари предвиђају да ће боравак у болници бити дуг и до 4 недеље. Са Огњеном је његова мама, која је врло забринута и данима не може да спава. Огњен је миран, али има проблеме са ноћним спавањем и одбија храну.

Како бисте помогли Огњену и његовој мами у овој ситуацији? Које би активности могле бити корисне како би се Огњену ублажила непријатност боравка у болници?

**Прича 2:**

Марина има 11 година. Хоспитализована је због проблема са слепим цревом. Лекари су се сложили да би било боље да се на време обави хируршки захват и да се слепо црево одстрани. Марина јако бурно реагује на сваку интервенцију лекара, јако је уплашена и забринута. Родитељима и медицинским сестрама које се о њој брину стално прича како се плаши тога што је чека.

Како бисте помогли Марини у овој ситуацији? Које би активности могле бити корисне како би се Марини ублажила непријатност боравка у болници?

**Прича 3:**

Марко има 13 година. Хоспитализован је због лабораторијских испитивања. Лекари предвиђају да је за то потребно око 5 дана. Ипак, и поред тога што му је речено да неће дуго остати у болници, он јако бурно реагује на сваку интервенцију лекара и не жели да комуницира са медицинским особљем. Када се заврши посета, почиње да се љути на родитеље и здравствене раднике и говори како ће побећи из болнице.

Како бисте помогли Марку у овој ситуацији? Које би активности могле бити корисне како би се Марку ублажила непријатност боравка у болници?

**Прича 4:**

Кристина има 6 година. Хоспитализована је због деформитета руке, па је потребно одлучити да ли ће бити обављена хируршка интервенција или је потребно да научи вежбе за корекцију. Кристина стално плаче за родитељима, тужна је и не жели да прича са било ким. Када родитељи оду, легне у кревет, покрије се и сатима плаче за њима. Стално говори како хоће да иде кући.

Како бисте помогли Кристини у овој ситуацији? Које би активности могле бити корисне како би се Кристини ублажила непријатност боравка у болници?

## 6. Психички проблеми одраслих у болници

Иако код одраслих болесника хоспитализација не изазива тако озбиљне последице као код деце, ипак на погоршање тока и исхода органских болести и умањење делотворности лечења могу утицати негативна емоционална стања која су изазвана самим боравком у болници.

Готово сви хоспитализовани болесници су забринуте, чак и када су у питању дијагнозе које не би требало да изазову забринутост, као и када постоји позитиван исход болести. Често хоспитализацију прате осећања беспомоћности и изгубљености у новој, болничкој средини, брига за породицу од које је пацијент одвојен, страх да се боравак у болници негативно не одрази на пословни статус, страх од могуће трајне неспособности и немогућности да се особа брине за саму себе, страх од бола који може да се јави у случају неких интервенција или операције.

Испитивања показују да су неке *групе болесника више склоне повећаној забринутости* током боравка у болници: жене до 40 година, млађи мушки болесници (чешће критикују здравствене раднике и болничко лечење), болесници примљени због испитивања, болесници са малигним обољењима, сидом или непознатим болестима, болесници који су иначе склони већој забринутости и потиштености и у неким другим стресним ситуацијама.

Основни разлози за забринутост болесника у болници могу бити неизвесност лечења, будућа операција, примена опште анестезије (успављивање пацијента ради обављања хируршког захвата), као и одвојеност од деце и породице.

С обзиром на то да болесници различито могу реаговати на хоспитализацију, потребно је да здравствени радници процене колика је оптимална количина информација коју треба да им пружи. Давање детаљних информација може појачати страх код неких болесника. Болесници који користе негирање као механизам одбране лакше превладавају постоперативни стрес ако добију мање информација.

### *Најчешће реакције одраслих на хоспитализацију су:*

**Хиперактивност** – прекомерна моторна активност и прекомерна говорљивост. Ови пацијенти могу бити врло немирни, много се крећу, делују узбуђено и неспокојно, чест је симптом знојење и тремор руку. Имају јаку потребу да свима причају о себи, својој породици или својој болести. Могу се јавити несаница, ноћне море, губитак апетита, главобоље и друге психосоматске сметње.

**Повлачење** – прекомерна ћутљивост и некомуникативност. Болесник је повучен у себе, заокупљен размишљањима о својој болести, заокупљен сопственим телом и својим симптомима, потпуно незаинтересован за спољашњи свет и за све што се око њега догађа.

**Рејресија** – болесник се понаша као дете, препуштајући се потпуној бризи других, без икаквог личног ангажовања око свог здравственог стања, очекује пуну пажњу од здравствених радника, реагује агресивно уколико му се захтеви не испуне.

### **Институционалне неурозе**

Спадају у групу психичких поремећаја који се односе на сва непожељна психичка стања која су узрокована животом у институцији (у затвору, болници, касарни, домовима за старе). **Синдром институционалних неуроza израђен је симијомима:** апатијом, губитком занимања за спољна дешавања, препуштањем судбине, лошим навикама, губитком индивидуалности, а све то прати повећана потиштеност особе. Ови симптоми код пацијената нису толико везани за саму чињеницу да се налазе у болници, колико за чињеницу да се налазе у институцији, одвојени од своје претходне социјалне улоге.

**Узроци институционалних неуроza могу бити:** губитак контакта са збивањима у спољашњем свету, немогућност изласка из институције када пацијент то пожели, ограничавање посета, премало информација о збивањима у спољашњем свету, досада, груб и ауторитативан однос особља према пацијентима, општа атмосфера која влада у болницама (Havelka, 2011).

### **Типови болесника**

Циљеви многих истраживања односе се на утврђивање које су особине тзв. **добрих болесника**, односно болесника који се понашају у болници онако како здравствени радници то очекују. Установљено је да медицинске сестре добрим болесницима придају следеће особине и понашања (Havelka, 2011): сарадљивост, разумевање властите болести, прихватање болести и прописаног лечења, слагање са другим болесницима, поштовање здравствених радника, пријатност, љубазност, захвалност и смисао за хумор.

Супротно томе, у типове **нейоуларних болесника** спадају они који: испољавају егоцентризам, незадовољство и агресивност, нису спремни да без приговора прихвате прописано болничко лечење, имају психијатријске дијагнозе.

## **6.1. Начини ублажавања тешкоћа код болесника**

У односу са пацијентима здравствени радници треба да покажу емпатију, осећајност и занимање за друге јер ће то допринети стварању позитивне и конструктивне комуникације између здравственог радника и пацијента, а самим тим ће допринети и бољој сарадњи у току лечења. Начини који се

могу користити да би се пацијенту олакшао боравак у болници тичу се са-  
мог пријема пацијента у болницу, организовања посета, уређења болничке  
средине и одговарајуће комуникације.

**Пријем у болницу** – испитивања утицаја стреса приликом пријема у бол-  
ницу на касније болесникове тешкоће показују да ће оне бити најмање када  
су већ при пријему у болницу пацијенти обавештени о свим рутинским пос-  
тупцима, упознати са болничком средином, са болесницима на одељењу где  
ће лежати, докторима и медицинским сестрама које ће о њима бринути.

**Посете** – омогућавање неограниченог посећивања од стране родбине и  
пријатеља, постојање посебних просторија за посете, као и могућност да по-  
сетиоци дођу у било које време и остану колико је то највише могуће, пози-  
тивно ће се одразити на психичко стање болесника.

**Болничка средина** – пријатна болничка соба, светлост, чисте просторије,  
комбинација боја, намештаја, зеленило, паркови, библиотека, просторије за  
рекреацију допринеће побољшању болесниковог психичког стања. Основна  
улога добро уређеног простора јесте да пацијенту смањи ниво досаде, омо-  
гући му активност, пружи комфор и осећај пријатности.

**Комуникација са болесном особом** – када здравствени радници разго-  
варају са болесницима о свим медицинским, психолошким и социјалним  
аспектима болести, као и о темама које нису везане искључиво за болест,  
пацијентима ће се умањити тешкоће које прати хоспитализација.

#### Питанје, питања

- ◆ Наведи групе болесника које су склоне повећаној забринутости током боравака у болници.
- ◆ Покушај да објасниш разлоге зашто жене до 40 година спадају у катего-  
рију осетљивијих на хоспитализацију.
- ◆ Шта се подразумева под институционалним неурозама?
- ◆ Које су карактеристике „добрих болесника”?
- ◆ Опиши реакцију повлачења код болесника у току хоспитализације.
- ◆ Наведи неке од начина којима се могу ублажити тешкоће болесника  
услед боравака у болници.

## 7. Психичке тешкоће оболелих од неизлечивих болести и помоћ пацијентима и породицама у терминалној фази болести

Након што болест узнатредује, терминално оболеле особе у том периоду постају свесне да помоћи нема и да им се ближи крај. Суочавање са оваквом чињеницом ни за кога не може бити лако – тешко је оболелој особи, али и породици и здравственим радницима. Зато такву свест често прате различите психичке тешкоће код оболелих. Када схвате да им поједини поступци лечења (нпр. цитостатици, зрачења) нису продужили живот, могу почети да пружају отпор даљем лечењу, што може бити последица осећања беспомоћности, депресије и губитка воље за животом. Међутим, неки људи одлуку о престанку лечења доносе након дужег периода размишљања. Најчешћи разлог за то јесте управо жеља оболелих да не умру у болници, него да обаве још неке послове или проведу време уз своје ближње. Поједине особе радије своје преостало време користе на такве начине, него на боравак у болници, изолацију и тешку терапију.

### **Терминална фаза болести:**

- Почиње када медицински стручњаци процене да се здравствено стање болесника погоршава;
- Настаје када не постоји третман који би довео до побољшања стања и спречавања смрти;
- Доводи до споре смрти и прогресивног пропадања;
- Може трајати месецима и годинама;
- Може бити праћена хроничним болом.

Уз појаву неизлечиве болести, јављају се и различите групе симптома:

- **Соматски** – замор, губитак енергије, бол;
- **Психолошки** – *анксиозне реакције* (општа збуњеност и несигурност, напетост, различити страхови, повећана осетљивост или раздражљивост, забринутост око доступности потребне помоћи, страх од одбацивања, узнемирујуће мисли; *депресивне реакције* (доживљај болести као казне, осећање кривице, жеља за смрћу, осећај беспомоћности, одбачености, апатија, пасивизација, проблеми у комуникацији);
- **Социјални** – зависност од других, стигматизација, „лепљење етикете”, престанак рада и социјалних активности;
- **Духовни** – питање смисла живота, преиспитивање.

Наведени проблеми не угрожавају само пацијента већ и његову најближу околину, чланове породице и медицинско особље које се о пацијенту непосредно брине. Посебан вид неге болесника у терминалној фази болести је **палијативна нега**, чији је задатак побољшање квалитета живота у тој фази (о чему ће накнадно бити речи).

## 7.1. Фазе суочавања са смрћу у току терминалних стања

Гласер и Штраус (Glaser; Strauss, 1968 према Havelka, 2011) проучавали су свест умирућих болесника о стању у којем се налазе и установили да се ова свест развија у неколико фаза. У првој фази болесник **није свестан** чињенице да умире и мали број особа из његове околине је свестан тога. Међутим, када постоји више особа које су упознате са болесниковим стањем и када оболели примећује како се други људи понашају према њему, онда може почети да развија сумње да је његово стање можда врло тешко. Тада се јавља облик свесности који ови аутори називају **фаза сумњичавости** или **узајамној претварања** околине и болесника. Многи болесници у овој фази уму уз непотпуно обликовану свест о томе да ће умрети јер им нико то отворено не саопшти. Уколико породица и пријатељи, као и болесник, постану потпуно свесни тежине болести, долази до фазе **отворене свесности**. У овој фази породица бира теме о којима ће разговарати са оболелим, а оне најчешће нису везане за болесниково здравствено стање, те чланови породице често избегавају разговоре који би могли довести до наслуђивања болесника о томе у каквом стању се заправо налази.

Када је реч о томе како се болесници суочавају са сопственом смрћу у току терминалних болести, истраживачи су закључили да до овог суочавања долази постепено, проласком кроз различите фазе прилагођавања. Крајем 1960-их година, на основу интервјуа са преко 200 терминално оболелих пацијената, Елизабет Кублер-Рос (Kubler-Ross, 1969 према Бергер, 1997) развила је теорију по којој они који умиру пролазе кроз **пет фаза суочавања са смрћу** – **фаза негирања**, **фаза гнева**, **фаза ценкања** или **погодбе**, **фаза потиштености**, **фаза прихватања**.

**Фаза негирања (одбијања)** – болесник не верује да стварно има неизлечиву болест и сматра да су његови налази случајно замењени с налазима неког другог болесника. Болесник не жели да призна да се то њему догађа, те негира болест. Негирање је у оваквим случајевима нормално и корисно јер омогућава оболелом да се у одређеном временском периоду прилагоди новонасталим околностима. Пружа му време да активира стратегије за превладавање стреса и потражи стручна мишљења (Sarafino, 1994 према Бергер, 1997). Ипак, уколико негирање траје предуго, може доћи до штетних последица јер особа може почети да се понаша ризично – да одбија додатна испитивања или да одлаже и одбија лечење.

**Фаза гнева** – болесника обузима гнев због тога што су му ускраћени животни планови и јавља се осећање зависти према особама које и даље могу несметано да живе. Ову фазу за здравствене раднике и породицу чини тежком и то што болесник усмерава гнев према свакоме из његове околине.

Ипак, околина у овој фази често прави грешку јер људи почну да избегавају болесника или овакво понашање схватају лично.

**Фаза ценкања (појоге)** – траје релативно кратко и у њој болесници обично настоје да одложе на неко време неизбежан крај живота, те да обаве још нешто или да доживе што више лепих тренутака. Ценкање се у основи заснива на потреби болесника да верује у животну правду по којој се добро враћа добрим, а лоше онима који чине лоше (Lerner, 1970 према Бергер, 1997).

**Фаза поштованости** – учесталост тегоба, приметно опадање физичких способности и прогресија болести доводе до суочавања са стратегијом ценкања. Болесник осећа да је беспомоћан, да губи контролу и да му време измиче. Све то доводи до потиштености – периода туге због предосећања сопствене смрти. Болесник жали за оним што је имао у прошлости и чега више неће бити, као и за оним што је могао имати у будућности. Иако су оваква осећања болна, она помажу болеснику да се припреми за оно што долази.

**Фаза прихватања** – јавља се код болесника који живе дуже са болешћу. Ова фаза не подразумева угодност и олакшање, већ само спремност особе да прихвати неминовно. У овој фази болесник престаје да се опире болести, престаје да се ценка и да мисли да можда има начина да оздрави. Особа све више времена проводи у сну, говори спорије и мање, губи енергију и постаје све слабија (Бергер, 1997).

Најчешће постављано питање, када је у питању однос према особама које болују од терминалних болести, јесте да ли болеснику треба рећи дијагнозу и када то треба учинити. Елизабет Кублер Рос, која се јако дуго бавила истраживањима ове области, закључила је да болеснику треба објаснити дијагнозу чим је успостављена, али му не треба рећи да умире, него да је тешко болестан и да ће се учинити све што је могуће како би му се помогло. Ниједном болеснику не треба рећи да умире. Када болесник пита какви су му изгледи да поживи још неко време, боље је одговорити да се то не зна, с обзиром на то да су прогнозе о дужини живота појединог болесника који болује од неизлечиве болести врло несигурне (Havelka, 2011).

### **Како помоћи особама које умиру?**

Изражење у сусрет психолошким потребама оних који умиру понекад је једино што се за њих може учинити и самим тим представља задатак који се никада не сме заборавити. Истраживачи су ове потребе класификовали у 4 групе (Havelka, 1988 према Бергер, 1997):

- Потреба за ублажавањем бола;
- Потреба за самопоштовањем и поштовањем – поштовање осећања стида, нелагодности и став уважавања личности болесника веома су значајни;



Задовољавање психолошких потреба особа које умиру је задатак који не сме бити заборављен.

- Потреба за пажњом и припадањем – омогућити што чешће посете породице, али и подршку од стране оних који лече и негују, држање за руку, посебно онда када болесник то тражи;
- Потреба за саосећањем и комуникацијом – посебно је изражена уколико се болесник осећа усамљеним или напуштеним.

Малигне болести ограничавају нормалне активности болесника, смањују радну способност, онемогућавају животне радости, ограничавају и мењају животне планове и захтевају учешће целе породице у лечењу и свакодневним активностима болесника.

Динамика породице значајно се мења након сазнања о терминалној болести. Тако долази до значајних промена на финансијском плану, мењају се социјалне улоге и подела дужности у породици.

### ***Да ли нешто осећају здравствени радници који раде са болесницима у терминалној фази болести?***



*Здравствени радници суочавају се са бројним емоционалним проблемима услед рада са терминално оболелим особама и услед смрти болесника*

Рад са терминално оболелима није лак и често доводи до телесне и менталне исцрпљености. Неизлечиви болесник и онај који умире реактивирају скривена, потиснута осећања и страхове код самих здравствених радника.

У циљу превладавања стреса здравствени радници могу користити различите механизме одбране. Смрт болесника у кога је стручњак емоционално улагао представља већи стрес и тада се код лекара могу јавити осећања страха, беспомоћности, нестручности и доживљај „узалудног труда“. Неретко, осећање личне немоћи медицинско особље компензује заузимањем ауторитарног става који маскира осећања напетости, сопствене неадекватности и несигурности. Понекад могу испољавати и непријатељске реакције према члановима породице оболелих. Дистанцирање које се јавља код стручњака који више година раде са терминално оболелим болесницима адаптабилно је за њих јер има функцију емоционалне заштите. Оптималну дистанцу понекад је тешко пронаћи, али она је један од услова како би стручњак сачувао сопствено ментално здравље и успешно применио најадекватније поступке лечења и неге оболелог.

**Разговор медицинских радника са најближим члановима породице** битан је ради пружања психолошке подршке и информација које су неопходне за негу болесника коју му чланови породице морају пружити код куће између циклуса терапије или у терминалној фази болести. Животни век оболелих од малигних болести све више се продужава уз различите фазе погоршања и побољшања, поновљених лечења и медицинских интервенција. Због тога је потребно породицу болесника припремити на чињеницу да такво стање може дуго трајати, а при томе не треба давати прогнозе о преживљавању. Чланови

породице могу преиспитивати да ли је њихово понашање одговарајуће, да ли су превише опуштени или с друге стране, напети и озбиљни. Они су често превише уплашени, неспретни и несигурни, али своја психичка стања прикривају.

Породицу и пријатеље требало би едуковати да болесника не искључују из других догађаја у породици, посла и актуелних друштвених догађаја. То значи да болесник није оријентисан само на мисли о болести и даје му потврду да га болест није потпуно онеспособила и искључила из свакодневног живота.

### ***Како помоћи преживелим члановима породице у суочавању са губитком?***

Без обзира на то да ли је неко кога волимо умро нагло и неочекивано или је до његове смрти дошло кроз болест, период туговања и бола су неминовни. Са оваквим осећањима људи излазе на крај на различите начине, успешно или мање успешно, али их та осећања прате одређено време.

Негирање се јавља као почетна реакција на губитак драге особе. Емоционални шок, бол, очај и осећање празнине често су праћени преокупираношћу сликом умрле особе и враћањем у прошлост. Патња може бити врло јака и испољавати се кроз узнемиреност, немогућност особе да се опусти, несаницу, тешкоће у комуникацији. Преживели некада нису у стању да се суоче са смрћу вољене особе, прихвате сазнање да је више нема и опросте се од ње. Неки људи не допуштају себи да осећања бола и туге природно теку, него их замењују другим осећањима – може се десити да особа уместо туге изражава бес због тога што вољене особе више нема. Код неких људи јавља се и потискивање непријатних и јаких осећања која су повезана са губитком, што подразумева да их особа несвесно уклања, тј. „брише” из свести како би се од њих одбранила. Ипак, потиснути садржај није стварно заборављен, па се након одређеног времена може поново јавити.

Туговање као природни процес може трајати месецима, па и годинама. Правила не постоје када је у питању туговање. И по престанку шока, периода туговања и бурних емоционалних реакција, вољена особа се не заборавља. У појединим случајевима особе никад неће преболети губитак, само ће научити да живе и функционишу уз доживљај да је оно што су изгубили неповратно (Бергер, 1997). Свако ко је прошао кроз суочавање са губитком драгих особа зна да је период туговања нешто што свако проживљава на свој начин, а тада је потребна подршка, разумевање, али и време.

#### Психосоцијална помоћ

- **Цијосјатајници** – лекови који се користе у лечењу малигних обољења.
- **Пасивизација** – повлачење; мирење са постојећим стањем.
- **Сјијмајизација** – негативно вредновање особе од стране друштва.

#### Питања за размишљање

- Шта је то терминална фаза болести?
- Шта се подразумева под „фазом сумњичавости” у току развијања свесности пацијента о његовом стању?
- Наведи и опиши основне фазе суочавања са смрћу према Росовој.
- У чему се огледају позитивни ефекти фазе негирања приликом суочавања са смрћу?
- Како можемо помоћи особама које умиру и њиховим породицама?
- На који начин се здравствени радници суочавају са терминалном фазом болести код својих пацијената?

## 8. Ставови о различитим исходима болести

### 8.1. Еутаназија

Еутаназија (грч. *Еу* – добра, *танатос* – смрт, *добра смрт*) је убиство из милосрђа или самилости. Омогућава лаке и безболне смрти неизлечивим болесницима који су под јаким боловима, до тачке неиздрживости.

**Када је у ишћању воља болесника да се сироведе еутаназија, она може бићи:**

- **вољна еутаназија** – када сама особа жели еутаназију и сматра да је њен живот недостојан живљења;
- **невољна еутаназија** – када особа није у стању да одлучи сама да ли жели еутаназију или не (стања коме);
- **еутаназија против нечије воље** – када се воља особе не узима у обзир.

**Када је у ишћању начин сировођења еутаназије, она може бићи:**

- **Активна еутаназија** – терапија се даје искључиво са намером да се нечији живот оконча;
- **Пасивна еутаназија** – оболелом се укида лечење којим се он одржава у животу, што ће довести до смртног исхода.

Активна еутаназија подразумева директно и намерно скраћење живота неизлечиво оболелог пацијента. Она се обавља давањем високе дозе хипнотичких средстава, опојних дрога или отровних материја. Пасивна еутаназија подразумева непредузимање или обустављање мера које би водиле продужавању живота пацијента.

Треба направити разлику између еутаназије и *помоћног самоубиства*. Еутаназија представља чин прекидања нечијег живота од стране лекара, а потпомогнуто самоубиство је када лекар обезбеђује средство којим ће особа извршити самоубиство.

