ULOGA INTERPERSONALNE KOMUNIKACIJE U INTERAKCIJI BOLESNIKA I PRUŽATELJA ZDRAVSTVENE SKRBI

Gongola, Ana

Doctoral thesis / Disertacija

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:236:350198

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Repository / Repozitorij:

Repository of Doctoral School, Josip Juraj University in Osijek

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

DOKTORSKA ŠKOLA

Poslijediplomski interdisciplinarni sveučilišni studij Komunikologija

Ana Gongola

ULOGA INTERPERSONALNE KOMUNIKACIJE U INTERAKCIJI BOLESNIKA I PRUŽATELJA ZDRAVSTVENE SKRBI

Doktorska disertacija

Osijek, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

DOKTORSKA ŠKOLA

Poslijediplomski interdisciplinarni sveučilišni studij Komunikologija

Ana Gongola

ULOGA INTERPERSONALNE KOMUNIKACIJE U INTERAKCIJI BOLESNIKA I PRUŽATELJA ZDRAVSTVENE SKRBI

Doktorska disertacija

Mentor: izv. prof. dr. sc. Nikša Sviličić

Komentor: izv. prof. dr. sc. Ivan Tanta

Osijek, 2021.

Zahvale

Ponajprije želim zahvaliti suprugu Darku te djeci Ivi i Jakovu na stalnoj podršci tijekom godina doktorskog studija i pisanja ove disertacije. Njihova svakodnevna potpora, razumijevanje, odricanje i vjera u mene tjerala me naprijed i zauvijek ću im na tome biti zahvalna.

Hvala mojim roditeljima koji nikada nisu posumnjali u mene, koji su bili neupitna podrška od prvog trenutka kada sam uzela knjigu u ruke do danas.

Hvala izv. prof. dr. sc. Nikši Sviličiću, mentoru i prijatelju, koji je rekao: „Ti to možeš!“ svaki put kada se pojavila kriza i sumnja, koji me je savjetovao, hrabrio i pratio na ovom putu i koji je svojim visokim standardima učinio ovu disertaciju kvalitetnijom.

Hvala izv. prof. dr. sc. Ivanu Tanti ne samo kao komentoru nego i „dobrom duhu“ moga znanstvenog puta, koji je uvijek znao reći pravu riječ i biti potpora kad god je zatrebalo.

Hvala mojim dragim prijateljima na pomoći, savjetu i riječima ohrabrenja.

Na kraju, velika hvala mojim kolegama i prijateljima iz Sandoza koji su svojom nesebičnom podrškom i pomoći omogućili da ovaj rad kvalitetno realiziram.

Ovu disertaciju posvećujem mojoj Ivi i mom Jakovu kao svjedočanstvo istine da je sve moguće.

Sažetak

Ova disertacija bavi se interpersonalnom komunikacijom u okviru odnosa bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi. Radi se o specifičnom odnosu na koji utječe mnoštvo čimbenika, a njegova važnost ogleda se u mogućnosti da značajno utječe na ishode liječenja. Odabrane komponente interpersonalne komunikacije presudni su čimbenici za stvaranje tog odnosa pa ako se koriste smisleno i ciljano mogu dovesti do stvaranja odnosa karakteriziranog povjerenjem, razumijevanjem, suradnjom, empatijom i zadovoljstvom bolesnika što u konačnici dovodi do učinkovita procesa liječenja.

Cilj istraživanja bio je stoga istražiti percepciju pružatelja zdravstvene skrbi u Hrvatskoj o ulozi interpersonalne komunikacije i njezinih odabranih komponenti u interakciji s bolesnikom, a s posebnim fokusom na adherenciju kroničnih bolesnika. Adherencija predstavlja mjeru u kojoj je ponašanje bolesnika usklađeno s preporukama dogovorenim s pružateljem zdravstvene skrbi te je globalno na razini od oko samo 50 % (Sabaté 2003: 3-7). Potencijal interpersonalne komunikacije da pozitivnim utjecajem na bolesnika dovede do bolje adherencije, a posljedično do boljih ishoda za bolesnike, njihove najbliže, zdravstvene sustave i društvo u cjelini, stavlja naglasak na važnost ovog istraživanja.