Еутаназија је законита у следећим земљама: Холандија, Канада, Колумбија, Белгија и Луксембург. Заговорници легализације еутаназије обично налазе оправдање за свој став у постојању терминалних болесника, стављајући нагласак на ублажавање патње и очување телесног интегритета, самоопредељења и личне аутономије болесника. Противници заступају став да се данас у ери савремене медицине болови могу елиминисати лековима и хируршким методама.

Еутаназија у кривичном праву Србије дефинисана је као засебно кривично дело, то јест привилеговани облик убиства. Да би била остварена као таква, потребно је да је учињена из самилости према лицу које је лишено живота због тешког здравственог стања. Поред тога, потребно је да је еутаназија извршена на изричит захтев лица које је лишено живота.

## 8.2. Анестезија



Увођење пацијента у анестезију

Након што се пацијенту дијагностикује одређена врста болести, један од исхода може бити операција. Због бола који прати хируршку интервенцију, пацијенту се може дати локална или општа анестезија. Локална анестезија обезбеђује одсуство бола на малом делу тела и користи се за кратке и мање оперативне захвате.

У току опште анестезије пацијент је у стању сличном дубоком сну. Свест је привремено и контролисано искључена, пацијент се не помера и не осећа бол.

Код пацијената често се јавља брига поводом успешности операције, осећања бола у току интервенције, као и страх да се могу пробудити у току операције или да се неће пробудити након анестезије. Могући нежељени ефекти анестезије су: мучнина, повраћање, главобоља, болно и суво грло, отежано дисање, срчане сметње, алергијске реакције, ошамућеност, халуцинације, делиријум, као и страхови који прате све ове реакције.

Из наведених разлога, пре увођења пацијената у општу анестезију, неопходно је спровести психолошку преоперативну припрему у оквиру које их је потребно упознати са начином на који анестезија делује и њеним могућим исходима. Преоперативна припрема подразумева давање одговарајућег броја информација, који је у складу са проценом целокупног психичког стања пацијента.

Групе пацијената које су под већим ризиком за појаву наведених ефеката су зависници од психоактивних супстанци (алкохола и дрога), особе са психичким поремећајима (нарочито психозама), старије особе или особе са тежим органским оштећењима.

## 8.3. Палијативна нега

Палијативно збрињавање је активна и свеобухватна брига о пацијентима који болују од тешких и неизлечивих болести, што подразумева контролу симптома њихових болести, као и психолошку, социјалну и духовну подршку пацијентима и њиховим породицама.

Палијативна нега обезбеђује најбољи могући квалитет живота у последњим фазама пацијентове болести. Тимови за палијативно збрињавање састоје се од: доктора, медицинских сестара, социјалних радника, психолога, духовника и волонтера који су прошли обуку.

## Путимо нове појмове

- **Делиријум** – стање помућене свести које прате халуцинације, смањена концентрација и несналажење у времену и простору.

## Питам те, питам

- Повежи дато објашњење еутаназије са категоријом којој она припада.

Воља особе се не узима у обзир.

Активна еутаназија

Оболелом се укида лечење.

Еутаназија против нечије воље

Особа жели еутаназију.

Невољна еутаназија

Даје се терапија која ће окончати живот.

Пасивна еутаназија

Особа није у стању да одлучи о еутаназији.

Вољна еутаназија

- Наведи разлоге за еутаназију и против еутаназије.
- Која је разлика између еутаназије и потпомогнутог самоубиства?
- Наведи могуће нежељене ефекте анестезије.
- Опиши значај палијативне неге.

## 9.1. Врсте и функције бола

Иако се према болу често односимо као према необичном искуству, са његовим различитим манифестацијама, блажим или интензивнијим, суочавамо се стално. Такве врсте манифестација неопходне су за **приживљавање** јер нам пружају повратну информацију о телесним функцијама и стању нашег организма. Поред ове функције, бол има и **медицински значај**. Често служи као знак упозорења да се у нашем телу дешава нешто мање или више опасно. Бол у том случају представља сигнал за тражење помоћи. Поред медицинског, постоји и **психолошки значај** бола. Болесници се некада мање плаше болести, оперативног захвата, па и смрти, од могућности да не могу да отклоне бол и сопствену патњу (Бергер, 1997).

**Дефиниција бола према Међународном удружењу за истраживање бола**  
*ласи: Бол је непријатан осећај и емоционални доживљај који је повезан са стварним или могућим оштећењем ткива и субјективан је.*

### **Врсте бола:**

- **Према узроцима** бол може бити **органиски** и **психогени**.
- **Према локацији** бол може бити **периферни** и **висцерални**.
- **Према трајању** бол може бити **акутни** и **хронични**.

**Органиски бол** настаје као последица повреде, оштећења или патолошког процеса у ткиву, док **психогени бол** означава бол који има искључиво психолошке узрочнике или другачије речено „долази из главе болесника.” Код овог бола не постоји јасан органски узрок, али се не мора разликовати од „правог” органског бола.

**Периферни бол** настаје надраживањем рецептора у кожи, мишићима, зглобовима, костима, док **висцерални бол** настаје повредама или патолошким процесима у унутрашњим органима. У многим унутрашњим органима не постоје рецептори за бол или их има јако мало – тзв. ноцицептори (у плућима, бубрезима или јетри), па су ти органи слабо осетљиви на бол и бол је у њима тешко локализовати.

**Акутни бол** настаје као резултат неке специфичне повреде која изазива оштећење ткива (прелом кости, оперативни захват, опекотине). У питању је јак бол, изненадан и може се описати као оштар, пробадајући или севајући. Траје ограничено, по правилу не траје када повреда зарасте, а његова појава изазива анксиозност и нагони особу да тражи помоћ. Акутни бол има велику улогу у учењу јер деца науче које ситуације треба избегавати, односно, које су ситуације болне и на тај начин се обликује заштитничко понашање које их штити од повреда. Без тог механизма живот би био много опаснији. **Хроничан бол** је бол који траје дуже од уобичајеног времена зарастања ране или повреде, као и лечења болести. Траје и по неколико месеци или година,

а описује се као туп, замарајући и исцрпљујући. Узрокован је хроничним патолошким процесима ткива и органа, али може бити и последица оштећења нервног система. Постоји неколико **врста хроничног бола**: **хронични бенини бол** који најчешће траје 6 месеци, варира у интензитету и временом може слабити; **повраћни акутни бол** који траје дуже од 6 месеци, јавља се у епизодама које се понављају (нпр. мигрене); **хронични ипресиван бол** траје дуже од 6 месеци, појачава се током времена и повезан је са малигним и дегенеративним процесима (нпр. метастазе, реуматоидни артритис).

Било која врста хроничног бола изазива бројне психичке и социјалне последице. Као последице јављају се: умор, потиштеност, забринутост, анксиозност, психолошки стрес. Механизми настанка овог бола су различити и недовољно јасни, а терапијски учинци тешко предвидиви.

Поред наведених врста бола, постоје и болови који су посебно интересантни за научно проучавање и то су: **фантомски бол**, односно, бол који се јавља након ампутације неког екстремитета. Особа осећа бол у екстремитету којег више нема и **ипројектовани бол** – бол који особа осећа у делу тела који је удаљен од места настанка бола. Познавање овог бола значајно је за дијагностиковање разних болести.

Једна од најважнијих функција бола, као што је већ објашњено, јесте управо функција за преживљавање јер нам бол даје повратну информацију о стању нашег организма. Међутим, постоји редак генетски поремећај код људи који су рођени без осетљивости на бол, те су често изложени ситуацијама које нису научили да избегавају, а нема ни препознавања многих болести којима је бол пратећи симптом. Овај генетски поремећај се назива **аналгезија**.

## Занимљивост

### „Девојка К-а”

Отац девојке, лекар, дао је детаљан приказ важности осетљивости на бол. Бележио је све проблеме који су произишли из њене неосетљивости на бол током њеног кратког живота. Још од раног детињства била је изложена многим самоповређивањима: при жвакању хране одгризла би себи врх језика и претрпела је опекотине трећег степена јер је клечала на врућем радијатору, гледајући кроз прозор. У лабораторијским испитивањима осетљивости на бол изјављивала је да не осећа никакав бол чак и након болних интервенција. Током целог живота имала је здравствене проблеме уз врло тешке патолошке промене на коленима, куковима и кичми. Ове промене настале су због недостатка заштите зглобова коју обично осигурава осећај бола. У стојећем положају није пребацивала тежину са једне на другу ногу, није се окретала у току сна, нити је знала да

### Битом због

избегава положаје тела који у нормалним околностима изазивају нелагодност. Често је патила од упале зглобова због тога. Те упале су се пренеле на цео организам, и нажалост, умрла је врло млада, са двадесетак година. Данас би можда живела дуже, али овај случај се догодио средином прошлог века када су антибиотици тек били откривени (текст преузет из *Здравствена психологија – наставни шекскови*, Младен Хавелка, 2011).

Резултат

### За размишљање

Уколико те занима ова тема, можеш пронаћи филм о девојчици која не може да осети бол под називом: *Young Girl Cannot Feel Pain, Battles Rare Medical Condition CIPA, ABC News* (Млада девојка која не може да осети бол, борба са рејким медицинским стањем).

Задатак

### Потражи филм

- Шта је аналгезија и у чему се огледа њена опасност?
- Шта се подразумева под феноменом фантомског уда?
- У чему се огледа значај доживљаја бола?
- За наведене врсте бола напиши конкретан пример.

| ВРСТА БОЛА     |
|----------------|
| Висцерални бол |
| Акутни бол     |
| Психогени бол  |
| Периферни бол  |
| Органски бол   |
| Хроничан бол   |

### ПРИМЕР

## 9.2. Праг бола и толеранција на бол

*Да ли је реч о епидемији бола? (подаци из САД-а)*

- Преко 11 милиона људи има мигренске главобоље;
- 23 милиона људи жали се на болове у леђима;
- 37 милиона људи тражи помоћ због болова у вези са артритисом;
- 3–6 милиона људи има дијагностиковану фибромиалгију;
- 3,5 милиона људи искуси бол у вези са канцером и начином његовог лечења;
- Око 125 милиона људи годишње жали се на хроничан бол.

**Праг бола** представља најмањи интензитет надражаја који почиње да изазива осећај бола. Праг бола код већине људи готово је једнак – већина људи ће осећати бол ако температура воде у којој држе руку прелази 50 степени Целзијуса. Праг бола мери се инструментима који се називају **алгезиметри** или **долориметри**. Има их више врста – механички, термички, хемијски, електрични и помоћу њих се испитаници излажу надражајима топлоте, хладноће, електричне струје, притиска, а потом процењују при којој су јачини надраживања осетили бол. Алгезиметри, који омогућавају прецизно дозирање стимулације, прате дубину до које се шиљак забада и притисак којим се то чини.

**Толеранција на бол** односи се на степен подношења бола. Између људи постоје велике индивидуалне разлике у толеранцији на бол, односно, у интензитету бола који је за некога подношљив, а за некога неподношљив. Толеранција на бол мери се задавањем различито јаких, болних надражаја испитанику. За мерење толеранције на бол користе се различите скале вербалних процена или графичке скале на којој особа процењује **субјективни доживљај бола**. Неки људи могу дуго трпети болове велике јачине без реакција које указују на бол (плача, грчења лица, јаукања), док други и код минималних болних надражаја реагују осетљиво и испољавају реакције болног понашања, хитно траже помоћ или лек. Те разлике у толеранцији могу бити условљене биолошким разликама међу људима, као и социјалним, културолошким и психолошким разликама.

### **Особине личности и праг бола**

Особине личности које су највише повезане са учесталијом појавом бола и са јачим доживљајем бола су склоност хистерији и хипохондрији. Особе склоне хистерији најчешће претерују у доживљавању и исказивању бола, а особе које су склоне хипохондрији преокупирани су својим здрављем и умерене су на телесне симптоме. Такође, поред ових особина, анксиозност и депресија такође могу бити повезане са доживљајем бола. Ова два емоционална стања могу појачати бол, али га могу и узроковати. Депресија се врло често повезује са доживљавањем хроничног бола.

## Полне разлике и праг бола

Најчешће се ове разлике могу уочити у периоду адолесценције. Дечаци су мање склони тражењу здравствене помоћи него девојчице. Жене су склоније чешћем јављању лекару, чешће доживљавају бол, имају нижи праг бола и мање су толерантне на бол (Gatchel; Maddrey, 2004 према Havelka, 2011). Постоје полне разлике и у врстама бола који превладава код мушкараца и жена. Жене чешће пате од мигрена, главобоља због мишићне напетости, болова у леђима, на лицу, као и болова у карлици. Ипак, неки истраживачи тврде да су разлике између мушкараца и жена у осетљивости и толеранцији на бол минималне, скоро занемарујуће, а да су стереотипи који постоје о мушко – женским улогама заправо узрок њиховог пренаглашавања.

### ГЕНЕТСКА ОПОШНОСТ

Резултати новијих истраживања указују на могућност да међу људима постоје генетске разлике због којих њихов мозак у ситуацијама болног надраживања отпушта различите количине ендогених опијата – **ефедрина** и **ендорфина**. Утврђено је да су људи чији су мозгови отпуштали више опијата могли да издрже веће јачине бола (Zubieta и сар., 2003 према Havelka, 2011).

### ПИТАЊЕ, ПИТАЊЕ

- Објасни на који начин могу да буду повезани праг бола и толеранција на бол код људи.
- Индивидуалне разлике више долазе до изражаја када је у питању праг бола или толеранција на бол. Зашто?
- Како се може мерити праг бола?
- Објасни однос између особина личности и прага бола.
- Како се може мерити толеранција на бол?

## 9.3. Мерење бола

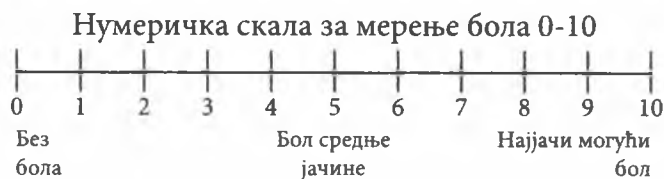
Основни проблем у мерењу бола је тешкоћа да га људи опишу објективно, зато што бол нема објективне карактеристике. Зато се обично, у циљу прецизније процене општења, од болесника тражи да опишу свој бол на одређеним скалама процене. Субјективни доживљај интензитета бола најчешће се мери **унидимензионалним скалама процене**. Оне могу бити:

**Вербалне скале** користе вербалне описе којима болесник описује јачину бола, бирајући један од понуђених одговора за опис свог бола, најчешће: не осећам бол, осећам благ бол, осећам умерен бол, осећам јак бол и осећам врло јак бол.



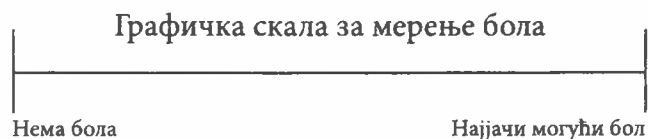
На вербалној скали за мерење бола испитаник бира један од понуђених описа који одговара његовом болу.

**Нумеричке скале** користе бројеве којима се процењује јачина бола. На скали од 0 до 10 болесник заокружује број који најбоље описује јачину његовог бола, при чему 0 означава да „бол није присутан”, а 10 се односи на „веома јак бол”.



На нумеричкој скали за мерење бола испитаник заокружује број који описује јачину његовог бола.

**Графичке скале** сличне су нумеричким, али немају бројеве. Најчешће се користи празна линија са два екстремна описа бола. На левом крају линије је вербални опис „ништа ме не боли”, а на десној „неиздрживо ме боли”. Задатак болесника јесте да обележи место на линији за које процењује да одговара јачини његовог бола. Графичке скале зову се још и термометри бола.



На графичкој скали испитаник на линији означава место које би одговарало јачини његовог бола.

**Сликовни прикази** су цртежи људског лица са различитим изразима лица, од израза који указују на весеље до израза који указују на стања туге. Обично се овакве скале користе за процену јачине бола код деце.

Вонг-Бејкер сликовна лествица за мерење бола



Сликовни прикази за мерење бола приказују цртеже људског лица са различитим изразима. Испитаник бира израз лица који највише одговара његовом болу.

Путем оваквих мерних инструмената може се мерити само интензитет бола, не и квалитет. Јако је важно проценити и о каквом болу се ради, да ли је у питању туп бол, жарећи, пулсирајући или другачијег квалитета. Сматра се да међу најтеже болове спадају жарећи и пробадајући бол. Мерење ових квалитета бола могуће је само *интерсубјективном методом*. Међутим, проблем се најчешће везује за сиромаштво језика у описивању сложенијих психичких стања. Најчешће се болесницима дају упитници на којима су назначени придеви који описују квалитет бола, а задатак болесника је да означи коју врсту бола осећа. За мерење субјективног доживљаја интензитета бола, квалитета бола и понашања у вези са болом користе се и **мултидимензионалне скале или упитници**. Понашање се може мерити кроз самопроцену, интервјуом и опсервацијом. Објективно мерење понашања може бити кроз невербалне знакове, као што су мимика (болни изрази лица), покрети (отежано кретање, савијање, додиривање болног места), узимање лекова (учесталост и количина).

Најпознатији упитник који служи за мерење квалитета бола јесте *Мек Гилов и Мелзаков упитник бола* (Mc Gill-Melzack Pain Questionnaire MPQ). Мелзак и Торгерсон (Melzack; Torgerson, 1971 према Havelka, 2011) класификовали су речи којима се описује квалитет бола:

- Речи које описују *сензорни квалитет* бола – пробадајући, жарећи, пулсирајући, туп, севајући, грчевити, општар, раздирући, штипајући, боцкајући;
- Речи које описују *афективни квалитет* бола – замарајући, исцрпљујући, застрашујући, окрутан, убојит;
- Речи које описују *евалуативни квалитет* бола, односно, болесниково искуство у доживљавању бола – нелагодан, узнемиравајући, тегобан, страшан, неподношљив, ометајући.

Поред овог упитника, један од познатијих јесте и *Мултидимензионални инвентар бола – енгл. MPI* (Kerns, R.D., Turk, D.C., Rudy, T.E., 1985 према Бергер, 1997). Овај упитник састављен је од три дела: мери болесниково виђење утицаја бола на различите области свакодневног живота, болесниково виђење реакција других на његову патњу, као и учесталост специфичних понашања као последица бола.

**Дневници бола** – у њима болесник активно, сваког дана пише дневник бола, где треба да опише наведене аспекте бола.

| Време | Активност | Јачина бола<br>(0-10) | Иритабилност<br>(0-10) | Шта си урадио да превазиђеш<br>бол? Колико је било ефикасно<br>(0-10) |
|-------|-----------|-----------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|       |           |                       |                        |                                                                       |

### Називимо нове појмове

- **Интроспективни метод (интроспекција)** – метод у психологији у којем испитаник извештава о својим искуствима, емоцијама и доживљајима. Другачије се назива *самойосмајрање*.
- **Унидимензионалне скале** – скале које мере једну димензију (одлику) бола, на пример само његову јачину.
- **Мултидимензионалне скале** – скале које мере више димензија (одлика) бола, на пример његову јачину, трајање и квалитет.
- **Ојсервација** – посматрање.
- **Мимика** – израз лица, фацијална експресија.

### Питам те, питам

- Шта се подразумева под сликовним приказима за процену бола?
- Из којих делова се састоји Мултидимензионални инвентар бола?
- Који начини мерења бола постоје када је у питању квалитет бола?

### Буди ма то психолог

- Буди креативан и размисли на који начин би, поред наведених, могао да се мери интензитет и квалитет бола код људи?

## 9.4. Психолошки фактори који делују на доживљај бола

Како је бол део свакодневног живота већине људи, у неким ситуацијама сам приступ људима који осећају бол – давање подршке, охрабривања, коришћења различитих психолошких поступака за отклањање бола, може бити врло делотворан. Код сваке врсте бола треба узети у обзир и деловање психосоцијалних чинилаца. Они на бол могу деловати на три основна начина:

- Могу бити *ублаживачи* бола јер утичу на смањење интензитета доживљаја бола;
- Могу бити *појачивачи* бола јер повећавају интензитет доживљаја бола;
- Могу бити *узрок* бола, као код психојених болова;

### Психолошки фактори који делују на доживљај бола:

#### • Значење бола/повреде

При доживљавању сваког бола можемо проценити његово значење на основу наших претходних искустава, ставова, уверења и на тај начин утврђујемо да ли треба да се бринемо због бола, да ли би требало одмах да реагујемо, потражимо помоћ или да га игноришемо. Овим аспектом бола бавио се Мелзак (Melzack), те је он тај индивидуални образац придавања значења неком болу повезао са *неуропсихолошким обрасцем* који је назвао *body self neuromatrix*, а који је код сваког од нас различит, па се онда и третман бола томе прилагођава (према Havelka, 2011).

#### • Емоционална стања и бол

Свака болна сензација изазива пропратна непријатна емоционална стања, а емоционална стања утичу на перцепцију бола. Око 40% болесника који болују од хроничног бола пате и од различитих облика потиштености (Romano и Turner, 1985 према Havelka, 2011). У највећем броју случајева, непријатне емоције јављају се као реакције на бол, а не као узрок бола. Међутим, бол не мора код свих да изазове потиштеност. Код оних болесника који имају добре механизме суочавања, који настављају са својим уобичајеним активностима упркос нелагодности и налазе начин да контролишу свој бол, ређе се појављују потиштеност и забринутост. Они људи који болу придају катастрофичне узроке, који су уверени да је бол симптом почетка неке озбиљне и неизлечиве болести, пре развијају потиштеност и забринутост као реакцију на бол.

Смањивање потиштености код болесника доводи до смањивања интензитета доживљаја бола, док повећани степен потиштености доводи до појачаног доживљавања бола. Стање забринутости или стрепње може пратити сваки бол и расте с њеним интензитетом.

### • **Анксиозност и бол**

Доживљај бола расте са степеном анксиозности, али и обрнуто, анксиозност расте са степеном бола. Због тога је важно у терапији бола, поред аналетика, укључити и терапију анксиолитицима. Истраживања су показала да је боље дејство морфијума нађено код особа које су у време доживљаја бола биле високо анксиозне, док је код особа које нису биле анксиозне ефекат морфијума био мали или га није било.

### • **Преходно искуство и бол**

Ставови према болним доживљајима су под јаким утицајем родитеља, односно васпитања и раног животног искуства. Обрасци породичног функционисања, који се тичу реакција на повреду детета, могу утицати на доживљај бола у периоду одраслости. Деца из породица које придају велику пажњу малим повредама постаће осетљивији на бол и реаговаће већим степеном забринутости. Са друге стране, деца која одрастају у средини где се на бол реагује са мало разумевања могу формирати лошије здравствене навике и занемаривати непријатне сензације, које у неким случајевима могу угрожити здравствено стање.

### • **Контекст**

Ситуација у којој се одвија болно искуство одређује степен доживљеног бола (поједине спортске повреде на важном мечу доводе до тога да се бол готово не примећује јер је жеља за победом примарнији и вреднији циљ од посвећености болу).

### • **Очекивања и бол**

Може се рећи да људи боље подносе бол када знају да ће се јавити, него ако се појави сасвим неочекивано. Поступак обавештавања о времену јављања бола у својој пракси често користе стоматолози код болних захвата. Такође, показало се да неки дијагностичко-терапијски захвати, који су иначе сасвим безболни, могу код болесника довести до доживљаја бола уколико је због необавештености уверен да ће се бол јавити. Исто тако, болни захвати ће се боље подносити ако болесник очекује бол одређеног интензитета у одређено време (Wolff и сар. 1976 према Havelka, 2011).

На смањење разних симптома, па тако и бола, могу утицати очекивања болесника да ће му лек помоћи, веровање у делотворност лека и поверење у доктора који је лек преписао.

### • **Пажња и бол**

Када је бол у центру пажње, када друге дражи не постоје или су безначајне, бол се доживљава интензивније. Људи често изјављују да им бол највише смета ноћу, када нема много осталих дражи које делују на њихову пажњу. Људи у стању потиштености и забринутости значајан део своје пажње усмеравају на сваку телесну сензацију, што повећава доживљај бола.

Бројна лабораторијска истраживања пружају доказе о снажном утицају пажње на толеранцију на бол. Испитаници који су пажњу усмерили ка другим садржајима – нпр. гледању филма, могли су дуже да држе руку у леденој води (на око 0 степени Целзијуса) у односу на оне испитанике којима пажња није била усмерена на друге садржаје.

#### • *Сугестија и бол*

Многи сматрају да је сугестија и код деловања на бол успешнија од многих аналгетика. Стања јаке сугестибилности могу довести до потпуног отклањања бола. Хипнотичко стање је и до данашњег дана остало неразјашњено, али су присталице овог метода сматрале да се болеснику који је хипнотисан сугерише да не осећа бол, те он заиста престаје да осећа болне сензације или оне постају слабије.

#### • *Умор и бол*

Умор по правилу повећава осетљивост на бол, па ће у стањима умора бол бити теже подношљив. Повезаност умора и бола нарочито је уочљива код неких болести као што су фибромиалгија и синдром хроничног умора. *Фибромиалгија* је болни синдром који укључује болове у мишићима, тетивама и зглобовима, а они су праћени умором. Јачина симптома повезана је са изложеношћу стресу, временским приликама и периодом дана.

#### • *Особине личности и бол*

Особине личности које су највише повезане са учесталијом појавом бола и са јачим доживљајем бола су склоност хистерији и хипохондрији (*јој осетљивије се како ове две карактеристике утичу на праг и толеранцију бола*). Такође, са начином доживљавања бола повезане су и склоност забринутости и потиштености. Сваки човек може проћи кроз овакве периоде у животу, те је у тим раздобљима свако осетљивији на бол него иначе. Депресија је пратни симптом многих врста хроничних болова и значајно је чешћа код људи који доживљавају хроничан бол, него у општој популацији.

Код неких људи могу се јавити и *соматизације*, односно пренос психичких симптома на телесне симптоме. Такође, лоша расположења и катастрофичне мисли могу посредно утицати на доживљај бола.

#### • *Култура*

Култура делимично одређује степен толеранције на бол. У одређеним културама показивање бола сматра се слабошћу, а кроз неке ритуале (нпр. у афричким племенима) појединац мора да испољи високу толеранцију на бол, односно, мора да истрпи различите повреде без показивања понашања која се везују за доживљај бола.

#### • *Пол*

Сматра се да су жене осетљивије на бол, међутим, жене често подносе висок степен бола који је природан (нпр. порођај). Мушкарци теже подносе лекарске интервенције.

### • **Временски циклуси**

Примећено је да и код исте особе у различито време варира степен болне осетљивости зависно од доба дана, менструалног циклуса и других цикличних промена.

#### **Питам те, питам**

- На која три начина психосоцијални чиниоци могу деловати на бол?
- Објасни како анксиозност може утицати на доживљај бола.
- Присети се властитог искуства у вези са болом и неком интервенцијом. Покушај да опишеш на који начин су очекивања која си имао/ла утицала на твој доживљај бола.
- Што је пажња више усмерена на бол, доживљај бола ће бити израженији.

Т Н

## **9.5. Психолошки начини сузбијања бола**

### ***Појам и методе контроле и отклањања бола***

Када особа осети бол, њене мисли су у том тренутку најчешће везане за питање: „*Шта није у реду са мојим телом/организмом?*” Поред тога, јавља се јака жеља да бол престане.

Уколико се ослободе бола, то за многе болеснике значи да је болест престала. Такође, када здравствени радник помогне пацијенту у отклањању бола, то води стварању позитивних ставова према здравственим радницима и лечењу уопште. Самим тим, човек постаје спреман да се придржава позитивних облика здравственог понашања, што представља превенцију настанка не само бола, него и болести која са собом доноси болне сензације.

**Контрола бола** може значити да особа не осећа више ништа у болној регији. Може значити и постојање сензација које нису бол. Под контролом бола може се подразумевати и осећај бола који више не изазива сметње као раније или осећај бола који особа може да поднесе (Taylor, 1995 према Бергер, 1997).

Неке од техника за савладавање бола доводе до губитка било каквих осећаја у пределу где се раније јављао бол. Неке технике успевају да смање интензитет бола на подношљив ниво. Различити психолошки приступи оспособљавају болесника да боље подноси бол. Ове технике често се комбинују због тога што њихова комбинација даје најбоље резултате у третману бола.

Приликом одлуке о примени индивидуалних поступака за контролу и отклањање бола битно је водити рачуна о читавом низу биопсихосоцијалних чинилаца, као што су:

- Узроци бола, јачина, место, врста и трајање бола;
- Природа болести која узрокује бол, опште телесно и психичко стање болесника;
- Узраст, пол, очекивања болесника;
- Применљивост појединог поступка, пропратни учинци појединих поступака;
- Систем вредности, занимање болесника, систем социјалне подршке коју болесник може очекивати.

**Контрола бола може бити:**

- Фармаколошка контрола бола;
- Хируршка контрола бола;
- Сензорна контрола бола;
- Контрола бола која укључује психолошке технике.

**Фармаколошка контрола бола** – у питању је традиционални и најчешће коришћен метод у третману бола. Односи се на преписивање лекова. У ову сврху користе се *аналгетици*. Лекови брзо делују на акутни бол, који је настао због акутне болести или повреде. Међутим, када је у питању хроничан бол, због дејства различитих чинилаца делотворност лекова знатно је мања. Најпознатије средство за отклањање бола јесте *морфијум* (назван по Морфеју, грчком богу сна). Међутим, утврђена су његова нежељена дејства – адиктивност, односно изазивање зависности. Познато је да учестало коришћење различитих лекова временом ствара толеранцију на лек – физиолошки адаптивни процес који се односи на повећање дозе лека са учестаљим коришћењем. Тај процес даље може водити физичкој и психолошкој зависности. Из тог разлога треба бити обазрив када је у питању употреба различитих фармаколошких средстава у циљу смањења бола.

**Хируршка контрола бола** – састоји се у пресецању влакана за бол или стварању лезије у њима на различитим тачкама дуж тела, тако да сензације бола не могу више бити преношене тим путем. Иако се овакав третман понекад показао успешним, његови ефекти често могу бити само привремени и краткотрајни. Највећи доказ за овакве тврдње налази се у феномену фантомског уда. У том случају, болесник не пријављује бол изазван сећањем, него бол који осећа сада.

**Сензорна контрола бола** – у питању је једна од најстаријих техника у отклањању бола која се назива *контраиндикација*. Ова техника састоји се у томе да се бол бар у извесном степену смањује ако се место у близини његове локализације чешће или штипа, односно стимулише се или иритира друга регија. Искуства су показала да ове технике дају краткотрајне ефекте у третма-

ну бола, па нема сврхе користити их у случају хроничног бола (Taylor, 1995 према Бергер, 1997).

### **Психолошке технике у контроли и отклањању бола**

**Биофидбек (biofeedback)** – подразумева коришћење различитих техника које болеснику пружају биофизиолошку повратну информацију о неким телесним процесима којих он обично није свестан. Процес започиње одређивањем телесне функције у односу на коју треба успоставити контролу (крвни притисак, срчани ритам, мишићна тензија). Дата функција се прати преко апарата, а добијене информације се преносе болеснику. На пример, болесник може да чује откуцаје свог срца, те онда учи који фактори модификују ту функцију – учи да концентрацијом или лаганим дисањем може бити у стању да успори срчани ритам. Циљ ове технике јесте да особа успостави контролу над телесном функцијом која је раније била аутоматска. Ова техника даје добре резултате када се комбинује са другим психолошким техникама.

**Плацебо** – назив „плацебо” користи се у фармакотерапији и подразумева неделотворан лек (таблету, инјекцију, капи) који у себи не садржи активне хемијске супстанце, већ воду, шећер или со. Шире значење односи се на сваки терапијски поступак који нема објективно терапијски учинак, али ипак делује на болесникове тегобе (Havelka, 2011). Плацебо постиже боље ефекте ако је удружен са топлим, емпатијским односом лекара према болеснику. Сматра се да ће особе које имају изражену потребу да буду прихваћене од стране других, које имају нешто нижи степен самопоштовања и које су подложније утицају других, боље реаговати на плацебо (Lieberman, 1962 према Бергер, 1997).

**Хипноза** – особа се уводи у стање хипнотичког транса и сутерисање аналгезије (замишљање да је део тела потпуно неосетљив на бол). Хипноза се ослања на релаксацију, сугестију и отклањање пажње са болног доживљаја (Бергер, 1997). Хипноза се данас користи ретко јер су је замениле савременије технике.

**Акупунктура** – развијена у Кини пре око 5000 година. Она се састоји од забадања танких иглица у прецизно одређене тачке на телу. Реч акупунктура долази од латинских речи *acus* (игла) и *pungere* (убости). Пре започињања процеса особи се дају објашњења о сензацијама које ће осетити при убадању игала. Оваква припрема смањује страх и повећава толеранцију на бол.

Сама процедура отклања пажњу са болног искуства. Подаци из истраживања говоре да је акупунктура успешна у изазивању краткотрајних аналгезија, па чак и анестезија.

**Технике релаксације** – користе се првенствено у отклањању анксиозности која може појачати осећај бола. Истовремено, релаксација може



Некад и лек који нема у себи активне хемијске супстанце, нешто шећер, воду или со, ипак може деловати на болесникове тегобе.



У хипнотичком трансу особа престаје да осећа бол због сугестије која јој се даје.



Забадање танких иглица у одређене тачке на телу одвраћа пажњу са болног искуства.

утицати на физичке процесе у организму који су у вези са болом. Релаксација започиње заузимањем удобног положаја тела. Опуштање прати контролу дисања. Релаксација постиже добре ефекте код главобоље и бола фацијалних мишића (мишића на лицу).

**Технике усмеравања пажње** – састоје се у усмеравању пажње на неки други стимулус или активност, што одвраћа пажњу усмерену на бол. Отклањање пажње показало се ефикасним у третману акутног, краћег бола, ниског интензитета. Ипак, у третману хроничног бола нема значајне ефекте.

**Вођене фантасије** – од болесника се тражи да, када осети бол, замисли неку слику, најчешће пријатног садржаја и да се на њу концентрише у потпуности. Овај процес уводи особу у стање релаксације. Често се користи и замисање борбе у којој се болесник бори против бола.

**Когнитивно-бихевиоралне технике** – уместо пасивног трпљења, нуди се активна улога у смањењу бола. Особа се учи да региструје своје мисли, осећања и понашања како би отклонила штетне реакције. Укључују ослобађање од ирационалних уверења и катастрофичних интерпретација.

#### Питајте, питајте

- У чему се огледа хируршка контрола бола?
- Шта се подразумева под контраиритацијом? Покушај да закључиш у случају којих врста болова се она може применити.
- Шта се подразумева под плацебом?
- На чему се заснива биофидбек као техника контроле бола?
- Који ризици постоје када је у питању фармаколошка контрола бола?

## 10. Комуникација као социјална интеракција

Термин комуникација (лат. *communicatio*) значи размењивање (порука, обавештења, информација).

Комуникација се дефинише као успостављање везе између јединки путем знакова. Такође, комуникација се дефинише као процес размењивања порука у коме се могу преносити информације, осећања или идеје.

Овакво преношење порука одвија се помоћу **знакова**. Они се деле на две врсте:

- **симболи** – то су знаци којима се намерно другим особама саопштава неко значење (говорни и писани језик). Они имају репрезентативну или сигнификативну функцију. Користе се за означавање односа, ствари, идеја и доживљаја којих смо свесни. Они су носиоци значења. Најважнији симболи које људи користе су речи говора и писаног текста.
- **сићнали** – они имају експресивну функцију, односно изражавају унутрашња стања организма (емоционална стања или потребе) или су израз особина личности. Не стварају се намерно, као симболи, него се јављају спонтано као експресија неког стања. У сигнале спадају израз лица, смех, плач, покрети тела, поглед.

Комуникација је сложен социјално-психолошки феномен јер се њена структура, садржај и ток одвијају у социјалној интеракцији и као таква условљена је бројним психичким процесима: учењем, опажањем, памћењем, мишљењем, мотивационим и емоционалним стањима, али и особинама и способностима личности.

### 10.1. Елементи процеса комуникације

У свакој комуникацији мора да постоји пошиљалац који преноси поруку и прималац коме је порука намењена. **Пренос идеја пошиљалоца примаоцу и одзив примаоца чине циклус комуникације.** Процес комуникације започиње онда када једна особа (**пошиљалац**) хоће да пренесе некое (**примаоцу**) своју **поруку**. Следећи корак је **кодирање поруке**. Процес кодирања зависи од садржаја поруке, блискости учесника, итд. По кодирању поруке она се преноси посредством одређеног **канала** или **медијума** (извештаји, смс поруке, састанци, писма, телефонски позиви, мејл). По пријему поруке прималац **декодира** поруку и узвраћа примаоцу **повратном информацијом** која представља потврду да ли је порука схваћена исправно или не (према Банковић, 2013).



Шематски приказ процеса комуникације  
и њених елемената

#### Основни циљеви комуникације:

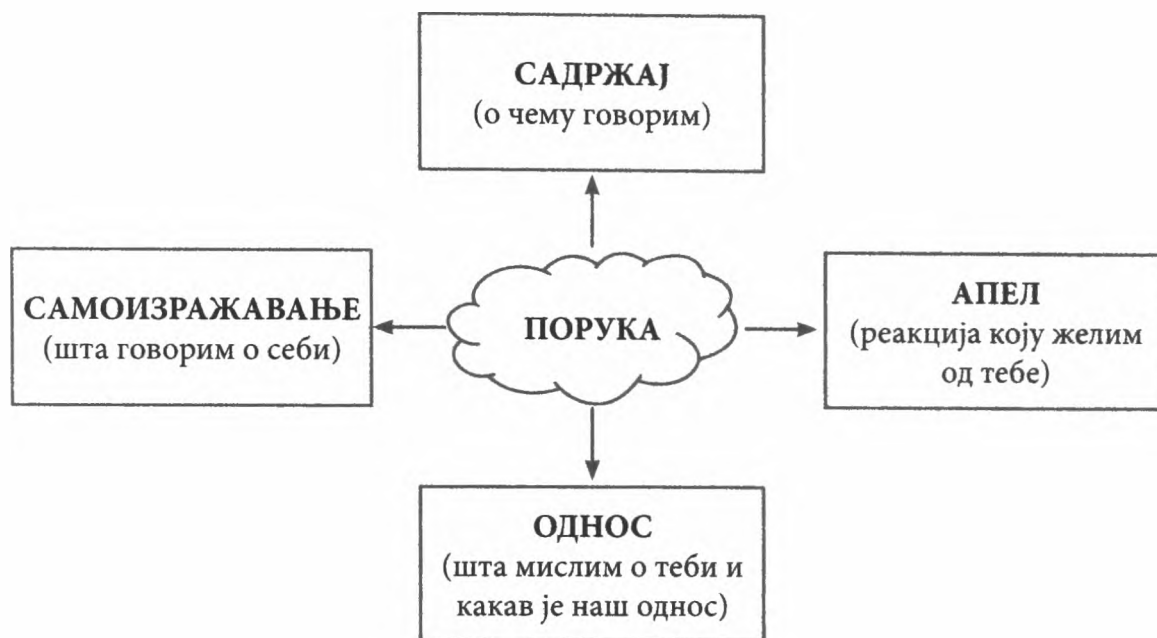
- Откривање – упознавање себе и других;
- Успостављање, развијање и прекид односа;
- Помагање – конструктивна критика, емпатија, помоћ у решавању проблема, подучавање;
- Уверавање – утицање на формирање/промену ставова и понашања других људи;
- Забава.

#### Начела комуникације:

- Комуникација је **неизбежна** (није могуће не комуницирати);
- Комуникација је **нейовраћна** (једном послата порука не може се повући);
- Комуникација је **непоновљива** (немогуће је поновити потпуно исту ситуацију у којој се одвијала комуникација);
- Комуникација садржи **вербалну** и **невербалну** компоненту;
- Одржавање комуникације темељи се на **двосмерности**, на успостављању повратне везе између саговорника;
- Свака комуникација има **садржајни** и **односни** аспект.

За разлику од...

Свака порука која се размени између пошиљалаца и примаоца има вишеструко значење. Оно што пошиљалац каже, може да се тумачи на 4 начина. Зато свака порука има 4 аспекта: садржај, самоизражавање, апел и однос (као што је приказано на слици испод).



#### Питам те, питам

- Како најједноставније можемо дефинисати комуникацију?
- Које су две основне врсте знакова у комуникацији?
- Наведи и опиши елементе процеса комуникације.
- Шта је кодирање, а шта декодирање поруке?
- Објасни начело комуникације: *комуникација је неизбежна.*
- Објасни основне циљеве комуникације.
- Размислите, зашто је комуникација важна.

# 11. Врсте комуникације

Комуникацију можемо поделити на више начина, а најучесталија подела је према броју учесника у комуникацијском процесу и према *уиошребљеним знаковима*.

Према *броју учесника* у комуникацијском процесу разликујемо 4 врсте комуникације:

- **Интраперсонална** – комуникација коју особа обавља сама са собом. Укључује размишљања, решавање проблема, припрему за важан разговор, анализирање сопствених поступака. Код овакве врсте комуникације особа је истовремено и пошиљалац и прималац поруке;
- **Интерперсонална** – комуникација између најмање две особе која најчешће подразумева контакт лицем у лице, али се може одвијати и путем других средстава (нпр. телефон, имејл, Скајп...). Укључује вербално и невербално комуницирање, спонтано, увежбано или планирано понашање и све њихове комбинације. Оваквим видом комуникације упознајемо људе и свет око себе, представљамо се другима, али такође успостављамо, поправљамо или раскидамо поједине међуљудске односе. Људи се свакодневно највише користе овим обликом комуникације;
- **Групна комуникација** – одвија се у оквиру једне групе или између две или више група које могу бити веће или мање. Решавање проблема, развој идеја и подела знања и искуства карактеришу малу групу где сваки појединац може доћи до изражаја (нпр. недељни/дневни састанак начелника одељења са својим тимом). Међутим, код групне комуникације није битно само питање броја учесника већ и циља због којег се група састаје;
- **Масовна комуникација** – укључује велики број учесника, без обзира на професионални, старосни, полни или било који други статус. Експанзија масовних медија омогућила је и масовној комуникацији да се развија. Примери овакве врсте комуникације били би ТВ реклама, вести у новинама или на интернету.

Према *уиошребљеним знаковима*, комуникација се дели на:

- **Вербалну** – облик комуникације који се заснива на преношењу порука речима, усмено или писмено;
- **Невербалну** – садржи знаке и сигнале као што су држање тела, покрети, израз лица, промена тона гласа...



Интерперсонална комуникација лицем у лице

## 11.1. Вербална комуникација

Разликујемо 2 врсте вербалне комуникације:

- **Усна комуникација** односи се на разговор између двоје или више људи;

- **Писмена комуникација** обухвата: службене забелешке, извештаје, записнике, разне писане материјале (нпр. у медицинском контексту обухвата: историју болести, рецепт, отпусну листу, упут за специјалисту, лабораторијске налазе...).

#### Предности усмене комуникације:

- **Брзина** – порука може бити послата и одговор примљен за кратко време;
- **Повратна информација** – брза повратна информација омогућава брзу исправку од стране пошиљаоца;
- Може се обратити пажња и на **невербалну комуникацију**.

#### Недостаци усмене комуникације:

- **Дисторзија поруке** – могућност да се поруке погрешно схвате и тумаче;
- Људи често **не размишљају** о поруци пре него што је пошаљу;
- **Подложност препрекама** – пошиљалац претихо или неразговорно говори, пуцање везе у телефонским разговорима и сл.;
- **Непостојање трајног записа** – саговорници се морају ослањати на сопствено памћење;
- **Напетост** – посебно када је потребно говорити пред већим бројем људи, што може утицати на квалитет и прихватање поруке.

#### Предности писане комуникације:

- Пружа **трајан запис**;
- Поруке су често добро **промишљене**, јасне и логичне; писане речи су пажљивије биране него изговорене;
- Порука се може **проверити**.

#### Недостаци писане комуникације:

- Писана комуникација **одузима време** – за исту ствар потребно је много више времена да се напише него каже;
- Писана комуникација нема брз механизам повратне информације као усмена – **повратна информација спорије стиже** и примаоцу и пошиљаоцу;
- Писање ствара **трајан запис** иако га понекад не желимо.

Два основна вида вербалне комуникације су: монолог и дијалог.

- **Монолог** – индивидуални говор који је упућен слушаоцима, али без смењивања саговорника у комуникацији.

Овај начин комуникације мора бити: јасан, концизан, живописан, морају се истицати кључне речи, бирати добар темпо излагања, импровизовати, понтирати и закључити тема. Повратна реакција коју слушаоци упућују може се уочити као: неразумевање, негирање, разумевање, слагање, супротстављање, отпор према изнетим идејама;

- **Дијалог** – разговор који се одвија између најмање 2 особе. Овај начин комуникације садржи: излагање теме, слушање, размену мишљења, преговарање, контролу саговорника, убеђивање и закључивање.