U istraživanju koje je provedeno metodom anketnog upitnika sudjelovala su 424 pružatelja zdravstvene skrbi u Republici Hrvatskoj. Rezultati istraživanja upućuju da postoji visoka razine svjesnosti pružatelja zdravstvene skrbi o pozitivnom utjecaju interpersonalne komunikacije na različite aspekte skrbi za bolesnike, a posebice o utjecaju interpersonalne komunikacije na adherenciju bolesnika. Osim toga ukazuju na značajne razlike među anketiranim strukama, što stvara dobre temelje, prije svega za ciljanu edukaciju te za daljnje istraživanje i unapređenje vještina interpersonalne komunikacije, adherencije i ishoda bolesnika.

Ključne riječi: komunikacija, interpersonalna komunikacija, komponente interpersonalne komunikacije, adherencija, pružatelji zdravstvene skrbi

Abstract

This dissertation depicts interpersonal communication within framework of relationship between patients and health care providers. It is a specific bond, influenced by a multitude of factors, and its importance is reflected in the ability to significantly influence treatment outcomes. Selected components of interpersonal communication are crucial factors in creating this relationship; hence if used meaningfully and purposefully they can lead to a relationship characterized by trust, understanding, cooperation, empathy and patient satisfaction which ultimately leads to an effective treatment process.

The aim of the research was therefore to investigate the perception of health care providers in Croatia about the role of interpersonal communication and its selected components in the interaction with the patient, with a special focus on the adherence of chronic patients. Adherence represents the extent to which patient's behaviour is in compliance with recommendations agreed upon with the health care provider and is globally at a level of only about 50% (Sabaté 2003: 3-7). The potential of interpersonal communication having a positive impact on the patient leads to better adherence and consequently to better outcomes for patients, their loved ones, health systems and society as a whole emphasizes the importance of this research.

424 health care providers in the Republic of Croatia participated in the survey conducted using the survey questionnaire method. The results of the research indicate that there is a high level of awareness of health care providers about the positive impact of interpersonal communication on various aspects of patient care, and in particular about the impact of interpersonal communication on patient adherence. In addition, they point to significant differences among the surveyed professions, which creates a solid foundation not only for targeted education but for further research and improvement of interpersonal communication skills, adherence and patient outcomes as well.

Keywords: communication, interpersonal communication, components of interpersonal communication, adherence, health care providers

Sadržaj

Sažetak .....

Abstract .....

Sadržaj .....

1. Uvod 2

2. Teorijski okvir istraživanja 6

2.1. Adherencija – razvoj i shvaćanje pojma 6

2.2. Komunikacija 11

2.3. Interpersonalna komunikacija 13

2.4. Neverbalna komunikacija 23

2.5. Povratna informacija (*feedback*) 28

2.6. Shvaćanje interpersonalne komunikacije kao vještine 32

2.7. Persuazija 34

2.8. Povezanost interpersonalne komunikacije i adherencije 50

3. Preporuke za uspješnu interpersonalnu komunikaciju pružatelja zdravstvene skrbi s bolesnicima – PONS 64

4. Zdravstvena pismenost 69

4.1. Javno zdravstvo i zdravstveno prosvjećivanje u Hrvatskoj 75

5. Teorije zdravstvenog ponašanja 80

6. Čimbenici adherencije 86

6.1. Socijalni i ekonomski čimbenici 88

6.2. Čimbenici zdravstvenog tima i sustava 97

6.3. Čimbenici vezani uz stanje/bolest 99

6.4. Čimbenici terapije 99

6.5. Čimbenici vezani uz bolesnika 101
7. Razmjeri i farmakoekonomske implikacije neadherencije 105
8. Problem, cilj i hipoteze istraživanja 109
9. Metodologija, rezultati istraživanja i rasprava 111
9.1. Metodologija 111
9.2. Rezultati i interpretacija istraživanja 116
9.2.1. Deskriptivna statistička analiza 117
9.2.2. Testiranje hipoteza 121
9.3. Rasprava, praktične implikacije i ograničenja provedena istraživanja 165
10. Zaključak 174
11. Popis literature 178
12. Prilozi 192
O autorici 202