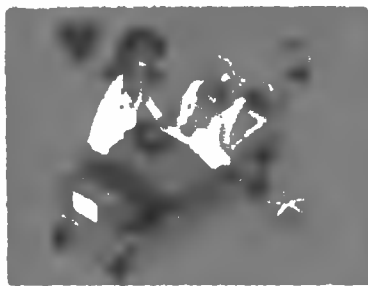
Усмена комуникација је подложна различитим врстама прејурека које могу изазвати збуњеност код саговорника.

## 11.2. Невербална комуникација

Невербална комуникација омогућава пренос поруке без употребе речи. Овим обликом комуникације изражавамо емоције, ставове, намере, очекивања, ранија искуства. У односу на вербалну комуникацију, невербална комуникација је: снажнија, непосреднија, под мањом контролом свести, више говори о особи, више јој се верује, понекад је вишезначна.

Невербална комуникација може да утиче на вербалну комуникацију, тако да:

- **Потврди** изговорено (подршка вербалној комуникацији);
- **Замени, допуни** вербално;
- **Обликује, мења, ублажи** (нагласи садржај вербалне комуникације, истичући оно што је речено или мењајући смисао ономе што је вербално саопштено).



Пацијент жели да буде у центру пажње када се ради о његовом здрављу

У области здравства важно је да здравствени радници буду свесни својих невербалних порука. Неки аспекти њиховог рада нису пријатни, али се морају предузети у циљу пружања здравствене неге (нпр. како би се осећао пацијент када би сестра или лекар имали израз гађења или одбојности на лицу док му превијају рану). Пацијент жели да буде и треба да буде у центру пажње када се ради о његовом здрављу, а не да се „успут” прегледа или да се са њим „успут” разговара.

### **Правило у комуникацији 55/38/7 које говори о односу вербалне и невербалне комуникације**

Истраживања показују да се током комуникације целокупна информација коју преносимо 55% пренесе говором тела, 38% интонацијом и само 7% је садржај онога што говоримо.

## 11.3. Врсте невербалне комуникације

**Паралингвистичка** – везана за говор (интонација, јачина гласа, висина гласа, паузе током говора). Гласноћа, јасноћа и тачност говора често се повезују са сигурношћу. Особе које говоре тихо делују несигурно. Мек и благ тон гласа често се повезује са топлином, а груб глас са хладноћом;

**Екстралингвистичка** – везана за тело (мимика, телесни став, покрети тела, додир, простор који тело заузима).

### **Говор (језик) шета саставио се из 5 елемената:**

**Израз лица** – лице је најекспресивнији део тела, највише говори о расположењу и емоцијама неке особе. Мноштво мишића лица и изграђеност

структуре лица омогућавају његову богату изражајност. Знакови се упућују уснама, очима, обрвама (нпр. неприхватање се испољава скупљеним уснама, спуштеним капцима, донекле искошеним погледом и скупљеним носницима). Људи обично добро разликују 6 основних емоција: радост, тугу, страх, гађење, бес и изненађење;

**Контакт очима и поглед** врло су моћни невербални знакови. Поглед изражава привлачност, поверење, пријатељство, мржњу, завист, забринутост. **Дужина погледа** указује на заинтересованост и емоције и помаже нам у усклађивању комуникације с другом особом. **Скривање погледа** често је знак неискрености, али може бити и знак антипатије, нелагодности, несигурности, стидљивости. Када се изражава ужасавање, презир или протест, изостаје усмеравање погледа у онога на чије се излагање тако реагује. Усмеравање погледа не значи увек наклоност, понекад може значити и претњу. У том случају, обично га прати израз љутње, агресивни покрети и агресивно држање. У стању страха очи су широм отворене, а при љутњи су очни капци спуштени;

**Осмех** је веома важан део невербалне комуникације у професионалном раду здравствених радника. Посебно је значајан при првом сусрету са пацијентом јер опушта саговорника. Понекад осмех може бити и одраз збуњености, осећаја надмоћи, цинизма...

**Гестови** – начин на који се користе руке и шаке. Особа која у комуникацији изоставља гестикулацију може бити доживљена као досадна и тврда особа. Употреба гестова у комуникацији чини разговор занимљивијим, привлачи пажњу саговорника, повећава разумевање. Пренаглашена гестикулација може указати да је говорник анксиозан или несигуран;

**Телесни став** – положај тела и удова, начин на који особа седи, стоји или хода одражава њен став, слику о самом себи и о другима. Положај тела може одавати напетост или опуштеност, спремност за разговор, наклоност, али и моћ и статус. **Усираван став**, с лаганим померањем тела напред, поручује саговорнику да сте приступачна и отворена особа. **Близина лица** у комуникацији указује на осећај блискости, док **окрећање леђа** или гледање у под указује на незаинтересованост. **Крући, „војнички” став** указује на узнемиреност, несигурност и непријатност, док сувише **опуштен став** указује на неозбиљност и незаинтересованост. **Појрбљено држање** и спуштена глава преносе поруку о ниском самопоштовању. Нагнутост тела назад и прекрштене руке на грудима изражавају негативан или одбрамбени став, док нагнутост напред и отворени дланови указују на позитиван став према саговорнику;

**Додир** – служи за појачавање вербалне поруке и јачање интеракције између саговорника. Додир показује наклоност, блискост, пријатност, а понекад и доминирање. Употреба додира у комуникацији у великој мери је одређена индивидуалним разликама. Опрез при употреби додира је пожељан

јер постоји могућност погрешног тумачења истог. Неопходно је да свака особа сама процени када је примерено додирнути другу особу нпр. да бисмо јој показали да се саосећамо са њом;

**Простор који тело заузима** – удаљеност између две особе значајно утиче на ток комуникације. Удаљеност између две особе у комуникацији зависи од степена блискости, међусобне симпатије и статуса.

**Лични простор – зоне удаљености:**

|                       |                |                                            |
|-----------------------|----------------|--------------------------------------------|
| <b>Интимна зона</b>   | 0–0,45 м       | (са блиским особама, жена, деца, партнери) |
| <b>Лична зона</b>     | 0,45–1,20 м    | (рођаци, пријатељски састанци)             |
| <b>Социјална зона</b> | 1,20–3,60 м    | (пословни односи, састанци са непознатима) |
| <b>Јавна зона</b>     | више од 3,60 м | (обраћање већем броју људи)                |

Неки људи сасвим се пријатно осећају када су просторно ближе особи са којом су у интеракцији, док други преферирају већа одстојања. Ако се наведена зона наруши, изазива се осећај непријатности и угрожавања.

Здравствени радници, због природе свог посла, често улазе у пацијентов интимни простор и зато је веома важно проценити пацијентов осећај за личну и социјалну зону. Здравствена нега коју пружа медицинско особље, када у кратком временском интервалу из јавног простора прелази у интиман простор пацијента, мора бити професионална. Она помаже да се пацијент осећа пријатно и када је неко у његовом интимном простору.

**Искривљавање поруке**

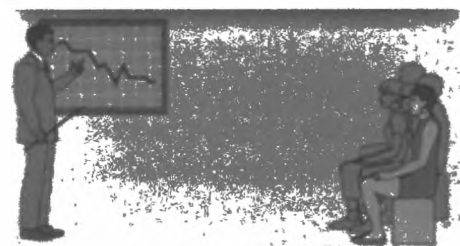
- **Дисторзија поруке** – искривљавање значења поруке које може бити намерно или случајно.

**За радознале**

- Погледати филм *12 Angry men*, (*12 њевних људи*, 1957). Филм обилује сјајним дијалозима и могу се наћи одлични примери вербалне и невербалне комуникације.

### Питајте ме, питајте ме

- Наведи врсте комуникације према броју учесника.
- Ако невербална порука није усклађена са вербалном поруком коју ти упућује саговорник, којој ћеш више веровати? Зашто?
- На који начин невербална комуникација може да утиче на вербалну?
- На шта може да укаже скривање погледа саговорника, а на шта мек и благ тон гласа?
- Поред следећих сликица напиши редни број одговарајуће зоне удаљености.



1. Интимна зона
2. Социјална зона

3. Лична зона
4. Јавна зона

## 12. Извори неспоразума у комуникацији

За успешно вођење комуникације потребно је имати у виду шта све може отежати комуникацију и учинити је незадовољавајућом. Свака појава која спречава успешно разумевање поруке представља препреку у комуникацији.

### *Препреке се могу појавити током:*

**Обликовања поруке** (нпр. неразговорна, неразумљива или двосмислена порука, намерна дезинформација, превише или премало информација);

**Преноса поруке** (губитак делова поруке, ометајући сигнали и информације);

**Примања поруке** (недостатак пажње, информацијска преоптерећеност примаоца, неразумевање, погрешно тумачење поруке).

### *Врсте препрека:*

**Физичке** – сметње које ометају физички пренос поруке, а не потичу од пошиљаоца или примаоца (нпр. бука аутомобила, галама, зујање, квар на техничком уређају, осветљеност простора...);

**Семантичке** – препреке које настају услед придавања различитог значења речима од стране пошиљаоца и примаоца (нпр. уколико саговорници говоре различитим језицима, непрецизна употреба речи, употреба жаргона, стручних израза, регионалне разлике у значењу појединих израза);

**Физиолошке** – препреке које се налазе унутар пошиљаоца или примаоца (нпр. проблеми с видом или слухом, проблеми у артикулацији, губитак памћења, неиспаваност, умор, глад, жеђ);

**Психолошке** – когнитивне, мотивационе или емоционалне препреке унутар пошиљаоца или примаоца (нпр. пристрасности или предрасуде, мисаона затвореност, погрешна очекивања, одсутност, деконцентрисаност, мотивација, тренутне потребе, претходна искуства, емоционална стања, перцепција, недостатак пажње);

**Психосоцијалне** – однос саговорника, узраст, ниво образовања, професионални статус, социоекономски статус, култура, пол, религија.

### *Наведене препреке могу се превладати:*

- Развијањем вештине презентовања идеја, мисли и осећања на разумљив начин;
- Развијањем вештине активног слушања;
- Развијањем емоционалне самоконтроле;
- Подстицањем свесности да речи имају различито значење за различите људе;
- Подстицањем двосмерне комуникације, односно тражењем повратне информације од саговорника.

### Питајте се, питајте

- Наведи неколико препрека које се могу јавити током примања поруке.
- Следеће примере препрека у комуникацији повежи са одговарајућом врстом препреке.

#### **пример препреке**

неиспаваност

употреба стручних израза

узраст

слаба интернет веза

потиштеност

#### **врста препреке**

семантичке

психолошке

физиолошке

психосоцијалне

физичке

- Објасни зашто недостатак пажње може бити извор неспоразума у комуникацији.
- Наведи пример и објасни како непрецизна употреба речи може бити узрок неспоразума између медицинске сестре и пацијента.
- Наведи пример и објасни како погрешна очекивања пацијента могу довести до неспоразума са здравственим радником.
- Наведи пример и објасни како предрасуде медицинске сестре/техничара могу довести до неспоразума са пацијентом.

# 13. Принципи конструктивне комуникације

## 13.1. Конструктиван и деструктиван стил комуникације



Конструктивна комуникација унапређује међуљудске односе.

### Конструктиван стил комуникације

Конструктивна комуникација је она комуникација која доприноси унапређивању и одржавању међуљудских односа. У питању је *креативна и отворена комуникација*.

**Исход:** успех у решавању проблема и стварање компромиса уколико је то потребно.

### Конструктиван стил комуникације заснива се на следећим принципима:

**Отворено изражавање незадовољства, свог мишљења или става** – особа директно и отворено износи своје мишљење, без околишања или увијања. Потребно је бити конкретан, прецизан, јасан. Искази треба да буду што разумљивији другим учесницима у комуникацији.

Отвореном изражавању властитих потреба одговара асертивна комуникација. **Асертивна** је способност изражавања мишљења, осећања или уверења на директан, отворен и социјално прихватљив начин уз уважавање права друге особе (заузимање за себе, самопоуздано понашање).

**Узајамно поштовање** – овај принцип је повезан са симетричним односом у комуникацији и постојањем једнакости. Једнакост постоји уколико се учесници узајамно поштују и воде рачуна о властитим, али и о потребама и правима саговорника;

**Јасноћа у изражавању** – веома је битно своје мисли, ставове и идеје износити организовано, смислено и једноставним језиком. Такође, потребно је бити јасан у изговарању да би се речи могле правилно разумети, што доприноси смањењу неспоразума у комуникацији;

**Спремност да се саслуша саговорник** – када се упућују конструктивне критике, када се предлаже решење проблема, и уопштено, када постоји комуникација између људи, потребно је пажљиво саслушати саговорника. **Активно слушање** подразумева заинтересованост за садржај који износи саговорник, потребу да разумемо другу особу, али из њене перспективе. То нам помаже да схватимо њене мотиве, потребе, намере и очекивања. Када говоримо о активном слушању, оно се обично изражава кроз реченице: „Реци ми...“, „Ако сам те добро разумео/ла...“, „Причај ми више о томе...“, итд.;

**Конструктивна критика** – није пријатно добити критику, али то ипак зависи од начина на који је она упућена, као и од тога ко је упућује. Када се говори о конструктивној критици, она се односи на одређене облике понашања и поступке, али никада на туђу личност. Она подразумева тачно

указивање на оно што некоме смета и како би проблем могао да се реши (или тако што се предложи решење или тако што се од друге особе тражи да изнесе своје мишљење о томе како се проблем може превазићи);

**Флексибилност** – своја мишљења, жеље, а нарочито осећања не треба изражавати увек, свуда и пред свима (то раде арогантне и социјално неинтелигентне особе). То није нужно, а посебно није примерено и мудро. *Не мора особа увек изразити свој став, као што не мора увек ни да уређује.* То зависи од контекста комуникације, од особе са којом комуницирамо и од последица поступка.

### **Деструктиван стил комуникације**

Деструктивна комуникација је она комуникација која не доприноси очувању међуљудских односа, него разара односе и угрожава права и потребе саговорника. У питању је комуникација која *није креативна, лажна је, неопишена и јрuba.*

**Исход:** погоршавање односа међу људима, јављање сукоба, поражавање саговорника.

### **Деструктиван стил комуникације заснива се на следећим принципима:**

**Пасивност** – представља неизражавање осећања, жеља, мишљења и ставова. Особа због осећања стида, страха и мањка самопоуздања одлаже или не изражава у потпуности своје ставове и осећања. Особе које су склоне овом стилу комуникације често су повучене у друштву (што не значи да су асоцијалне и да не желе да се друже), склоне су да буду „невидљиве” у социјалној интеракцији, говоре тихо, избегавају контакт очима и не умеју јасно да изразе шта мисле. Особе које су склоне пасивности дубоко у себи верују да нису вредне поштовања и да немају права да изразе своје мишљење. Други случај пасивности је када се особе плаше изражавања свог мишљења јер мисле да ће због тога бити одбачене, кажњене, искритиковане и исмејане. Овде је реч о особама које су биле често критиковане и одбациване у примарној породици. Пошто не изражавају своје незадовољство, често се љуте на себе, осећају се беспомоћно, склоне су осећању кривице и мање вредности;

**Пасивна агресивност** – подразумева пасивно, индиректно, мање отворено и маскирано изражавање незадовољства и љутње. Особе склоне овом стилу понашања неће отворено рећи шта им смета, него ће често гунђати, звоцати, каснити на састанке, „случајно” заборављати да нешто ураде, користити сарказам и иронију. Особе које су склоне овом обрасцу комуникације плаше се отвореног изражавања незадовољства и љутње, плаше се одбацивања и критике од стране других људи, па не знају како то све да изразе, а да не повреду друге;



Деструктивна комуникација разара међуљудске односе.

**Агресивност** – укључује отворене нападе (вербалне или физичке) на нечију личност. Агресивне особе вичу, вређају, уцењују, критикују, понижавају друге учеснике у комуникацији. Агресивност може произићи из себичности, одсуства емпатије и недостатка социјалних вештина или из осећања беспомоћности, стида и ниског самопоштовања (у овом случају агресивност је одбрамбена реакција);

**Манипулативност** – представља инструментално понашање – понашање којем је циљ остварење неке користи. Један од видова манипулације представља проналажење и злоупотребу нечије слабости, тзв. „тастера” – који се притиска када особа жели да се освети или постигне неки циљ. Такође, манипулатори често подилазе или задовољавају нечије жеље да би остварили сопствени циљ. Манипулативне особе свесно манипулишу другима и не придају значај емоцијама. Њима је битан само циљ, а не самодоказивање, као што је случај код агресивних особа.

#### Питан је, битан

- Објасни флексибилност као принцип конструктивне комуникације. Процени тачност следећих тврдњи:
- Када упућујемо конструктивну критику саговорнику, пожељно је да критикујемо његову личност. Т Н
- Особе склоне пасивном стилу реаговања често ће се дурити, збоцати или каснити на састанке. Т Н
- Агресивно понашање може бити последица беспомоћности или несигурности. Т Н
- Изражавање мишљења и осећања на директан начин, уз уважавање права друге особе, назива се манипулативност. Т Н

- У следећем примеру представљен је дијалог између две особе који се сматра деструктивним. Ваш задатак је да овај дијалог осмислите и направите измене кроз примењивање принципа конструктивне комуникације, како би он био делотворан.

**Мајка пацијенткиње:** Молим Вас, моја ћерка је била на прегледу код доктора! Желим да знам шта јој је!

**Медицинска сестра:** Немојте викати!

**Мајка пацијенткиње:** Кажите ми, зашто је моја ћерка била на прегледу? Ја сам њена мајка и имам право да знам о чему се ради!

**Медицинска сестра:** Колико Ваша ћерка има година?

**Мајка пацијенткиње:** 19

**Медицинска сестра:** Ви би, као мајка, требало да знате шта Вам ћерка ради. Немам право да одајем информације о пацијентима. Ћерка Вам је пунолетна.

**Мајка пацијенткиње:** Ја Вас љубазно молим да ми кажете зашто је моја ћерка долазила на преглед.

**Медицинска сестра:** Каква сте Ви то мајка кад ћерка крије од Вас зашто је била на прегледу?

## 14. Децентрација и емпатија у комуникацији

### Децентрација

Децентрација је способност да се ставимо у позицију друге особе и да тако разумемо њене потребе и поступке. Често је најважнији чинилац у процесу комуникације.

Децентрирање нам помаже:

- Да разумемо сами себе;
- Да разумемо друге.

Она особа која разуме себе, може разумети и другу особу, а ко разуме друге, може тежити ваљаној и садржајној размени која побољшава квалитет живљења у свакој заједници.

Процес комуникације је двосмеран и састоји се од:

- Изражавања себе;
- Слушања других.

Начини на које изражавамо себе и слушамо друге одређују да ли ће доћи до повезивања са собом и другима или ће доћи до прекида комуникације и губљења контакта.

### Емпатија

Емпатија се дефинише као уношење у емоционално стање друге особе. У основи емпатије стоји способност децентрације, односно спремности и способности да „уђемо у свет друге особе” и тако разумемо њене проблеме и поступке, али и да пренесемо наше разумевање тој особи. Емпатију треба разликовати од сажаљења и саосећања.

*Емпатија и сажаљење:* Док сажаљење представља осећање према некоме („Много ми је жао што патиш”), емпатија представља дељење осећања са неким („Осећам твоје разочарање”).

*Емпатија и саосећање:* Саосећање представља бригу за бол друге особе са нешто веће дистанце и често укључује жељу да се тој особи помогне. Осим осећања, у емпатију су укључене и мисли, што доводи до већег разумевања између две особе.

Способност емпатије захтева **обраћање пажње на потребе других, али без жртвовања сопствених.**

Стручњаци су развили различите скале мерења колико појединац исказује емпатију према другој особи. Једна од њих је и *четворостепенска скала емпатије:*

- **Нулти степен** – ово је степен где саговорнику не показујемо разумевање његових осећања. На овом степену саговорнику дајемо савете, потврђујемо или одбијамо његове тврдње;
- **Први степен** – на овом степену саговорнику делимично показујемо разумевање његових осећања. Саговорник види да га разумемо, али

врло површно. Овај степен емпатије назива се **умањујућим** због тога што је слушалац у свом показивању емпатије изгубио нешто од саговорниковог доживљаја;

- **Други степен** – у оквиру овог степена **показујемо разумевање осећања и мисли** које је саговорник показао. Основни елементи тог степена су **именовање** саговорникових осећања и **повезивање** тих осећања са њиховим узроцима. Овај степен назива се **прецизна емпатија**;
- **Трећи степен** – на овом степену **показујемо да разумемо дубље аспекте** саговорникових осећања, односно да разумемо емоције у позадини понашања које нам је саговорник показао. Овај степен назива се и **дубинска рефлексја**.

### **Савети за исказивање емпатије:**

- **Припремите окружење** – нађите одговарајући простор за комуникацију, без ометајућих фактора;
- **Важно је разумети, али и осетити** – у неким ситуацијама саговорнику је потребно само дати подршку и прихватити његова осећања, без давања савета и анализа;
- **Активно слушајте саговорника** – потребно је памтити оно што саговорник говори када су у питању његова осећања, тако да је битно да их слушалац на неки начин вербализује;
- **Праћите невербалну комуникацију саговорника и изразите сопствену осећања** – важно је пратити (не)усклађеност између вербалне и невербалне комуникације и закључити о којим осећањима се заправо ради. Када у разговору покажемо саговорнику како се осећамо по питању његовог проблема, он ће осетити да га разумемо и да саосећамо са њим.

### **Питам те, питам**

- Шта означава други степен на скали емпатије?
- Шта подразумева дубинска рефлексја на скали емпатије?
- Објасни зашто је важно пратити невербалну комуникацију саговорника и изразити сопствену осећања.
- Да ли је важно показати емпатију када су код саговорника присутне позитивне емоције? Зашто?

Измените и одглумите дати дијалог између медицинске сестре и пацијента, тако да се у њему може препознати присуство емпатије код медицинске сестре.

**Медицинска сестра** (улази весело у собу): Добро јутро, Митре, како сте данас?

**Пацијент** (исцрпљен, узнемирен): Па, ја...

**Медицинска сестра** (ипрекида га уз осмех): Добро сте, видим. Доктор Вам је сигурно рекао када ће бити операција!

**Пацијент** (ућлашено): Да, али ја...

**Медицинска сестра** (ипрекида га): Одлично. Овде нема више шта да се уради. Надам се да ће операција добро проћи. Јаки сте Ви, Митре. Срећно! (излази из собе)

Један од важних аспеката комуникације са другима, као и предуслов за добро међусобно разумевање, јесте **начин на који слушамо друге**.

**Активно слушање** је усмеравање пажње на оно што особа говори и осећа, те узвраћање сопственим речима како бисмо показали да смо разумели говорникову поруку (речи и осећања).

*Разлози за активно слушање:*

- Показивање интересовања и бриге за саговорника;
- Долажење до боље информисаности о говорнику или ситуацији;
- Подстицање боље комуникације;
- Долажење до веће сарадње и бољег решавања проблема;
- Смиривање људи и „хлађење” напетих ситуација;
- Побољшавање међуљудских односа;
- Подстицање других да и они боље слушају.

### СЛУШАТИ ≠ ЧУТИ

Активно слушање је саставни и неизбежни део добре комуникације. Људи често подразумевају да је за слушање потребан добар слушни апарат, односно способност да чујемо. Активно слушање, међутим, подразумева психолошке аспекте који морају пратити добар слушни апарат. Активним слушањем избегавамо препреке у комуникацији, поштујемо друге и стварамо однос поверења са саговорником.

Активним слушањем шаљу се следеће **поруке**:

- „Разумем то што ми говориш.”
- „Заинтересован сам и стало ми је.”
- „Прихватам те као особу каква јеси.”
- „Не покушавам да те променим.”

**Фактори који утичу на слушање саговорника:**

**Природа односа са саговорником** – да ли нам је саговорник блиска и важна особа, да ли нам је само познаник, да ли га доживљавамо као ауторитет;

**Окупираност сопственим садржајем** – окупираност сопственим мислима, проблемима, бригама или нечим другим што нам је у том тренутку важније од исказа саговорника;

**Снажне емоције везане за тему** – уколико нас садржај разговора емоционално ангажује, може се десити да саговорника не пратимо са пуном пажњом;

**Неслагање са темом** – слушање може бити отежано уколико се наш став у односу на тему разликује од става нашег саговорника;

**Физичка нелагодност** – присуство неких физиолошких потреба (нпр. глад, жеђ, поспаност) могу окупирати нашу пажњу и онемогућити нас да се усмеримо на оно што саговорник прича;

**Недостатак времена** – понекад саговорнику не можемо посветити пуну пажњу и саслушати га пажљиво јер објективно немамо довољно времена.

### **Врсте (не)слушања:**

**Псеудо слушање** – слушалац говором тела показује да слуша саговорника (клима главом, гледа у очи...), али ипак не прати садржај који је изговорен;

**Једнострано слушање** – слушалац прати само вербалне или само невербалне поруке и тако занемарује значајан део информација;

**Селективно слушање** – слушалац прати само оно што му се допада, што му је интересно или оно што је по његовим мерилима важно и уклапа се у процену саговорника или ситуације. Обично се извлачи порука из контекста (нпр. „Ма, одувек си била тако преосетљива.“, „Може то бити и горе, имао си среће.“);

**Селективно одбацивање** – слушалац обраћа пажњу само на теме које не жели да чује, односно када се таква тема појави, он је потисне или одбаци (нпр. „Нећемо више о томе.“, „Какве то везе има са темом?“);

**Отимање речи** – слушалац упада у реч саговорнику и тражи тренутак када може да преузме реч и сам говори (нпр. „Исто тако је и мени било...“, „Није то ништа, сад ћеш чути шта се мени десило...“, „И моја сестра је исто тако прошла.“);

**Слушање само себе** – слушалац је опседнут сопственим доживљајима и прича своју причу без обзира на речи саговорника или непрестано запитује другу особу, не сачекавши њен одговор (нпр. када нека особа пита другу: „Како си јуче прошла на одговарању?“, и потом наставља да прича даље, не сачекавши одговор);

**Дељење савета** – слушалац не обраћа пажњу на осећања и потребе саговорника, већ објашњава који је најбољи начин да се поступи у одређеној ситуацији (нпр. „Најпааметније је да то урадиш овако...“, „Овако ћеш поступити ако ти се следећи пут јави...“).

### **Карактеристике личности које могу ометати процес слушања у комуникацији:**

**Стидљивост** – стидљиве и бојажљиве особе су током комуникације преокупирани собом, услед недостатка самопоуздања усмерене су на то „шта ће следеће рећи“ и због тога могу у мањој мери обраћати пажњу на садржај који износи саговорник;

**Тврдоглавост** – особе које испољавају тврдоглавост током комуникације су више усмерене на себе јер своју енергију усмеравају на формулисање аргумената уместо на слушање саговорника. Склоне су да прекидају саговорника и упадају у реч;

**Крут систем вредности** – особе са оваквим системом вредности више су усмерене на себе и свака нова идеја која није у складу са њиховим вредностима доводи до тога да се осећају угроженим и да буду више усмерени на „одбрану себе“, а не на слушање саговорника.

## 15.1. Технике активног слушања

**1. Охрабривање** – охрабривање користимо када желимо да подстакнемо саговорника да настави са причом и када желимо да му дамо подршку. Показујемо интересовање за оно што прича слањем вербалних и невербалних знакова.

**Пример:** „Можеш ли ми рећи нешто више о томе?”

„Слободно настави...”

„Разумем...слушам те даље...”

**2. Постављање питања** – питања постављамо како бисмо разјаснили оно што нам је саговорник рекао, како бисмо добили више информација и како бисмо помогли саговорнику да сагледа туђе мишљење. Питања могу бити: **затворена и отворена.**

- **Затворена питања** примењују се када желимо нешто конкретно да потврдимо или негирамо. Да би се створило неко мишљење у целини о саговорнику (или пацијенту), затворена питања нису сврсисходна и одузимају доста времена (нпр. ако желимо да сазнамо где пацијент има болове, постављаћемо отворена питања: „Где осећате бол?”, уместо „Да ли Вас боли колена?”, „Да ли Вас боли стомак?”). Оваква питања више пасивизирају саговорника и не подстичу разговор.

**Пример затворених питања:** „Да ли је тај бол оштар?”

„Да ли сте већ урадили ЕКГ?”

„Да ли вам је рука данас боље?”

- **Отворена питања** углавном почињу са „како”, „када”, „колико”, „шта”, „где” и циљ је да подстакну саговорника да се отвори и слободно говори. Пожељно је избегавати питања „зашто” јер делују агресивно и оптужујуће.

**Пример отворених питања:** „Када се то догодило?”

„Када сте први пут осетили болове?”

„Да ли можеш детаљније да опишеш ту ситуацију?”

„Шта сте урадили када сте осетили бол у глави?”

**3. Парафразирање** – вештина враћања поруке саговорнику тако да она остане неизмењена и да јој ништа не одузимамо и не додајемо у значењу. Када узвраћамо поруку, користимо друге речи, али истог или веома сличног значења.

**Сврха** парафразирања је да саговорнику покажемо да слушамо и да смо разумели оно што је речено, као и да проверимо и интерпретирамо речено.

**Пример:** „Значи, ти би волела да ти она више верује?”;

„Ако сам добро разумела, они су покушали да те преваре?”.

**4. Рефлектовање** – представља преношење и именовање осећања саговорника тако да она постају очигледна. Рефлектовање је сродно парафразирању, али се односи само на емотивне, не и на когнитивне садржаје. Рефлектовање је вредносно неутрално и њиме се не процењује да ли је нешто исправно или није.

**Сврха** рефлектовања је да покажемо особи да разумемо како се осећа и да јој помогнемо да процени сопствена осећања (нпр. особа агресијом може показати немир или иритацију, а напетосту страх).

**Пример:** „Звучи ми као да си љут.”;

„Изгледа као да те је та вест узнемирила.”

**5. Сумирање** – проширено парафзирање. Представља понављање главне теме и осећања које је саговорник показао или изговорио.

**Сврха** сумирања је да се главне идеје и чињенице групишу заједно, да се провери да ли је саговорник добро разумео садржај и да се направи основа за даљу дискусију.

**Пример:** „Значи, ти си испричао ствар пријатељу и замолио си га да не шири причу даље. Међутим, чуо си да су и други сазнали за ту тајну. Ако сам добро разумела, највише те је погодило то што он није испоштовао обећање да не шири причу. Осетио си да те је издао?”

„Дакле, мама те је казнила јер си добила један из физике. Казна је забрана излазака док се оцена не поправи, али због Тијаниног рођендана, мама је прекршила забрану и ти си срећна што имаш дозволу да вечерас одеш на журку?”

„Последњи пут када сте били, причали сте ми о проблемима са леђима и колико је било тешко да се дисциплинујете и изводите вежбе код куће. Испричали сте и да сте се осећали веома глупо код извођења тих вежби, и да сте осећали готово деље узбуђење што не радите оно што Вам је лекар препоручио. Како се сада осећате?”

## 15.2. Препоруке за активно слушање

- **Покажите да сте спремни да слушате** – успоставите контакт очима (али не треба фиксирати погледом саговорника јер то изазива непријатност), успоставите прихватљиву дистанцу, нагните се ка саговорнику толико да не улазите у његов интимни простор; фокусирајте се на саговорника; избегавајте да гледате по просторији док слушате саговорника;
- **Не прекидајте саговорника** – да би једна особа слушала другу, потребно је да особа која је говорила престане да прича. Не треба прекидати саговорника беспотребним питањима или коментарима;
- **Отклоните све што може ометати комуникацију** – ако је могуће, обезбедите да нема прекидања, звоњава телефона, буке, других људи и ус-

мерите се на саговорника. Тешко је говорити некоме ако он гледа на сат, кроз прозор, чита новине, игра се оловком. Ако је могуће, склоните физичке баријере (мањак столица, вишак столова и сл.), омогућите да разговор буде на равноправном нивоу (нпр. сви седе или стоје);

- **Контролишите своје емоције** – уколико нисте у могућности да исконтролишете себе, саопштите саговорнику шта вам се дешава (нпр. „Тренутно сам збуњена, слаба ми је пажња и тешко ми је да Вас пратим.”), затражите кратку паузу да бисте успоставили равнотежу или разговор договорите за неко друго време;
- **Обратите пажњу на садржај поруке и на начин на који особа преноси поруку** – поставите себи питање: „Шта он покушава да ми каже?” и „Шта он осећа док ми ово говори?”; покушајте да препознате и оно што није изречено; обратите пажњу и на говор тела онога ко говори као важну информацију; понекад нам значајне информације могу дати тон, став, поглед, гестикулација;
- **Будите опрезни у тумачењу порука** – избегавајте претпоставке и преурањене закључке. Потребно је бити усмерен само на чињенице и правити разлику између онога што је заиста речено и онога што су наша тумачења, процене, судови и закључци;
- **Одвојите особу од идеја** – људи су често под већим утицајем онога ко говори, него онога шта говори. Када се нека особа допадне другој особи, позитивније реагује на оно што говори. Због тога је потребно пажљиво тумачити и слушати особе према којима имамо антипатије или негативна осећања;
- **Поштујте личност саговорника** – посебно је важно у односу здравствени радник – пацијент. Искрено поштовање и заинтересованост за пацијента су предуслови добре комуникације и пружања адекватне помоћи. Пацијенту се обратите са Ви и не ословљавајте га дијагнозом;
- **Покажите саосећајност** – покушајте да се ставите у позицију особе са којом разговарате и да сагледате свет њеним очима;
- **Слушајте до краја** – не покушавајте да решите проблем пре времена; чак и када осећања делују ирационално или вам се чини да прича траје предуго, да се понавља, не прекидајте; некада је доживљај особа које говоре израз више повезаних осећања и више незадовољених потреба; у тим приликама пожељно је да будете стрпљиви; промене се могу десити када се особа повеже са својим унутрашњим процесима и успостави равнотежу, обично тада сама спозна шта жели и како да до тога дође и притом успостави склад са другима.

**Питања за размишљање**

- Наведи разлоге за активно слушање.
- На основу чега препознајеш да те саговорник не слуша?
- Објасни како природа односа са саговорником утиче на слушање.
- На конкретном примеру објасни како окупираност сопственим садржајем утиче на слушање.
- О којој врсти неслушања је реч ако слушалац прати само оно што му се допада?
- Коју врсту питања је ефикасније поставити уколико здравствени радник жели да провери да ли је терапија коју је пацијент користио била делотворна?
- Објасни разлику између парафразирања и рефлектовања.

## 16. Стили понашања у интерперсоналној комуникацији



### Агресиван стил понашања – агресивна особа:

- Захтева и наређује (нема „молим” и „хвала”);
- Оптужује и криви друге;
- Не признаје своје грешке;
- Критике усмерава на туђу *личност*, а не на понашање;
- Не признаје своје грешке;
- Не слуша и прекида;
- Гласно говори;
- Има агресивну гестикулацију;
- Оштро гледа у саговорника.

Агресивна особа бори се за своја права по сваку цену, не водећи рачуна о другима. Најчешће изазива огорченост код других, која често прелази у агресију.

### Пасиван стил понашања – пасивна особа:

- Избегава расправу;
- Углавном ћути или пуно прича, а при томе не каже своје мишљење;
- Не изражава своје мишљење, него понавља туђе;
- Брзо признаје своју грешку и често се извињава;
- Говори тихо, не подиже глас;
- Ретко гледа саговорника у очи;
- Смеша се и стално клима главом.

Дугорочно, овај стил понашања води до избегавања конфликтних ситуација, али не решава проблем.

### Пасивно-агресиван стил понашања – пасивно-агресивна особа:

- Износи саркастичне, ироничне примедбе;
- Ретко износи своје мишљење јавно;
- „Генерал после битке”;
- Себе скоро увек доживљава као жртву („Наравно, увек ја морам...”);
- Не показује права осећања;
- Оптужује друге за своје фрустрације.

Пасивно-агресивна особа неће директно рећи да јој нешто не прија или да нешто не жели да уради. На површини, овај стил комуникације изгледа пасивно, али је у његовој основи агресивност.

**Асертиван стил понашања – асертивна особа:**

- Активно слуша, при томе гледа у очи и показује осећања;
- Поштује друге и то тражи за себе;
- Јасно, конкретно и директно говори – не околиша;
- Глас прилагођава ситуацији;
- Искузује своја очекивања и осећања на прикладан начин;
- Позитивно изражава критику;
- Зна да похвали друге;
- Преузима одговорност за своје речи и дела;
- Спреман/на је да се извини кад погреши;
- Уме да контролише своје емоције.

Дугорочно овај стил понашања доводи до осећања уважености, повећаног самопоштовања и унапређивања односа са другим људима.

## 16.1. Типови асертације

| ТИП       | ОПИС                               | ЦИЉ                                  | ПРИМЕР                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Базична   | Кратко,<br>јасно,<br>директно      | Јасна порука                         | „Извините, само да довршим посао.“                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Емпатичка | (са)осећања<br>+ базична<br>порука | Изразити<br>осећање или<br>саосећање | „Молим Вас, причекајте у чекаоници док Вам оверим упут.“<br>„Разумем да те је гужва у саобраћају спречила да дођеш на преме, али мени би било важно да ме следећи пут обавестиш да ћеш настати.“<br>„Разумем да журите на посао, али Вас не могу пустити преко реда. Пацијенти који су дошли пре Вас такође чекају.“ |

|                             |                                   |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ескали-<br/>рајућа</b>   | У корацима<br>до чврстог<br>става | Одбрани<br>своје право                                                                                                                   | „Место није слободно, чекам<br>другарицу.”<br>„Последњи пут Вам кажем да<br>место није слободно.”                                                                                                                                                                                                                       |
|                             |                                   |                                                                                                                                          | Већ сам Вам рекла да сутра дођете<br>по рецепт.”<br>„Понављам Вам, сутра дођите по<br>рецепт.”                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Уговорна<br/>опција</b>  | Ако ... онда                      | Договор,<br>предочавање<br>последица                                                                                                     | „Ако закасниш, нећу чекати.”<br>„Ако не испоштујете припрему за<br>колоноскопију, преглед неће бити<br>успешно обављен.”                                                                                                                                                                                                |
| <b>Конфронта-<br/>тивна</b> | Ти тако ... ја<br>овако           | Супротстави-<br>ти се, изрази-<br>ти неслагање,<br>јавља се у<br>ситуацијама<br>када неко<br>ради супро-<br>тно од онога<br>што је рекао | „Договор је био да данас одгова-<br>раш и поправиш оцену са теста, а<br>сада кажеш да ниси учио. Пошто<br>ниси испоштовао договор, упи-<br>саћу оцену са теста у дневник.”<br>„Ваш преглед је био заказан за 12<br>часова. Касните 3 сата. Доктор Вас<br>сада не може примити. Можете<br>сачекати крај радног времена.” |
|                             | ЈА мислим,<br>осећам,<br>желим    | Изразити се<br>са нагласком<br>на ЈА                                                                                                     | „Ја не желим да разговарам са<br>тобом док пишеш поруке на<br>телефону.”<br>„Ја мислим да је за Ваше здравље<br>добро да се придржавате<br>здравствених упутстава.”                                                                                                                                                     |

Иако асертивност подразумева борбу за своја права и неодустајање од онога што нам је потребно, важно је и да саговорнику пружимо прилику да изнесе своје аргументе јер на тај начин можемо стећи више увида у потребе и жеље саговорника, па у складу с тим редефинисати сопствене потребе,

жеље и виђење одређене ситуације. У одређеним ситуацијама пожељно је одложити асертивно реаговање (нпр. ако изношење неког личног става пред особом од ауторитета може резултирати неком негативном последицом по особу која износи став, та особа ће највероватније задржати став за себе).

### ***Ситуације у којима је асертивно понашање пожељно:***

Тражење властитих права, изражавање интереса и жеља, одбијање неоправданих захтева, супротстављање неправди, похваљивање других, давање и примање комплимената.

### ***Узроци неасертивног понашања – зашто се некад понашамо неасертивно?***

- **Страх да не разочарамо друге** – плашимо се да тражимо оно што желимо, односно да одбијемо оно што не желимо јер ћемо некога наљутити или разочарати;
- **Страх да не будемо одбачени** – више је последица нашег реаговања, него саме ситуације (кад остајемо без посла, када смо остављени, итд.);
- **Непотребно осећање одговорности за туђа осећања** – у доношењу одлука о властитом животу често мислимо о туђим осећањима и понашањима, што је исправно, али у разумној мери (а не како се често догађа, нпр. „Како ће моји родитељи без мене ако прихватим бољи посао у другом граду?“);
- **Феномен „доброг пријатеља“** – односи се на то да подразумевамо да особа са којом смо блиски зна шта мислимо и осећамо, што није тачно. Друге особе не могу са сигурношћу знати шта мислимо док им то ми не кажемо;
- **Оптерећеност „улогом пола“** – односи се на понашање у складу са полном улогом, односно на понашање које је дефинисало социјално окружење. Жене су склоније да попуштају другима и да занемарују сопствене потребе јер се такво понашање очекује од жена.

## **16.2. ЈА поруке**

Основно обележје вербалног дела комуникације у којој асертивно износимо своје мишљење и емоције јесу ЈА поруке. Оваквом формом поруке саговорницима шаљемо јасну информацију о томе како доживљавамо неку ситуацију. На тај начин избегавамо осуђивање, критиковање, окривљавање и нападање саговорника и дајемо могућност саговорнику да промени неко своје понашање и мишљење када чује шта ми мислимо и осећамо, али га на ту промену не присиљавамо нити му наређујемо. Користећи ЈА поруке сами преузимамо одговорност за сопствена понашања.

Понекад, како би избегли одговорност, људи су склони да се скривају иза МИ порука, а да заправо нису проверили да ли је то што износе заједнички став свих особа у чије име говоре (нпр. „Сви бисмо волели да будеш мало пажљивији.“, „Сви мисле да се неодговорно понашаш.“).

Обраћање саговорнику у форми **ТИ порука**, у којима преовлађује окривљавање, нападање и вредновање (нпр. „Тако си досадна.“, „Ти увек грешиш.“, „Ти никад не чистиш собу, увек то ја радим.“), изазива одбрамбени став код саговорника, подстиче га на агресију и смањује могућност конструктивног разрешења неке ситуације.

Иста порука може бити упућена на ЈА и ТИ начин. Разлика је у реакцији на ову поруку. ЈА поруке отварају комуникацију и показују да смо спремни да нађемо решење, док ТИ поруке воде у конфликт и прекид комуникације.

#### **Примери:**

**ЈА порука:** „Молим те, утишај ТВ, не могу да се сконцентришем јер ми смета бука.“

**ТИ порука:** „Ти нимало немаш обзира према мени. Утишај тај телевизор!“

**ЈА порука:** „Када сам у великом послу, не одговара ми да ме зовете на сваких 5 минута да Вам проверим инфузију.“

**ТИ порука:** „Немојте бити напорни.“

ЈА поруке се састоје из 3 дела:

1. Опис **ситуације** из нашег угла – овде је потребно конкретно описати и изразити оно што радимо, видимо, чујемо или на неки други начин доживљавамо.
  - а) „Када те чекам, иако су ми се часови завршили...“
  - б) „Када ме критикујете пред пацијентима...“
2. Опис **наше реакције** или осећања – препорука је да се користе једноставни изрази за опис емоционалног стања (нпр. „Тужна сам, повређена сам, љута, одушевљена...“) уместо оних који звуче окривљујуће (нпр. „Осећам се одбачено, преварено, искоришћено...“)
  - а) „...љута сам и узнемирена...“
  - б) „...бесна сам и повређена...“
3. **Исход који желимо** или шта очекујемо од саговорника – очекивања је пожељно изразити терминима радњи и то у позитивном облику (нпр. „Молим те, причекај испред“, уместо „Молим те, немој више стајати ту.“).
  - а) „...волела бих да следећи пут дођеш на време.“
  - б) „...волела бих да ми све замерке на мој рад упутите без присуства других.“

Како би се ЈА порукама постигао жељени циљ, осим садржаја који се упућује, важан је и начин на који се тај садржај изговара. Тих, оклевајући и пасиван наступ оставиће утисак неасертивности, док ће доминантан, хладан

и непријатељски наступ оставити утисак агресивности. Само усклађеност вербалног и невербалног дела асертивне поруке осигурава да она буде пренесена онако како то желимо.

#### ИЗБОР НАЈБОЉЕГ НАСТАПА

- **Колоноскопија** – дијагностичка процедура која омогућава преглед дебелог црева.

#### Питај те, питај

- Повежи стил комуникације из левог ступца са понашањем које је карактеристично за тај стил из десног ступца, тако што ћеш редни број стила уписати на празну линију испред описа понашања.