1. Uvod

Medicina je poput umjetnosti čija čarolija i kreativna sposobnost počiva na aspektima interpersonalnog odnosa bolesnika i liječnika.
(J. A. Hall, D. L. Roter i C. S. Rand 1981)

Zanimanje liječnika, drugih stručnjaka i znanstvenika te bolesnika o uzimanju terapije postoji koliko i terapija. 400. godina prije Krista Hipokrat piše kako postoje bolesnici koji ne uzimaju propisanu terapiju, nego se pretvaraju da to čine, dok se poslije mnogi od njih tuže kako terapija nije pomogla (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen i Denekens 2001). Robert Koch izvijestio je 1882. kako su oboljeli od tuberkuloze „opasni konzumenti, nemarni i/ili neodgovorni" (Kardas, Andrzjczyk, Clyne i Geest 2012: 20). Međutim, nisu samo bolesnici oni koji imaju pogrešnu percepciju, i sami liječnici često imaju dojam da su njihovi bolesnici adherentni te da je neadherencija problem nekih drugih liječnika i njihovih bolesnika (DiMatteo 1994).

Razina adherencije od pamtivijeka do današnjih dana manjkava je i neadekvatna. Različita istraživanja i metaanalize govore o prosječnoj razini adherencije od 50 % (Sabaté 2003: 7), što znači da se 50 % bolesnika neadekvatno liječi, da je 50 % resursa neiskorišteno i da su posljedice neadherencije dalekosežnije nego što se na prvi pogled čini.

Slijedeći logiku nameće se jednostavan algoritam. Kad postoji bolest, odsutnost zdravlja, poduzimaju se koraci kako bi se bolest otklonila i organizam povratio u prvotno stanje ekvilibrija. Međutim, u ljudskom habitusu nema ponašanja koje se može objasniti jednostavnim algoritmom, na sva ponašanja utječe niz čimbenika pa tako i na proces ozdravljenja ili nastojanja da se ozdravi. Stoga će se ovom disertacijom pokušati odgovoriti na pitanja o mjestu i percipiranoj važnosti interpersonalne komunikacije u ključnoj interakciji koja vodi do potencijalnog ozdravljenja ili poboljšanja stanja, a to je interakcija bolesnika s pružateljem zdravstvene skrbi u svrhu postizanja adherencije.

U kasnijim poglavljima bit će više riječi o čimbenicima koji utječu na adherenciju, no saznanje da ih dijelimo u pet skupina govori dovoljno u prilog tezi da, ma koliko kontraintuitivno bilo, zalaganje za povratak u stanje zdravlja nije jednostavan proces.

Što je zapravo adherencija? Kao i kod svih kompleksnih pojmova postoji niz definicija, u kontekstu ovoga znanstvenog rada najbolje se uklapa i pojam opisuje definicija Svjetske zdravstvene organizacije (SZO): „Adherencija predstavlja mjeru u kojoj je ponašanje bolesnika – uzimanje lijekova, pridržavanje dijeta i/ili mijenjanje životnih navika u skladu s preporukama dogovorenim s pružateljem zdravstvene skrbi.“ (Sabaté 2003: 3).

Ključni pojam navedene definicije koja razlikuje adherenciju od drugih koncepata koji se bave istim područjem interesa jest „dogovor“. Naime, ova definicija naglašava element suradnje pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika, element koji se mnogim istraživanjima potvrdio kao presudan za uspješnost liječenja. Kroz druge koncepte kao što su suradljivost (engl. *compliance*), davanje i slijeđenje uputa jest jednosmjeran proces, od pružatelja zdravstvene skrbi prema bolesniku, pri čemu je bolesnik pasivni primatelj informacija, koji ima samo jednu ulogu, a to je da slijedi uputu koju je dobio, bez sudjelovanja u odlučivanju. U kontekstu ove disertacije to je ključan element – suradnja pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika za koju je interpersonalna komunikacija osnovni kanal kroz koji se ta suradnja i ostvaruje. Interpersonalna komunikacija jest osnova za stvaranje i održavanje odnosa, osnovni je kanal kroz koji pojedinac izražava sebe, uči o drugima te ostvaruje razumijevanje, stoga je za ovaj specifični odnos bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi od posebne važnosti jer utječe ne samo na razinu informiranosti bolesnika, nego i na motivaciju i učinkovitost dogovorene strategije liječenja. Važnost interpersonalne komunikacije dobro ilustrira primjer liječnika koji u prosjeku, tijekom četrdesetogodišnjega radnog vijeka, imaju oko 200 000 konzultacija što interpersonalnu komunikaciju stavlja na prvo mjesto svih vještina kojima se koriste u radu s bolesnicima (Đorđević i Braš 2011: 3).

Istraživanje koje će biti opisano u ovom radu fokusirano je na pružatelje zdravstvene skrbi. Oni su ključan element za uspješnost liječenja koje počiva na kvalitetnom davanju informacija o bolesti, dijagnostičkim i terapijskim opcijama te prezentaciji intervencija za postizanje i poboljšanje adherencije, kako bi se bolesnicima omogućilo da se pridržavaju dogovorene strategije liječenja,

bilo da se radi o uzimanju lijeka ili o preporukama za promjenu životnog stila. Ako su pružatelji zdravstvene skrbi svjesni važnosti interpersonalne komunikacije i njezinih ključnih komponenata, posvećeni su bolesniku i imaju na umu važnost adherencije za ishode liječenja, onda su uza samog bolesnika glavni čimbenik adherencije.

Istraživanjem su obuhvaćena 424 pružatelja zdravstvene skrbi u Republici Hrvatskoj (liječnika specijalista internista, kardiologa, gastroenterologa, nefrologa, dijabetologa/endokrinologa, pulmologa, onkologa/internističkih onkologa i hematologa u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti te liječnika obiteljske medicine i specijalista obiteljske medicine, ljekarnika i medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti).
Ovim istraživanjem pokušalo se dati odgovor na sljedeća pitanja: kako pružatelji zdravstvene skrbi percipiraju utjecaj interpersonalne komunikacije na adherenciju, kako percipiraju važnost adherencije za terapijski ishod, kako percipiraju utjecaj interpersonalne komunikacije na informiranje i motivaciju bolesnika te komuniciranje strategija za poboljšanje adherencije, kako percipiraju važnost zdravstvene pismenosti i prilagođavaju li svoj komunikacijski stil u ovisnosti o procijenjenoj razini zdravstvene pismenosti bolesnika, kako percipiraju važnost povratne informacije, neverbalne komunikacije, „storytellinga“ i persuazije u kontekstu interpersonalne komunikacije s bolesnikom, postoji li percepcija interpersonalne komunikacije kao vještine koja se sukladno tomu uči i razvija, te kako percipiraju utjecaj informacija koje bolesnici dobivaju iz medija, primarno interneta na adherenciju bolesnika.

Rezultati istraživanja upućuju da postoji visoka razine svjesnosti pružatelja zdravstvene skrbi o pozitivnom utjecaju interpersonalne komunikacije, te njenih odabranih komponenti na adherenciju bolesnika. Pružatelji zdravstvene skrbi u ovom su istraživanju pokazali visoku percepciju i posvećenost zdravstvenoj pismenosti bolesnika, otvorenosti za traženje i primanje povratne informacije te posvećenost vlastitoj i bolesnikovoj neverbalnoj komunikaciji, smanjenju komunikacijske neizvjesnosti, primjeni „storytellinga“ i različitih tehnika persuazije u radu s bolesnicima.