- |                           |                                                         |
|---------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. Асертиван стил         | _____ често се извињава                                 |
| 2. Пасивно-агресивни стил | _____ улази у лични простор саговорника                 |
| 3. Пасиван стил           | _____ често су генерали после битке                     |
| 4. Агресиван стил         | _____ вербална комуникација је усклађена са невербалном |
|                           | _____ стало му је да удовољи другима                    |

- Присети се неке ситуације када ниси одреаговао/ла асертивно. Шта те је спречило да одреагујеш асертивно?
- На који начин реагујеш када неко поступи на начин који ти се не допада?
- Осмисли пример за ескалирајући тип асертивности.
- Размисли, које особине личности повећавају вероватноћу асертивног реаговања у ситуацијама када се особа залаже за своја права.
- Наведи узроке неасертивности.
- Како неасертивност пацијента може утицати на квалитет здравствене неге коју прима?
- Осмисли ЈА поруку којом би замолио/ла професора да одложи писмену вежбу.
- Одреагуј асертивно у следећим ситуацијама:

Често си имао/ла лоше реакције на лекове у прошлости. Лекар ти даје рецепт за нови лек, али ти не говори које нуспојаве можеш да очекујеш. **Шта ћеш урадити?**

- У болници си и чекаш да предаш књижицу. Сестра пита: „Ко је следећи?” Међутим, жена која је дошла после тебе каже: „Ја сам.” и пролази испред тебе. **Шта ћеш урадити?**

- У тексту се налази описан дијалог који се сматра деструктивним. Ваш задатак је да овај дијалог осмислите и направите измене кроз примењивање принципа конструктивне комуникације како би он био делотворан.

**Пацијент:** Молим Вас, само ми реците да није ништа опасно!

**Медицинска сестра:** Престаните да паничите, не могу да радим са таквим пацијентима!

**Пацијент:** Таквом нељубазношћу повећавате моју нервозу.

**Медицинска сестра:** Е, да знате колико мени таквих прође у току дана... Једино ми преостаје да потпуно не реагујем на уплашене пацијенте и да подвикнем како би се смирили.

**Пацијент:** А мени преостаје да тражим да Вас неко замени.

## 17. Кооперативни наспрам хијерархијског модела моћи у комуникацији

**Кооперација** је процес заједничког рада. У најједноставнијој форми она подразумева да ствари функционишу у хармонији, „раме уз раме“. Кооперација се другачије може назвати и **сарадња**. *Сарадња представља јрујни процес иде се власијији циљ може јосијији шек ако и осијали у јруји насијоје да исији циљ осијваре.* Сарадња или кооперација доводи до боље поделе послова, бољих односа, већег уважавања туђег мишљења што доприноси томе да група боље функционише.

Међутим, некада кооперација може бити наметнута, добровољна или ненамерна, па чланови групе могу сарађивати, чак иако немају скоро ништа заједничко, како би остварили неки циљ на нивоу организације. Примери такве сарадње (слободном вољом, законом или ако је то наметнуто) могу се наћи на тржиштима, радним местима, у породицама, школама, ратовима.

Све организације створене су и организоване путем комуникацијског процеса, а одржавају их људи који међусобно комуницирају. Организације које чине групе људи функционишу на основу повезаности, али и хијерархије. Хијерархија у овом смислу подразумева степенасто уређење људи у рангирани поредак, где је сваки ранг подређен оним изнад.

Када се бавимо комуникацијом у оквиру организације, два основна облика јесу:

- формална комуникација;
- неформална комуникација.



**Вертикална комуникација** је комуникација између различитих хијерархијских нивоа у оквиру организације. Вертикална *силазна* комуникација је пренос информација са виших (надређених) ка нижим (подређеним) нивоима.

Вертикална *узлазна* комуникација је комуникација од нижих хијерархијских нивоа ка вишим нивоима.

**Хоризонтална комуникација** повезује људе на истим хијерархијским нивоима унутар организације. Према Голдхаберу, постоје четири функције ове комуникације: координација задатака, решавање проблема, размена информација, решавање конфликта.



Комуникација између лекара и медицинске сестре је вертикална комуникација.

**Неформална организацијска структура** је неслужбени део одређене пословне организације. Неформалне мреже чине групе колега или пријатеља унутар неке организације.

Када је реч о **хијерархијском моделу моћи комуникације**, с обзиром на то да се информације преносе између различитих хијерархијских нивоа, може се закључити следеће (према Мартић и Костић, 2016):

- Постоји велика вероватноћа неразумевања информације;
- Постоји велика вероватноћа губитка дела информације на најнижим нивоима – порука која своје путовање започне са 100% својих информација, до дна хијерархије ће изгубити 50% информација (Банковић, 2013);
- Укљученост чланова на нижим нивоима у решавање проблема који се тичу свих је минимална;
- Минимална укљученост у решавање проблема умањује осећај заједништва;
- Пошто је комуникација често једносмерна, не постоји заинтересованост и брига од стране виших руководица за проблеме чланова на нижим нивоима.

Када је реч о **кооперативном моделу моћи комуникације**, карактеристике овог модела у односу на хијерархијски модел су следеће:

- Чланови групе учествују у решавању проблема, па су заинтересовани за рад;
- Чланови организације су много више мотивисани;
- Чланови групе постижу већу ефикасност у раду;
- Напетост је сведена на минимум;
- Одговорност је подједанко подељена међу члановима групе јер су сви заједно учествовали у доношењу неке одлуке.

#### **Питање, Пилам**

- Која су два облика комуникације у организацијама?
- Наведи примере за вертикалну и хоризонталну комуникацију у болници.
- Наведи главне проблеме који се могу јавити у хијерархијском моделу комуникације.

## 18. Комуникација са болесном особом

### 18.1. Информативна и терапијска комуникација

Свако је некад у животу имао прилику да разговара са здравственим радником. Искуства пацијената су разнолика када је у питању сарадња са медицинским особљем, начин комуникације, квалитет и количина информација коју пацијент добије.

У односу између болесне особе и здравственог радника потребно је направити разлику између две врсте комуникације: *информативне и терапијске*.

– *Информативна комуникација* – циљ јој је *прикупићање података* од пацијента разговором, најчешће интервјуисањем ради одређивања дијагнозе и *преношење информација* пацијенту о његовој болести и начину лечења. Информисањем се задовољава пацијентова потреба за познавањем своје болести и унапређује се понашање пацијента, односно његово придржавање здравствених савета и упутстава.

Пацијенти имају потребу да *сазнају информације* о: узроцима болести, дијагнози, тежини и прогнози болести, начинима лечења, резултатима и значењу различитих претрага, могућим негативним последицама лечења, сврси дијагностичких и терапијских поступака.

#### *Најчешће критике информативне комуникације су:*

- премало информација;
- неразумљиве и нејасне поруке;
- садржај комуникације – само се говори о органским узроцима болести, не и о психолошким.

#### *Шта могу бити разлози за мало информација?*

- Уверење здравственог радника да је разговор о болести мање важан од прегледа;
- Недостатак времена;
- Разговор може бити емотивно оптерећење;
- Сматра се да пацијенти нису довољно стручни да би разумели садржај;
- Неорганизованост рада између здравствених радника;
- Сматра се да разговор додатно може уплашити пацијента;
- Некад је тешко успоставити тачну дијагнозу;
- Многи здравствени радници не придају значај разговору са пацијентом.

#### *Комуникацију с пацијентом можемо побољшати:*

- Повећањем броја информација о узроцима и карактеристикама болести и лечења;
- Повећањем разумљивости – прилагођавање комуникације пацијенту и његовом разумевању садржаја;
- Увођењем садржаја који нису искључиво везани за органске појаве болести.



Пацијенти могу бити недовољно информисани о својој болести услед недостатка времена здравственог радника.

При давању информација потребно је сваком пацијенту приступити индивидуално. Оно што је једној особи довољно, некој другој ће бити премало или превише. Препорука је да се пацијенту даје онолико информација колико је у датом тренутку способан да разуме и запамти. На здравственом раднику је да процени **оптималну** количину информација која је потребна одређеном пацијенту. Уколико је у питању нека хитна ситуација, **лечење** има предност над информисањем.

Када пацијент треба да добије **више информација**?

- Што је **већи ризик** због пружања здравствене услуге (нпр. могуће компликације током операције);
- Што су **озбиљније** могуће **последнице** поступка (нпр. након ампутације);
- Што је **мање њознања** здравствена услуга или поступак (нпр. магнетна резонанца, ПЕТ скенер, лумбална пункција).

**Практични савети за успешнију комуникацију са пацијентом**

- Сваког пацијента питајте сматра ли да има довољно информација и жели ли још нешто да зна;
- Проверите које информације пацијент има и од кога их је добио;
- Питајте пацијента: *„Рецијте ми, шта знајте о својој болести/лечењу? Пробајте својим речима да објасните од чега болујете и који је Ваш њроблем.“*;
- Покушајте да откријете шта пацијента највише брине;
- Покушајте да откријете шта пацијент очекује да ће се дешавати током прегледа/боравка у болници/операције/рехабилитације како бисте отклонили могућа погрешна очекивања;
- Користите једноставне речи и изразе;
- Формулишите кратке и разумљиве реченице;
- При давању савета, најважније савете реците на почетку и поновите их неколико пута;
- Групишите информације које су сличне (нпр. *„Прво ћу Вам објаснити како да ѡревијате рану, а ѡпћом ћу Вам рећи нешто о начину исхране у ѡериоду ѡјоравка.“*);
- Сумирајте информације на крају разговора;
- Проверите да ли је пацијент запамтио информације које сте му дали;
- Понудите пацијенту образац у који ће уписати питања која жели да постави лекару (нпр. да пацијенти попуне образац док чекају у чекаоници).

– **Терапијска комуникација** – успостављање поверења и сарадње као основе за заједничко решавање проблема (здравство, саветодавни рад, психотерапија). То је комуникација којом желимо помоћи другима и којој циљ није давање и примање порука ради њихове информативне вредности, већ ради терапијског утицаја на друге. Ова врста комуникације укључује: активно слушање, саосећање, разумевање, давање подршке, савета и упутстава.



*Изузетно је важно ѡроверити да ли је ѡпацијент разумео информације које му је здравствени радник саопштио.*

Сврха давања информација у оквиру терапијске комуникације јесте ублажавање негативних емоционалних стања, а сврха примања информација је подстицање емоционалног размишљања појединаца који су под стресом.

### **Практични савети за одвијање терапијске комуникације**

- **Заступање комуникације** – поздрављање именом, понудити пацијенту да седне, представити се, објаснити сврху разговора, одвојити време за разговор;
- **Ток разговора** – гледање у очи, приватност, охрабривање, слушање, подршка, питања која су кратка и разумљива;
- **Завршавање разговора** – укратко понављање, питати пацијента да ли је све разумео, захвалити се на разговору.

## **18.2. Саопштавање лоших вести пацијенту**

Једна од најодговорнијих ситуација у раду здравствених радника јесте саопштавање лоших вести. Лекар, као члан тима, највероватније ће преузети одговорност за саопштавање лоших вести (нпр. о дијагнози, прогнози, ефектима терапије), али и остали чланови здравственог тима имају важну улогу у пружању помоћи пацијенту да савлада и прихвати вести. Поред неповољне прогнозе болести, и најразличитије вести могу да буду тешке за пацијенте који покушавају да прихвате ограничања која им болест намеће. Пожељно би било да сви чланови тима знају за кључне информације које је пацијент примио, тако да могу у складу са тим да се ангажују око њега и пруже му адекватну подршку. При саопштавању лоших вести важно је проценити количину информација коју пацијент може да прими у том тренутку и приступ прилагодити сваком пацијенту појединачно. Неки пацијенти желе врло детаљне информације, док други траже мало детаља и ситуацију прихватају корак по корак.

### **Практични савети за саопштавање лоших вести пацијенту:**

- Обезбедити довољно времена, мирно окружење и приватност;
- Пожељно је обезбедити присуство члана породице;
- Припремити се и одмерити количину информација које ће се дати пацијенту;
- Проверити колико детаља пацијент жели да зна (нпр. „Да ли бисте желели да чујете све детаље о...?“);
- Лошу вест пажљиво саопштити, али искрено. Рећи информацију, па направити паузу. Користити једноставне и разумљиве речи и не умањивати озбиљност ситуације (нпр. „Добили смо резултате. Жао ми је што Вам ово морам саопштити, али резултати показују да је уочена промена на плућима малигна.“);

- Дати времена пацијенту да **прими и обради** информацију;
- Допустити да испољи **негативне** емоције;
- Ублажити вест позитивном информацијом или **надом** (нпр. „Разумем да Вас ово сазнање илаши, али добра вест је што нема знакова ширења болести.” или „...али оваква вест иако је неуспешно се одклања операцијом и ирејман зрачном терапијом врло је делотворан.”);
- Предложити **план лечења** и укључити разговор о могућим изворима социјалне подршке;
- Охрабрити пацијента да сам **постави питање** које га занима.

#### Питам те, питам

- Објасни разлику између информативне и терапијске комуникације.
- Које су најчешће замерке информативној комуникацији?
- У којим ситуацијама пацијенту треба дати више информација?
- Размисли како би подстакао/ла дете од 3 године да сарађује током вађења крви.
- Наведи бар 3 разлога због којих здравствени радници пацијентима дају премало информација.
- Сети се ситуације у којој си примио неку непријатну вест у вези са здрављем. Како си се тада осећао/ла?

## 19. Особине здравственог радника и њихов утицај на комуникацију здравствени радник-пацијент

Здравствени радник своју професију одређује кроз улоге, положај и дужности које обавља. Посао здравственог радника базира се на комуникацији са људима, те је од велике важности квалитет односа који се успоставља између здравственог радника и пацијента.

Здравствени радници доносе своје професионалне одлуке и усклађују их са:

- Законима и прописима;
- Професионалним кодексима понашања;
- Општим моралним нормама;
- Личним моралним нормама и схватањима.

**Професионална брига о пацијенту обухвата: стручност, усмереност на пацијента и симпатију.** Ове карактеристике првенствено су битне због тога што особе које долазе у контакт са здравственим радницима од њих очекују помоћ, а реакције које испољавају често обухватају страх од болести.

Пацијент очекује да буде саслушан, да утврди тежину и озбиљност свог проблема, да се лечи и да се излечи. Такође, од здравственог радника очекује се да ослободи пацијента страха, стрепње и напетости.

**Особине које би требало да поседује добар здравствени радник:**

### **Стручност и компетентност**

Стручност је најзначајнија компонента у професионалном раду. Подразумева знање и вештине. У свим занимањима ово је једна од најзначајнијих компоненти, а у послу здравственог радника највише потребна јер у неким ситуацијама чак и мала грешка може да доведе до фаталног исхода. Уколико здравствени радник поседује високу стручност, знање, искуство, али и сигурност у сопствену стручност, онда он има и професионалну компетенцију.

### **Брига о себи и сопственом здрављу**

Сваки здравствени радник треба да брине о свом здрављу и чува своје психофизичко здравље јер само физички и ментално способан човек може адекватно одговорити на професионалне захтеве.

### **Брига о угледу професије и установе у којој се ради**

Посао здравствених радника спада међу најугледније и најцењеније професије. Професионална обавеза је да се чува властити углед, али и углед установе у којој се ради. Личне бриге, незадовољства и проблеме не треба преносити на пацијенте нити их тиме оптерећивати. Основни мотив бављења овим послом не треба да буде постизање угледа и моћи, него искључиво хуманост и пружање помоћи другом човеку који је у невољи и чије је здравље угрожено.

## **Зрелост личности**

Здравствени радник треба да поседује интелектуалну, емоционалну, али и социјалну зрелост. Све три компоненте зрелости долазе до изражаја у комуникацији и интеракцији у односу између здравственог радника и пацијента. Здравствени радник треба да буде заинтересован за посао који обавља, за пацијенте, али исто тако и да критички мисли и да поседује моралне особине. Такође, емоционална зрелост мора бити високо развијена како би здравствени радник био способан да контролише своје емоције у појединим ситуацијама, да реагује смирено и сталожено. Емоционална стабилност највише долази до изражаја у ситуацијама које су непредвидиве и тешке.

## **Хуманост и алтруизам**

Ове карактеристике садрже чињење, поштовање других људи, једнакост, достојанство, поштење, храброст, жељу да се помогне другој особи и љубав према људима.

## **Непоседовање и одбацивање стереотипа и предрасуда**

Предрасуде и стереотипи могу нарушити професионални однос и створити одређене баријере у комуникацији. Здравствени радник треба на време да их се ослободи јер за њега сваки човек треба да буде неко коме треба помоћи, без обзира на верску, расну, националну или неку другу припадност.

## **Комуникативност**

Подразумева могућност лаког и брзог успостављања контакта, прилагођавање језика различитим нивоима образовања људи, познавање техника и вештина вербалне и невербалне комуникације, асертивност и њену примену, способност сарадње, решавање конфликта и уливање поверења.

## **Љубазност**

У односу према пацијентима треба исказати љубазност, али не треба претеривати како то не би прешло у фамилијарност.

## **Искреност, верност**

Подразумева говорење истине и одржавање обећања. Здравствени радник треба да се држи правих информација у саопштавању и да не користи лажи.

## **Поштовање аутономије других**

Подразумева поштовање права на доношење властитих одлука. Када здравствени радник пружи савет, требало би да има и аргументе за своје предлоге. Ипак и поред тога, потребно је да се пацијенту остави слобода у доношењу одлука, као и да се поштује приватност пацијента. Подаци о пацијенту и болестима не смеју се злоупотребљавати, ширити и преносити особама које нису чланови уже породице пацијента или особама које нису укључене у процес лечења.



*У непредвидивим ситуацијама здравствени радник треба да контролише своје емоције.*

### **Колегијалност**

Здравствени радници међусобно морају сарађивати и радити у тиму.

### **Доследност**

Односи се на доследно поступање и понашање према пацијентима и колегама из установе. Оно што се омогући једном пацијенту, треба да се омогући и другима. Такође, не треба одступати од онога што је договорено и обећано.

### **Стручно напредовање**

Сви здравствени радници треба да унапређују своја знања и вештине, да прате стручну литературу, иновације и да их размењују са својим колегама, без сујете, себичности и чувања информација само за себе.

### **Емпатија**

Професионална брига заснива се на емпатији. Потребан је рационалан приступ, доношење одлука и трезвено размишљање. Емпатија подразумева разумевање и уношење у емоционално стање друге особе, као и способност децентрације. За успех у лечењу важно је да пацијент осети да га здравствени радник разуме.

### **Изглед здравственог радника**

Пожељно је да се поштује „кодекс понашања и одевања” у здравственим установама. Важно је изгледати уредно и пристојно.

Погоршање стања пацијента услед одређених активности лекара – његових речи или неадекватне примене метода и средстава дијагностичке и терапијске намене назива се **јатрогенија**. Јатрогенија може настати не само указивањем или чињењем одређених активности здравственог радника већ и нечињењем одређених поступака које је здравствени радник био дужан да учини.

Најчешћи фактори јатрогенизације:

**Реч** лекара – пацијент реагује не само на специфично значење речи већ и на пропратне невербалне знаке (мимику, дикцију, тон гласа, гестове). Како је свака болест, па и претпоставка да је болест у питању, праћена психичком напетостју, она утиче да се необјективно схвата реч лекара, поготово ако се уочи несклад између буквалног значења речи и пропратне експресије. На пацијента посебно трауматизујуће могу деловати „прикази других случајева”, непримерени коментари („Па шта сте до сада чекали?”, „Дошли сте у пет до дванаест!”) или консултације лекара пред пацијентом о дијагнози или избору терапије;

**Време** које лекар посвећује пацијенту – пречесто и дуготрајно ангажовање лекара пацијент може доживети у значењу дијагностичке сложености свог обољења. С друге стране, недовољно ангажовање лекара, „прескакање” у току визите или одлагање обећаног разговора, без правовременог објашњења, пацијент може тумачити као напуштање, одустајање од лечења његове „неизлечиве” болести.

Облици понашања лекара који могу јатрогенизирајуће деловати на пацијента:

- Склоност лекара да песимистичним прогнозама застрашује пацијента и сроднике;
- Склоност лекара да брзоплето поставља дијагнозе услед потребе да демонстрира своје знање и да се „покаже” пред пацијентом;
- Склоност лекара да пацијенте упућује на различита испитивања (ЕКГ, ЕЕГ, скенер итд).

- Шта укључује професионална брига о пацијенту?
- Објасни на који начин лоша контрола емоција здравственог радника може утицати на његову комуникацију са пацијентом.
- Објасни зашто је доследност лекара важна за комуникацију са пацијентом.
- Осмисли конкретан пример и објасни како физички изглед лекара утиче на комуникацију са пацијентом.

### 20.1. Врсте конфликта

Конфликти су ситуације између људи у којима долази до неусклађености, до супротности и акција које предузимају поједине особе. Супротности у схватањима, оценама и ставовима извори су конфликта (Wilmot & Hocker, 2005 према Tabs, 2010). Сасвим је сигурно да је лоша комуникација често узрок јављања сукоба. Увек када су две особе или више њих у одређеној интеракцији, постоји могућност јављања сукоба (Кекуш, 2010).

Постоји више начина за класификовање конфликта, а један од њих је на основу тога *да ли је конфликт видљив или не*:

**Латентни или прикривени конфликти** – неслагање или негативна осећања се прикривају, али је антагонизам све време присутан (нпр. жеља да се неке науди може скривено да тиња иза нежних манира). Одлагањем признања да конфликт постоји добијамо на времену да се припремимо за решавање, међутим, ако сукоб остаје трајно прикривен, може изазвати *нејавне последице* као што су: анксиозност, незадовољство, неповерење;

**Отворени конфликти** – нпр. отворени сукоби мишљења, судски процеси, ратови и сл. Оваква врста сукоба може се лакше решити уколико примењујемо конструктивне технике решавања сукоба. Међутим, уколико нисмо научили да конфликте решавамо конструктивно, они могу довести до низа *непријатних последица* као што су: губитак контроле, отворено испољавање агресије кроз врећање, псовање, претње, забране и прекиде комуникације;

Подела конфликта на основу тога ко је *носилац конфликта и између кога избија*:

**Интраперсонални конфликт** – конфликт у самој личности који настаје услед сукоба мотива. Извори унутрашњег конфликта могу бити: идеје, ставови, вредности или нагони који су у сукобу једни с другима;

**Интерперсонални конфликт** – конфликт између појединаца. У овом конфликту стране обично директно комуницирају једна с другом. Већина принципа на којима је заснован конфликт и његово решавање тиче се овог типа конфликта. Чести су на радном месту (нпр. сукоб између два здравствена радника или више њих, између здравственог радника и пацијента, између здравственог радника и надређеног). Узроци могу бити бројни, али углавном потичу из неиспуњених и занемарених људских потреба као што су: прихваћеност, признање, аутономија, јасноћа, сарадња, помоћ итд.;

**Интрагрупни конфликти** – то су конфликти везани за групу и активност у групи. Могу да се одвијају у породици, тиму, на послу (нпр. сукоб између запослених на једном одељењу, сукоб унутар групе пацијената);

**Интергрупни конфликти** – конфликти између различитих група (нпр. завађене породице, радници и управа, зарађене нације). У здравственом

контексту пример оваквог конфликта је сукоб између медицинских сестара и лекара.

У односу на то како се конфликт **одражава на функционисање и одржавање** групе или међуљудских односа, разликујемо:

**Деструктивне конфликте** – то су конфликти који доводе до трајних негативних последица за појединце или за групе. То су конфликти који трајно ометају успешно функционисање групе или угрожавају њено одржање;

**Конструктивне конфликте** – то су конфликти који нису штетни за појединца или групу и они заправо доприносе промени и развоју особе или неке групе.

## 20.2. Узроци конфликта

**Подаци** – сукоб настаје услед погрешних информација, недостатка информација, различитих погледа на то шта је важно или различитих интерпретација података. Ова врста конфликта може се лако решити тако што обе стране износе своје аргументе и заједно могу пронаћи нове информације из поузданих извора (нпр. када сукоб између медицинске сестре и пацијента настане око терапије преписане пацијенту – најлакше је проверити шта пише у здравственом картону пацијента);

**Поступци** – сукоб настаје када не постоји један стандард и када нека радња може да се изврши на више начина. Решавање оваквих сукоба подразумева прихватање чињенице да се иста радња може обавити на неколико различитих начина (нпр. на различитим одељењима у болници постоје различити протоколи за извођење истог медицинског поступка);

**Циљеви** – сукоб настаје када постоји разлика у жељеним исходима неке акције. Ова врста конфликта решава се тако што се покрене дискусија са циљем да се пронађе заједнички интерес. Када се постави заједнички циљ, већа је вероватноћа да ће конфликт бити успешно решен (нпр. циљ у некој болници је да запосле што више медицинских сестара, за шта нема довољно средстава. Истовремено, циљ запошљавања је да се што већи број пацијената обради на дневном нивоу. Решење сукоба може бити боља организација рада у сменама);

**Вредности** – сукоб настаје услед разлике у систему вредности сукобљених страна. Ово је често узрок најсложенијих сукоба. Решавање оваквих сукоба захтева високу мотивацију и спремност да се разуме друга страна како би се пронашло решење које је прихватљиво и за једну и за другу страну (нпр. ако пацијент одбија операцију из верских разлога, то је његово право, али тиме ослобађа одговорности здравствене раднике).



Сукоб између здравствених радника може настати око терапије преписане пацијенту.

### ***Сукоби између здравствених радника најчешће настају због:***

- Лоше организације за коју сами нису одговорни;
- Неадекватног односа са руководиоцем (главна сестра, лекар, шеф, директор);
- Лошег утврђивања потреба за одређеним кадром (систематизација радних места);
- Разних привилегија повлашћених чланова тима;
- Непризнавања стручности;
- Генерацијских сукоба;
- Борбе за руководеће место;
- Непризнавања компетентности, аутономије;
- Примене различитих система вредности;
- Издавања налога који се косе са етичким принципима;
- Зарада и награђивања;
- Распореда рада.

### ***Узроци најчешћих сукоба у односу здравствени радник-пацијент су:***

- Недовољно информисање пацијента;
- Неоправдане грешке успостављања дијагнозе;
- Погрешна терапија;
- Недовољна посвећеност пацијенту у току информативне комуникације;
- Нељубазност и недостатак емпатије;
- Претрпаност пацијената папирологијом;
- Негирање пацијента да је болестан;
- Пацијентово одбијање лечења;
- Непридржавање упутстава за лечење;
- Нељубазност и нестрпљивост пацијената.

## 20.3. Стили понашања у конфликту

**Такмичење**  
(*победа/пораз*)  
задовољавање  
сопствених потреба

**Сарадња**  
(*победа/победа*)  
задовољавање потреба  
свих страна

**Компромис**  
(*понекад победа, понекад пораз*)  
делимично задовољење свих  
страна

**Повлачење**  
(*пораз/пораз*)  
занемаривање и  
сопствених потреба  
и потреба других

**Попуштање**  
(*пораз/победа*)  
задовољавање потреба  
других на сопствену  
штету

**Такмичење** – наређивање, доминација, викање, није нужна отворена агресија. Може бити присутно манипулисање, обмањивање и збуњивање. Друга страна доживљава се као противник, а најважније је да се користи сила и моћ, а сваки уступак третира се као пораз. Односи са другима су нарушени и занемарени. Сви су несрећни, а често и увређени.

**Симбол:** Ајкула

**Девиза:** „Биће по моме или никако.”

**Сарадња** – јасно су дефинисане потребе свих страна у сукобу, долази се до преговора, јављају се решења која су прихватљива за све стране, говори се искрено о потребама и осећањима. Овде није битно да се иде ка победи, него ка заједничком решењу. Користе се вештине решавања конфликта, тражи се најбоље решење за свакога. У центру пажње је проблем.

**Симбол:** Делфин

**Девиза:** „Нисмо ти и ја једно против другог, него смо заједно против проблема.”

**Компромис** – обе стране одричу се нечега како би се проблем решио. Постоји опасност да сукобљене стране касније буду незадовољне тиме што су одустале од сопственог циља и прихватиле циљ који им није био довољно добар. На површини изгледа да је све у реду, али је могуће да су сви незадовољни. Дobar однос може се задржати, али може се трагати и за бољим решењем. Овде је брига о себи и о другима половична.

**Симбол:** Камелеон

**Девиза:** „Мало ја, мало ти.”



Симбол такмичења је ајкула.



Симбол сарадње је делфин.



Симбол компромиса је камелеон.



Симбол љоушћаша  
је љишани меда.



Симбол љовлачења је  
корџача.

**Попуштање** – осмехивање, веселост, нема ни наговештаја о ономе што се стварно мисли. Проблем наводно не постоји, нема ничега о чему би требало причати, нарочито у ситуацији у којој се сукобљене стране налазе. Битнији су интереси друге стране, у односу на себе. Одустаје се од сопствених потреба да би се други задовољили.

**Симбол:** Плишани меда

**Девиза:** „Како ти кажеш.”

**Повлачење** – ћутање, дурење, одбијање разговора, одлазак из ситуације, кажњавање ћутањем, скривање, изолација, када конфликт избије, сви се претварају да га нема, а када неко укаже на конфликт, делују као да су задовољни сваким решењем. Односи са људима „пате”, проблем се не решава, јавља се недостатак поверења. Не постоји брига ни за себе ни за друге.

**Симбол:** Корџача

**Девиза:** „Сукоб, какав сукоб?”

Не постоји један начин решавања конфликта који је најбољи за све ситуације, али можемо рећи да су за већину уобичајених конфликтних ситуација најпримеренији сарадња и компромис.

- Када је тема важна, кориснији су стилови *ћакмичење* и *сарадња*;
- Када су односи битни, кориснији су стилови *љоушћаша* и *сарадња*;
- Када је време важно, треба узети у разматрање стилове *ћакмичење*, *љоушћаша* и *љовлачење*.

## 20.4. Препоруке за решавање конфликта

Успешно решавање сукоба захтева, поред жеље учесника да сукоб разреши, одређена знања и вештине. Неке од општих препорука за решавање сукоба су:

- **Размислите** шта се догодило, како се осећате, како то утиче на вас;
- Размислите *шта желите*, да ли желите да покажете да сте у праву, да окривите другу особу, да повредите другу особу, да је уплашите или да решите проблем и побољшате комуникацију са другом особом;
- Признајте себи да **сукоб љосћоји** – ако прихватамо сукобе као нормалан део живота, онда ћемо бити спремнији да уложимо напор и пронађемо најбоље решење и нећемо реаговати импулсивно и емотивно;
- Заузмите *кооперативан став* – сукоб ће најуспешније бити решен ако сукобљене стране активно учествују у решавању и сарађују. Неће бити успешно решен ако само једна страна придоноси његовом решавању;
- Изнесите *своје виђење ситуације* и дозволите да *група страна* изнесе своје – да би се сукоб успешно решио важно је објаснити свој став, али и пружити прилику другој страни да објасни своје виђење и саслушати

је. Најпожељније је да свака страна добије одређено време за изношење става јер ће то подстаћи другу страну да слуша;

- Утврдите **кључне тачке сукоба** – након што свака страна изнесе своје виђење, битно је одредити кључне тачке сукоба. При томе, усмеравајте се на проблем, а не на особу и на етикетање особе. На овај начин тражи се заједнички интерес и олакшава се тражење решења;
- Тражите **различита решења** – трагајте за решењима која могу задовољити потребе свих страна, будите флексибилни;
- Договорите се и **сироведише изабрано решење** – како би се решење спровело, неопходно је да постигнути договор буде јасан свим странама. Нејасан договор не може се спровести у дело.

#### Негативна полемика

- **Антиаионизам** – супротност или друштвена противречност.

#### Питам те, питам

- Објасни разлику између отвореног и латентног конфликта.
- Објасни на који начин разлика у поступцима може довести до конфликта.
- Осмисли пример и објасни како разлика у циљевима може довести до сукоба између здравственог радника и пацијента.
- Присети се конфликтне ситуације када си направио/ла компромис. Како си се тада осећао/ла?
- Присети се конфликтне ситуације у којој си се повукао/ла. Шта те је спречило да се заузмеш за себе?
- Објасни на који начин одбијање пацијента да прими терапију може довести до сукоба са медицинском сестром.
- Опиши повлачење као стил решавања конфликта.
- Који стил решавања конфликта је препоручљив у ситуацијама када је потребно решити сукоб у кратком временском року?

## 21. Типови пацијената са којима се одвија отежана комуникација

У свакодневном професионалном раду здравствени радници сусрећу се са пацијентима, њиховим члановима породице и пратиоцима. Сви они су различитих структура личности. Свако од њих представља одређену врсту комуникацијског изазова за медицинског радника и са одређеним типовима личности комуникација се може отежано одвијати. Разликујемо више типова пацијената са којима се комуникација може отежано одвијати. То су:

**Тужни пацијент** – преко своје мимике одаје утисак туге и изгладнелости. Ове особе изузетно ретко изражавају агресију. Када то чине, онда је манифестују кроз самооптуживање. Ови пацијенти су преокупирани кривицом због неке грешке у свом послу, страхом да ће се нешто погрешно догодити, неповерењем у себе. Преокупирани су општом беспомоћношћу и нерасположењем, посебно када наиђу на проблем;

**Драматични пацијент** – његово понашање је драматично, еротизовано и усмерено да шармира здравственог радника. Емотивни стил ових пацијената карактерише изузетна нестабилност (врло су сугестибилни, екстремно амбивалентни и превртљиви – лако мењају осећања). Углавном потискују и негирају своје основне потребе и емоције, исказују велику глад за узбуђењима, склони су да праве сцене пред другим пацијентима. Често се дешава да егзалтирани напуштају болницу и прекидају лечење;

**Уредни пацијент** – карактеришу га опседнутост чистоћом, детаљима, тврдичлуком. Може бити строг поводом поштовања одређених правила. Овај тип пацијента може да има присилне мисли које у екстремним случајевима иду до сумануте опседнутости болешћу. Изражава екстремну потребу за јасном организацијом свог окружења, доследношћу и педантношћу;

**Уплашени пацијент** – врло често има низак крвни притисак и бледоћу лица, руке су му хладне при руковању, тихо говори, има раширене зенице, жали се често на вртоглавице, несанице, болове, по сваку цену избегава улазак у конфликт, зато често изгледа беспомоћно, несигурно и уплашено. Овакви пацијенти не желе да остану сами у болесничкој соби, не желе сами да иду ван одељења, одбијају да сами обаве неке обавезе – рецимо преглед на другом одељењу и избегавају да самостално донесу одлуку;

**Лењи пацијент** – понаша се успорено, безвољно и лењо. Изгледа запуштено, носи исту гардеробу и тврди да му је тако најједноставније и најудобније. Мишљење му је углавном тромо и споро, инхибирано и усмерено на болне и непријатне садржаје. Ипак његове мисли нису интензивне као код уплашеног пацијента. Он уме да буде површан и краткотрајних емоционалних реакција;

**Уображени пацијент** – његово понашање је препознатљиво по ароганцији и препотенцији. Увек је спреман за акцију. Склон је да демонстрира моћ, намеће се као вођа и не подноси подређени положај. Неретко је агресиван

и деструктиван, често критикује и надгледа рад здравствених радника. Овај тип пацијента је инфантилан, гладан дивљења и спреман да изводи разне ствари како би изазвао дивљење код других. Према другима је неосетљив, а постаје преосетљив када му други упућују критике;

**Дволични пацијент** (личност са два лица) – оставља утисак као да има две личности – личност „А” и личност „Б”. Понекад успева дуго да се понаша као једна личност, на пример личност „А” и да нагло пређе у личност „Б”. Током једног прегледа или током лежања у болници овај пацијент може да промени улогу, те се питамо да ли је то онај исти човек са којим смо пре тога непосредно разговарали. Некада су такве промене постепене. Пацијент се полако трансформише у особу коју у ствари не познајемо, а која је супротна оној особи коју смо већ упознали;

**Пасивно-агресивни пацијент** – овај пацијент се препознаје по одлагањима, тврдоглавости и многим саботажама у релацији са здравственим радником и другим пацијентима. Уколико здравствени радник замоли пасивно-агресивног пацијента да му нешто уради, ретко ће отворено рећи не. Пристаће, а онда ће почети да касни и да прави грешке. Овај тип пацијента често демонстрира неефикасност. Селективно заборавља, манипулативан је, превише је услужан. Воли да се труди, а да при том не успева;

**Садомазохистички пацијент** – карактерише га недостатак поштовања и емпатије према другим људима не само у професионалном животу већ у њиховом животу уопште. Садистичка особа воли јавно да понижава друге људе. Такав пацијент сужава туђу слободу и аутономију да би лакше контролисао своје сараднике (нпр. не дозвољава својим цимерима у соби да примају посете ван институционално дозвољеног времена). Овакав тип личности труди се да сазна слабу тачку – „Ахилову пету” другим пацијентима, али и здравственим радницима са којима је у контакту. Склон је да тријумфује када јавно изнесе ману некога од пацијената или некога од здравствених радника. Воли туђе грешке и оне му служе као оправдање за изливе беса и непримерене казне, ако је у прилици да их спроведе. Своје грешке не примећује. Неретко је склон самоповређивању, самопотцењивању;

**„Убица дечјег лица”** – може бити врло опасан. Ради се о специфичној врсти личности јер се тешко и касно препознаје, а опасан је. Овај тип пацијента врло спретно користи своју интуицију и шарм да би обмануо друге и подвукао им се под кожу. Труди се да упозна приватни живот здравственог радника. Врло добро зна какве су потребе здравствених радника и труди се да их задовољи. Понаша се младалачки, помало луцкасто, користи жаргон који је у тренду. Изгледа дечје зависно, беспомоћно и безопасно, тако да понекад очекује да здравствени радник преузме комплетну бригу о њему (нпр. таман се здравствени радник навикне на пацијента који опушта и инспирише, а онда се он изненада преобрати у хаотичног, опасног човека који

се понаша неадекватно или износи предлоге које здравствени радник из оправданих разлога не може да прихвати);

**Мистични пацијент** – често користи неразумљив начин комуникације, за нас ирационалан. Испољава необична понашања. Израз лица му је посебан као и начин устајања, чудни су му ритуали. Воли да покреће мистичне теме као што су тарот, хороскоп, карма;

**Сумњичаво-сензитивни пацијент** – често себе представља као жртву. Сумња у све оно што му здравствени радник каже, покаже или обећа. Ипак све време у контакту шаље поруку да здравствени радник, овај свет и све око њега не ваља, а једино што ваља је он сам. Конфузни елементи у структури оваквог пацијента исказују се кроз неповерење и сумњичавост у терапеутске основне мотиве здравственог радника. У разговору често ће рећи здравственом раднику: „Видите колико трпим због Вас“, „Видите шта сте ми учинили.“ Понаша се врло нелојално према установи и здравственим радницима;

**Сумњичаво-конфузни пацијент** – није у стању да контролише своју сумњичавост и неповерење. Врло јасно даје до знања да здравствени радник не ради добро, да свет не ваља, али у овом случају ни он сам не ваља, све је под сумњом и све завршава у општем незнању;

**Депресивни пацијент** – оставља утисак потиштености, безвољности, обично је запуштен, забринутост израза лица. Мимика му је оскудна, углавном изражава тугу, жалост, незнање и кајање. Говори тихо и комуникација са оваквим пацијентом после извесног времена постаје непријатна и монотона. Слаба им је концентрација. Мишљење је успорено и неефикасно. Снижено им је самопоштовање и самопоуздање, а изражено осећање невољности, изгубљености, очаја и празнине;

**Манични пацијент** – често одаје утисак великог професионалног успеха. Појављују се понекад фазе надменог, досадног и наметљивог понашања. Овај тип пацијента може бити раздражљив и агресиван када схвати да се други не уклапају у његов „свет“. Склон је да бесциљно путује, купује прескупе поклоне људима који му нису битни. Ток мисли овог пацијента је убрзан. Брзо прелази са идеје на идеју и са теме на тему. Лако доноси закључке, као и одлуке, али их исто тако брзо заборавља или негира;

**Агресивни пацијент** – уверен је да је он увек у праву. Сматра да други злонамерно греше. У наступу је врло одлучан. Не уме да опрости, може да прогања друге и има потребу да доказује другима да греше, а да је он у праву. Бори се најчешће против припадања и љубави јер их доживљава као слабост и највећу опасност која може у животу да му се деси. Агресивни пацијент очекује да ће му други људи нанети зло или да ће га искористити. Злоупотребљава и најмању добронамерну критику, одмах почиње да се свађа. Врло брзо реагује противнападом на све што он дефинише као напад на њега.

## **21.1. Начини комуникације са пацијентима са којима се одвија отежана комуникација**

### **Препоруке за комуникацију са пацијентом који је агресиван:**

- Понашајте се супротно од начина на који се понаша пацијент;
- Препознајте пацијентову љутњу и узнемиреност;
- Гледајте пацијента у очи и ословљавајте га именом;
- Покажите да желите да разговарате и да га саслушате;
- Постављајте отворена питања како бисте га подстакли да прича;
- Не свађајте се са пацијентом, не упадајте му у реч, не прекидајте га, не упозоравајте га да не псује;
- Не доживљавајте лично увреде које пацијент износи;
- Дајте пацијенту могућност избора; људи постају агресивни када имају осећај да су присиљени на нешто;
- Не обећавајте пацијенту нешто што не можете да испуните само да бисте га се решили;
- Кажите шта не можете да урадите и зашто;
- Ако сте направили грешку, признајте.

### **Препоруке за комуникацију са пацијентом који критикује:**

- Пажљиво слушајте пацијента;
- Обратите пажњу на његова осећања;
- Не свађајте се са пацијентом;
- Не схватајте његове жалбе лично;
- Кажите му истину о његовом стању;
- Не обећавајте оно што не можете да испуните;
- Не дефинишите проблем као нерешив;
- Не доносите преурањене закључке;
- Преузмите одговорност и не пребацујте је на друге;
- Постављајте питања како бисте схватили шта пацијент очекује да урадите;
- Не прекидајте пацијента усред реченице;
- Не окривљујте пацијента;
- Не окривљујте колегу или другог здравственог радника из ваше установе.

### **Препоруке за комуникацију са пацијентом који је забринут и уплашен:**

- Будите смирени и издвојите довољно времена за разговор;
- Гледајте пацијента у очи;
- Покажите разумевање за пацијентова осећања;
- Ако пацијент превише прича, користите сумирање како бисте усмерили пацијента и како бисте му објаснили које информације треба да добијете од њега;

- Проверите да ли сте добро разумели проблем пацијента;
- Кажите пацијенту шта тачно очекујете од њега током и након разговора;
- Понудите пацијенту решење (нпр. план лечења);
- Проверите да ли је пацијент у потпуности схватио информације које сте му дали, план лечења, савете и упутства;
- Проверите да ли се пацијент слаже са оним што планирате да урадите.

#### Примери поклона

- **Екзалтиран** – узбуђен, усхићен.
- **Дијресија** – удаљавање од теме о којој се разговара.

#### Питам те, питам

- Шта мислиш, са којим типом пацијената је најтеже комуницирати? Зашто?
- Замисли да си медицинска сестра/техничар. Како би саопштио/ла агресивном пацијенту да је први слободан термин за ултразвук стомака за 3 месеца?
- Замисли да си медицинска сестра/техничар. Како би одбио/ла поклон који ти доноси пацијент у знак захвалности за негу коју си му пружио/ла док је био хоспитализован?
- У следећој ситуацији замисли да си лекар. Како би из позиције лекара решио/ла ову ситуацију?

Пацијенткиња старе 53 године долази на преглед и жали се да јој лекови, који су јој преписани, не помажу и да је бол у трудном кошу све јачи. Лекар жели да сазна више о присућним тешкобама, какав је бол, колико траје, да ли је терапију на прописан начин, међућим, пацијенткиња не одговара на постављена питања, нећо прави дијресије и сама наводи моћне болесни од којих болује.

## 22. Придржавање и одступање од савета лекара

У савременом приступу здрављу и болести претпоставља се да је здравље условљено међусобним дејством биолошких, психолошких и социјалних чинилаца. Сви они заједно делују на понашање појединца, па и на све облике понашања који су повезани са здрављем. **Здравствено понашање** је свако понашање или активност коју особа предузима да би сачувала или побољшала своје здравље, адекватније се лечила или се прилагодила хроничним болестима. У уобичајену листу позитивних здравствених понашања спадају: здрава исхрана, вежбање, неконзумирање алкохола, непушење, сигурни сексуални односи, везивање појаса у аутомобилу, одлазак на редовне превентивне прегледе, придржавање здравствених савета и упутстава од стране лекара.

### *Аспекти здравственог понашања:*

- То је свако понашање које **здрава особа** предузима у сврху превенције или раног откривања болести;
- То је свака активност коју **особа која се осећа болесном** предузима да би утврдила какво јој је здравствено стање и како би пронашла одговарајућу помоћ;
- То је свако понашање **пацијента** које за сврху има оздрављење или прилагођавање на хроничну болест.