Navedeno je temeljni doprinos ovog rada, poznavanje percepcije pružatelja zdravstvene skrbi o interpersonalnoj komunikaciji prvi je korak u proučavanju specifična odnosa između bolesnika i

onih koji skrbe za njih. Bez pozitivne percepcije interpersonalne komunikacije te razumijevanja njezinih ključnih komponenti i utjecaja na bolesnika, interpersonalna komunikacija ostaje samo način razmjene informacija. Interpersonalna komunikacija važan je resurs te potencijalno ključni razlikovni čimbenik između adherentnog i neadherentnog bolesnika.

Dosadašnja istraživanja, koja će biti prikazana u teorijskom okviru ove disertacije, dokazuju postojanje pozitivnog utjecaja interpersonalne komunikacije na adherenciju. Istraživanjem se potvrđuje da su pružatelji zdravstvene skrbi u Hrvatskoj svjesni te veze te da prema njihovoj percepciji, postoji visoka razina razvijenosti vještine nekoliko ključnih komponenti interpersonalne komunikacije (poznavanje sugovornika i prilagodba poruke kroz prilagodbu razini zdravstvene pismenosti bolesnika, poznavanje značenja i simbola kroz objašnjenje stručnih medicinskih termina, davanje i primanje povratne informacije, praćenje bolesnikove i vlastite neverbalne komunikacije, posvećenost smanjenju komunikacijske neizvjesnosti tijekom prvog susreta s bolesnikom) koje mogu vrlo pozitivno djelovati na bolesnika u kontekstu adherencije. Promišljanje pružatelja zdravstvene skrbi o interpersonalnoj komunikaciji s bolesnikom, njezinim komponentama, razini vještine koju posjeduju te komponentama vještine koje trebaju nadogradnju važno je za unapređenje interpersonalne komunikacije na relaciji bolesnik – pružatelj zdravstvene skrbi. Navedeno posljedično može dovesti do poboljšanja adherencije bolesnika, što bi rezultiralo napretkom u liječenju bolesti, kvaliteti života bolesnika i njihovih obitelji, povećalo njihov doprinos kao članova društva i zaposlenika i ostvarilo značajne uštede za zdravstvene sustave. Na taj bi se način svi resursi, znanje, rad i utrošeno vrijeme pružatelja zdravstvene skrbi, te novac koji se trenutačno troši na liječene bolesti s lošom adherencijom, mogli usmjeriti u druge potrebite segmente zdravstva i skrbi za bolesnike.

Nedavna pandemija COVID-19, bolesti uzrokovane novim koronavirusom (SARS – CoV-2), jasno ukazuje na važnost dobre i učinkovite mreže javnog zdravstva, na važnost lokalne proizvodnje materijala i lijekova potrebnih za nošenje s takvom epidemijom te na važnost dobro opremljena zdravstvenog sustava i njegovih dobro educiranih zaposlenika. Veliki dio potrebnih sredstava može se osigurati uštedom koja bi nastala podizanjem razine adherencije kroničnih bolesnika. Zato je rad na poboljšanju adherencije kroničnih bolesnika nužan te je svako istraživanje povezano s adherencijom kroničnih bolesti i doprinos znanju u tom segmentu vrlo važan.

2. Teorijski okvir istraživanja

Sve je u ljudskom odnosu, u odnosu čovjeka i čovjeka. Stoga se mora isticati ta važna komponenta liječenja u kojoj čovjek čovjeku treba biti lijek.
(M. Braš, V. Đorđević, D. Miličić 2011: 22)

2.1. Adherencija – razvoj i shvaćanje pojma

Problemima neuzimanja propisane terapije, nesudjelovanja u preventivnim programima, neslijeđenja preporuka za promjenu stila života, liječnici, ljekarnici i drugi pružatelji zdravstvene skrbi, psiholozi, komunikolozi i druge struke bave se već desetljećima. Tijekom tog vremena mijenjala se i terminologija koja se odnosi na bolesnikovo neslijeđenje danih/dogovorenih uputa. Danas se, uglavnom isključivo, koristi pojam adherencije ili neadherencije. U prošlosti su bili korišteni i drugi termini, i to najčešće suradljivost (engl. *compliance*) i podudarnost (engl. *concordance*). U ovom dijelu bit će riječi o razlici tih dvaju termina u odnosu na adherenciju te kako je evolucijom suradljivosti i podudarnosti zapravo nastala adherencija.