Придржавање здравствених савета је један од најважнијих облика здравственог понашања. Боље придржавање упутстава и савета помаже ефикаснијој превенцији болести, бољем очувању здравља, раном откривању болести, као и квалитетнијем лечењу болести и третманима опоравка.

Иако се већина истраживања бавила проблемом непридржавања здравствених савета у подручју коришћења лекова, непридржавање је често присутно и код здравствених упутстава везаних за дијеталну исхрану, одвикавање од цигарета или алкохола, правилну негу деце, редовне одласке на контролне прегледе. Према резултатима разних истраживања у просеку око 30% пацијената не узима лекове према упутствима лекара (Di Mateo, 2004 према Havelka, 2011).

Одступање од савета може бити делимично и потпуно. Ово понашање је под утицајем различитих чинилаца и може се појавити у различитим облицима, на пример: недовољно коришћење прописаних активности (нпр. недовољна физичка активност), претерано коришћење прописаних упутстава (нпр. коришћење превеликих доза лекова), неправилна примена прописаног третмана (нпр. пречесто или ретко), престанак примене пре прописаног времена за престанак терапије (престанак узимања антибиотика одмах након побољшања симптома), истовремено коришћење других облика третмана (нпр. других лекова) без знања лекара који је преписао главни лек.

Одступање од савета и упутстава које је дао лекар може бити: **ненамерно и намерно**.

**Ненамерно одступање** постоји у случају када пацијент нема никаквог разлога да одбија савете, хтео би да их се придржава, али то не ради јер их није добро разумео, запамтио, тешко му је да их прати јер су сложени, нису му довољно доступне могућности за њихово спровођење.

**Намерно одступање** постоји у случају када пацијент нема довољно поверења у стручност лекара, у његову добронамерност, одбија да прихвати озбиљност болести, па придржавање сматра непотребним, када не разуме болест и важност лечења.

*(Не)придржавање здравствених упуштава и савета повезано је са:*

- Особинама пацијента;
- Карактеристикама болести;
- Начинима лечења;
- Начинима организације и доступности здравствене службе.

Када је реч о особинама пацијента, установљено је да је боље придржавање упутстава присутно ако:

- Пацијент верује да је његово здравствено стање озбиљно нарушено;
- Ако сматра да ће придржавање савета довести до побољшања здравља;
- Ако постоји мање препрека у спровођењу упутстава;
- Ако има трајну мотивацију да се придржава упутстава и савета;

Карактеристике болести – истраживања су показала да веће одступање од савета лекара постоји код пацијената који су оболели од тежих и озбиљних болести зато што они имају више препрека у придржавању упутстава. Оболели од лакших болести више се придржавају добијених упутстава. Веће придржавање постоји и код пацијената који осећају болове и друге симптоме, него код оних који немају изражене симптоме (нпр. висок крвни притисак).

Начин лечења – што је сложеност лечења већа, то је придржавање савета мање. Што лечење више оптерећује самог пацијента и његову породицу, било временски, физички, психички или финансијски, то је одступање од савета веће.

## **22.1. Здравствено понашање и унапређење здравља**

Познато је да позитивно здравствено понашање повећава квалитет здравља и живота уопште, смањује ризик од болести и повећава животни век појединца.

Лонгитудинално истраживање Џорџа Каплана (George Kaplan), које је започео још 1965. године у покрајини Аламеда у Калифорнији (САД), обухватало је узорак од 7000 становника оба пола, узраста од 17 година до 94 године. У периоду од 30 година праћена је повезаност разних облика здравственог понашања, квалитета здравља и дужине живота. У сва три раздобља мерења утицаја здравственог понашања на здравље показало се да на унапређење здравља и продужење живота највише делују: вежбање, здрава исхрана, непушење, редован и здрав сан, умереност у конзумацији алкохола. Показало се да што је већи број позитивних облика здравственог понашања које појединац свакодневно користи, то је већа вероватноћа да има добро здравље и дужи животни век. Исто тако, што се временски дуже користе ове врсте понашања током живота, њихов утицај ће бити јачи.

Поред наведеног, за унапређење здравља веома су значајни и контролни прегледи. Редован контролни преглед може да пружи информације које су драгоцене за очување општег здравља, да помогне у раном откривању болести и фактора ризика за појаву одређених обољења и спречавању њихових компликација. Ако је у породичној анамнези било одређених обољења (нпр. малигних или кардиоваскуларних), контролне прегледе пожељно је редовно спроводити. Откривање болести у раној фази значајно је због лакшег и ефикаснијег лечења, као и због блажих последица лечења (нпр. рано откривање чворића у дојци може се уклонити оперативним путем без отклањања целе дојке или откривањем повишеног шећера у крви, пре појаве првих симптома болести, могу се спречити касне последице као што су оштећење крвних судова и нерава).

#### **Примени – 7 здравих животињских навика:**

- 7–8 сати сна;
- Редован доручак;
- Непушење;
- Избегавање „брзе хране“;
- Одговарајућа телесна тежина;
- Неконзумирање алкохола;
- Редовна физичка активност (вежбање, трчање, шетње).

#### **Научимо нове појмове**

- **Лонгитудинално истраживање (ситуација)** – истраживање у којем се у дужем временском периоду прати, односно истражује иста појава или иста група испитаника, а циљ је утврдити да ли протоком времена долази до промена у тој појави или у понашању и особинама код дате групе испитаника.
- **Породична анамнеза** – испитивање и анализирање података о болестима у ужој и широј породици пацијента.

- Наведи аспекте здравственог понашања.
- Која 4 фактора утичу на непоштовање савета лекара?
- Процени тачност следећих тврдњи:

Неуважавање лекарских савета, када пацијент нема довољно поверења у стручност лекара, назива се ненамерно одступање. Т Н

Пацијенти оболели од тежих болести више поштују савете које им лекари дају. Т Н

Пацијент ће се више придржавати савета лекара уколико верује да је његово здравље трајно нарушено. Т Н

—

## 23. Сарадња и тимски рад у односу здравствени радник–пацијент

Тим или *радна група* основна је јединица организације чији су чланови окупљени око заједничког циља и задатака у чијој реализацији учествују и за које деле заједничку одговорност. Тимови могу бити стални и привремени у зависности од сложености и врсте задатака.

Тимски рад је врста групног рада у коме чланови групе имају своја задужења, делокруг рада и одговорности, усаглашено раде са другим члановима групе и доприносе радној ефикасности.

Два кључна процеса динамике у функционисању тима су:

- Групно решавање проблема;
- Групно одлучивање.

**Предности тимског рада су:**

- Већа ефикасност и квалитет обављеног посла;
- Бржи долазак до циља – сви потребни стручњаци су „на лицу места”;
- Лакша размена информација и преношења знања и искустава на млађе и мање искусне чланове тима;
- Мање грешака у раду;
- Нижи степен стреса за чланове тима;
- Свакодневни рад у здравом и ефикасном тиму подстиче задовољство запослених;
- Доследна комуникација у тиму подстиче пацијента на бољу сарадњу са тимом;
- Стручни тимови, који добро раде, пружају боље здравствене услуге и доводе до већег задовољства пацијента и чланова породице;
- Финансијска исплативост тимског рада с обзиром на то да се одређена проблематика брже и ефикасније решава.

За успешну комуникацију у оквиру тима неопходна је **сарадња** чланова тима. Сарадња представља однос у коме две или више особа раде заједно на решавању заједничког проблема, деле одговорности за процес решавања и његове исходе. За успостављање сарадње у здравственом тиму битно је да припадник сваке струке разуме и уважава улогу других стручњака у тиму. Сарадња између чланова здравственог тима доводи до боље бриге о пацијентима.

**Успостављање тимског рада и сарадње између здравственог радника и пацијента**

Свако разматрање односа здравствени радник – пацијент мора полазити од чињенице да су то две групе људи који имају различите улоге. Те различите улоге, односно позиције, стварају интеракцијски процес који се одвија између професионалаца који пружају неке услуге и људи – пацијената који примају те услуге.



За успостављање жељених  
исхода у лечењу,  
неопходно је међусобно  
поверење пацијента и  
здравственог радника.

Када болесна особа одлучи да потражи лекарску помоћ због здравствених тегоба, она улази у улогу болесника. Прате га специфична очекивања, а она су највише везана за могућност стручњака да помогне. Услови за испуњење очекивања оболелих постоје, мада су често праћени разочарањем и незадовољством болесника. Развој медицине и осталих хуманистичких наука створио је добру основу за обезбеђивање свеобухватније и квалитетније здравствене заштите становништва. Различите улоге, различита очекивања, непрепознавање проблема и недовољно развијене вештине за превазилажење проблема у комуникацији воде сложенијим проблемима него што је незадовољство здравственом заштитом. Последице се могу одразити на: учесталост тражења медицинске помоћи, окретање непровереним и алтернативним методама лечења, ширење злоупотребе болести од стране лажних стручњака.

Сусрет здравственог радника и пацијента најчешће настаје у оном тренутку када болесна особа посумња у своје здравље и када јој је потребна провера здравствених сумњи. Тада пацијент постаје свестан да ће здравствена служба и медицинско особље постати саставни део његовог живота. Здравствени тимови, пре свега лекари и медицинске сестре, чине специфичне групе стручних људи обучених да примењују одређене процедуре којима је циљ да пружи помоћ онима који су у том тренутку угрожени.

*Подаци из истраживања:* Истраживања у свету (Хал и Дорма, 1988 према Томић, 2015) показала су да када пацијенте питају шта је за њих важно у погледу мера здравствене помоћи, они истичу начин на који примају ту помоћ, као важнији фактор и од самог квалитета здравствене услуге. Друга група истраживања (Ди Матео, Хејз и Принс, 1986 према Томић, 2015) показује да је однос између извештаја пацијента о његовом задовољству пруженом здравственом услугом лекара обрнуто пропорционалан ономе како лекар перципира задовољство корисника. То је и логично, јер на задовољство гледају са различитих позиција: лекар са позиције стручно компетентне особе, а пацијент са супротне (нестручне) позиције.

Однос здравствени радник – пацијент је двосмеран однос – интеракција. За постизање жељених исхода у лечењу, неопходно је *међусобно ѿверење и ѿшћивање* пацијента и здравственог радника.

Способност здравственог радника да реагује на различите потребе пацијената зависи од професионалног знања, али и од комуникацијских вештина и личног искуства.

Терапијска комуникација, поред информативне, заузима посебно место у здравственој пракси. Дати савет пацијенту, охрабрити га, остварити социјални контакт и применити вештине комуникације нешто је на чему се заснива тимски рад пацијента и здравственог радника.

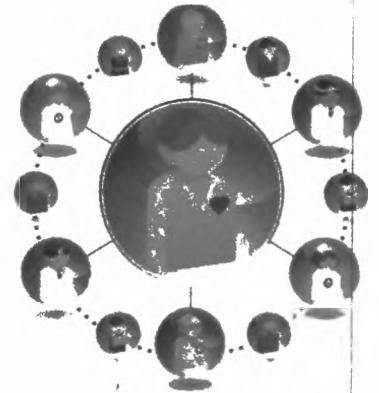
Психолошки принципи у комуникацији у пружању здравствених услуга обухватају:

- Јасно дефинисање положаја и улога;
- Поштовање правила терапијске комуникације;
- Ангажовање здравственог радника на остваривању повољне атмосфере за пружање здравствених услуга;
- Уважавање личности пацијента и стварање поверења код пацијента;
- Пружање помоћи пацијенту у доношењу значајних одлука.

„Радни савез” означава кооперативни однос у чијем фокусу је пацијентов интерес. Истинска подршка коју здравствени радник пружа пацијенту кроз поверење, стрпљење, разумевање и активан став пацијента доводе до изградње овог савеза. У суштини, здравствени радник, да би остварио добар терапијски „савез” са пацијентом, треба да покаже озбиљно интересовање за пацијента, а не само за његову болест. Изражена емпатија и разумевање, спремност на праћење својих поступака и поступака пацијената изазива сигурност код пацијента. Што је та сигурност већа и што пацијент више уважава компетентност здравственог радника, пацијент ће се више придржавати упутстава и савета које добија од здравственог радника, биће активан у лечењу своје болести и испољаваће позитивно здравствено понашање.

Када се између здравственог радника и пацијента успостави такав савез, пацијент:

- Прихвата медицинског радника као особу којој може веровати;
- Прихвата начин рада (даје сагласност) као пут ка решењу својих проблема у коме и сам треба активно да учествује.



*Здравље пацијента је централна тачка интересовања здравственог тима.*

#### Питам те, питам

- Да ли си некада нешто радио/ла у тиму? Како би проценио/ла комуникацију у свом тиму?
- Размисли, шта би могли бити недостаци тимског рада.
- Наведи примере за сталне и привремене тимове у здравству.
- Шта је радни савез и зашто је важан за пацијента?

## 24. Сагоревање на послу

**Сагоревање на послу** (изгарање, прегоревање, енгл. *burnout*) представља специфичну форму стресног одговора. Реч је о хроничној психофизиолошкој реакцији особе на високе захтеве посла и пословног окружења, посебно на притиске и конфликте који потичу од директног контакта са људима. Сагоревање се често сматра „коначном” последицом хроничног стреса. Средином 70-их година 20. века појавили су се први научни радови који су се бавили „burnout” феноменом. Термин је у употребу увео **психолог Херберт Фројденбергер 1974. године**, који га је дефинисао као „*исцрпљеност и губишак идеализма, енергије, смисла и циљева које често доживљавају људи који се професионално баве помажућим професијама, а што представља непосредну последицу услова у којима раде...*” (Freudenberger, 1974).

**Кристина Маслах (Christina Maslach)**, професорка психологије на Берклију, истражујући емоције дошла је до спознаје о синдрому сагоревања. Њена почетна истраживања била су на здравственим радницима и уопштено запосленима чији посао укључује помагање људима и заједници, при чему је фокус био на посматрању како се те особе носе са снажним емоционалним притиском на послу. Ова ауторка сматра да сагоревање карактерише емоционална исцрпљеност, деперсонализација и смањено лично постигнуће. Комбинација високих захтева радног места и ниска аутономија запослених при обављању посла доводе до појаве синдрома.

Синдром сагоревања подразумева **три димензије**:

- **Емоционална исцрпљеност**: одсуство ентузијазма, осећај „исцрпљености” и немогућност да се смогне снага за нови радни дан;
- **Цинизам/деперсонализација**: осећај одвојености од посла и људи који су у вези са послом, дистанцирање и заузимање циничног става. Развијају се специфични ставови и односи према клијентима, колегама и околини. Безосећајан и равнодушан, пре свега негативан став, може прерасти у грубо и неприлагођено понашање према клијентима/пацијентима или повлачење од њих;
- **Неефикасност (смањено лично постигнуће)**: доживљај неефикасности на послу и одустајање од претходних циљева, осећање неадекватности и неуспеха, као и губитак самопоштовања. Може се десити да особа прави грешке чак и у рутинским задацима које је до тада веома успешно обављала.

### 24.1. Симптоми синдрома сагоревања

**Физички симптоми** – замор, малаксалост, физички болови, главобоља, стомачне тегобе. Присутни су и проблеми са спавањем, нагле промене телесне тежине, опадање имунитета;

**Емоционални симптоми** – потиштеност, емоционална празнина, осећај губитка животног смисла, анксиозност, губитак мотивације, губитак самопоуздања и самопоштовања, страх од губитка посла, досада и апатија;

**Бихевиорални симптоми (промене у понашању)** – раздражљивост, особа је нервозна, напета, импулсивна. Да би контролисале овакво понашање, особе упадају у нову замку. Почињу да конзумирају алкохол, дроге или седативе. Јавља се експлозивност, заборавност, губитак концентрације, окупираност послом. Сталне жалбе на посао и породична средина као „вентил” који омогућава пражњење акумулиране фрустрације могу водити породичним свађама, разводу брака, изолацији, учесталом самоповређивању.

## 24.2. Фазе синдрома сагоревања

*Синдром сагоревања јавља се у 4 фазе:*

1. **Фаза ентузијазма** – присутни су: велика енергија, нада, као и не-реална очекивања. Када особа почиње да ради неки посао очекује пријатну климу, прихваћеност од сарадника и праведност за све. У овој фази, особа се не штеди, нерационално троши енергију, ради прековремено, а управо то је ризик за сагоревање на раду;
2. **Фаза стагнације** – почињу да се јављају тешкоће у комуникацији са сарадницима и са пацијентима. После извесног времена долази до суочавања са стварношћу, оним што можемо назвати „приземљење”. Особа и даље воли свој посао, обавља га, али не са истим одушевљењем. Увиђа да ствари нису постављене на начин на који их је она замишљала, долази до постепеног слабљења идеализма;
3. **Фаза фрустрације** – јавља се емоционално повлачење и изолација. Особа у овој фази почиње да се преиспитује колико је ефикасна у обављању посла и који је смисао посла који обавља. Постојање разних ограничења на послу доводи до преиспитивања сврхе посла који се обавља. У овом стадијуму емоционалног повлачења и изолације, јављају се **први знаци телесног исцрпљивања**, што представља додатни стрес и доводи до последње фазе;
4. **Фаза апатије** – јавља се потпуни губитак вере у себе и своју компетентност, особа постаје потпуно незаинтересована за свој посао. Апатија је одсуство емоција и она је заправо једно од најтежих психичких стања и уједно је један од првих сасвим јасних знакова да нешто није у реду. Манифестује се повлачењем или избегавањем људи и/или посла, као одбраном од фрустрације. Апатични људи потпуно су незаинтересовани за посао и то се може проширити и на друге сфере живота. Појединци који доспеју у четврту фазу или се одлучују на промену занимања или остају на послу, али потпуно демотивисани.



*У фази ентузијазма  
присушна је велика  
енергија и посвећеност  
раду.*

## 24.3. Узроци синдрома сагоревања на послу

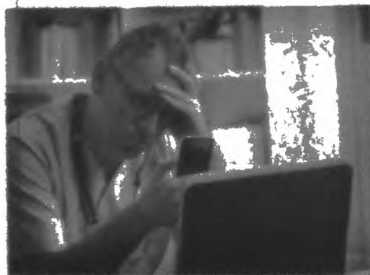
Узроци синдрома сагоревања на послу деле се на две групе: ситуационе и индивидуалне факторе.

**Ситуациони фактори обухватају:**

- **Условe рада** – неприкладан простор, стална изложеност пацијентима, ситуације у којима је међусобни однос са пацијентом тежак и компликован, сусретање са непромењеним стањем пацијената, потискивање емоција у раду са пацијентима, рад са „тешким” пацијентима;
- **Организацију рада** – прекомерна и неуједначена оптерећеност, недовољно информација, мањак одмора, нејасно дефинисана подела послова, недостатак мотивације и стимулације, предуго радно време, сложеност задатака;
- **Психосоцијалну климу** – ривалитет, неповерење, спутавање самосталности и креативности, стални конфликти, немогућност доношења властитог мишљења, недостатак повратне информације о обављеном послу, такмичарски односи.

**Индивидуални фактори обухватају:**

- **Демографске карактеристике:** године старости (сагоревање је чешће код млађих), пол (нису уочене разлике), брачно стање (сагоревање чешће код неожењених/неудатих);
- **Особине личности:** мање храбре, анксиозне, особе које имају смањено самопоштовање, особе које избегавају суочавање са проблемима, перфекционисти, особе које су склоне да се идентификују са пацијентом – чешће развијају овај синдром;
- **Однос према радном месту:** превелика очекивања од радног места, претходно радно искуство (мање искусни и мање стручни) – код особа са оваквим односом чешћа је појава сагоревања.



*Преоптерећеност послом и стална изложеност пацијентима доводе до сагоревања.*

## 24.4. Превладавање сагоревања на послу

**У борби против сагоревања могу се разликовати два генерална плана интервенција:**

- Интервенције усмерене на промену организације која ствара услове за изгарање;
- Промена индивидуе која те услове доживљава.

У првој интервенцији ради се на организацијским узроцима сагоревања (боља расподела посла, давање подстицајне повратне информације, награђивање и сл.) У оквиру другог поступка фокус је на редукцији сагоревања путем едукативних интервенција за запослене како би се повећао

њихов капацитет за борбу са захтевима посла (тренинг управљања стресом, релаксација, управљање временом, тренинг асертивности, „team building”).

Истраживања показују да сагоревање води до повећаног броја изостанака са посла, смањеној привржености организацији и коначно њеном напуштању. Зато је за организацију веома значајно да најпре препозна сагоревање код својих запослених, а затим и предано ради на редукцији његових симптома путем индивидуалних или организацијских интервенција.

### **Начини самопомоћи у борби против сагоревања на послу:**

- Самоопажање властите изложености стресу и његовим последицама;
- Структурисање времена – одредити приоритет задатака, направити распоред рада и одмора;
- Постављање границе – професионални циљеви морају бити јасни, реални, омогућити одмор;
- Самоохрабривање;
- Технике релаксације;
- Неговање међусобних односа са колегама на послу – подршка, разумевање, конструктивна комуникација;
- Одлазак на психотерапијске третмане.



Конструктивни  
савети за борбу  
против сагоревања.

### **Питам те, питам**

- Наведи димензије сагоревања на послу.
- Размисли, у чему је разлика између синдрома сагоревања и депресије.
- У којој фази сагоревања се јављају први знаци телесне исцрпљености?
- Следећим узроцима сагоревања на послу придружи одговарајући број групе којој припадају:

анксиозност \_\_\_\_

нејасно дефинисана подела послова \_\_\_\_

рад са „тешким” пацијентима \_\_\_\_

неповерење \_\_\_\_

претходно радно искуство \_\_\_\_

спутавање креативности \_\_\_\_

неприкладан простор \_\_\_\_

брачно стање \_\_\_\_

1. услови рада

2. организација рада

3. психосоцијална клима

4. демографске карактеристике

5. особине личности

6. однос према раду

- Наведи неколико техника које здравствени радници могу применити како би спречили сагоревање на послу.

CIP - Каталогизација у публикацији  
Народна библиотека Србије, Београд

614.253:159.9(035.057.874)

ДУШКУНОВИЋ, Андреа, 1988-

Здравствена психологија : за други и трећи  
разред медицинске школе : додатно наставно  
средство / Андреа Душкуновић, Невена  
Станковић. - 1. изд. - Београд : Klett, 2019  
(Београд : Цицеро). - 123 стр. : илустр. ; 26 cm

Тираж 3.000.

ISBN 978-86-533-0244-3

COBISS.SR-ID 275267340