Početkom 1970-ih godina javlja se snažnije zanimanje za ono što će se poslije definirati kao suradljivost. Najvažniji događaji za kasniji razvoj pojma dva su simpozija održana na Sveučilištu McMaster[1] u Kanadi koji su kao rezultat iznjedrili temeljno djelo u ovom području, knjigu autora Davida L. Sacketta i Roberta B. Haynesa *Compliance with Therapeutic Regimens*. Prema definiciji ovih autora suradljivost je „mjera u kojoj bolesnici uzimaju lijekove na način kako je propisano“.
Od 1976. godine termin 'suradljivost bolesnika' uobičajen je i čest u literaturi, postaje predmetom mnogobrojnih istraživanja, međutim, podrazumijeva pasivnu ulogu bolesnika u procesu liječenja, bolesnik je objekt procesa (Kardas i dr. 2012: 20; Vermiere i dr. 2001). Upravo ta objektivizacija

[1] Sveučilište McMaster osnovano je 1887. godine i spada u 75 najboljih sveučilišta u svijetu prema sustavu rangiranja Times Higher Education. Sveučilište je svojim dodiplomskim i doktorskim studijem te istraživačkom djelatnošću posvećeno napretku zdravlja kao i društva općenito. Profesor Sackett osnivač je Odsjeka za kliničku epidemiologiju i biostatistiku pri sveučilištu McMaster te se smatra jednim od osnivača medicine temeljene na dokazima, zajedno s profesorom Haynesom.

bolesnika najveći je nedostatak suradljivosti. Sadrži negativnu konotaciju, koja sugerira određenu vrstu podčinjavanja i popuštanja pod autoritetom.
U tom kontekstu nesuradljivost ima pejorativno značenje, odbijanje da se podčini, gotovo neposluh s elementima namjernog odabira da se ne surađuje, gotovo samo sabotaže (Horne 2006; Morisky i dr. 1986; Vermiere i dr. 2001). Taj pojam usklađen je s tradicionalnim, paternalističkim pogledom na odnos bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi, primarno liječnika, koji se razvijao stoljećima u medicinskoj struci, a koji je zastario, neadekvatan i kontraproduktivan (Đorđević i Braš 2011: 20-21).
Pojam suradljivosti koji opisuje submisivnog i pasivnog bolesnika te svemoćnog pružatelja zdravstvene skrbi koji donosi sve odluke, diktira i upravlja nečim tako bitnim i osjetljivim kao što je zdravlje, baca negativno svjetlo na taj odnos.

Potpuno drukčiji koncept javlja se sredinom 1990-ih u Velikoj Britaniji. Pojam podudarnosti 1995. u uporabu uvodi radna skupina Kraljevskoga farmaceutskog društva. Podudarnost prepoznaje i priznaje potrebu za suradnjom bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi te stavlja naglasak na potrebu zajedničkoga konsenzusa pri donošenju odluke o liječenju (Kardas i dr. 2012: 21). Podudarnost podrazumijeva sporazum i sklad jer su dva ključna elementa podudarnosti: bolesnik kao donositelj odluke i empatičan liječnik (Vermeire i dr. 2001). Za podudarnost je bitan element zajedničkog rada, suradnje, ali i uzimanja u obzir činjenice da bolesnici i pružatelji zdravstvene skrbi mogu imati i potpuno suprotne poglede na bolest i liječenje (Horne 2006).

Mada se u literaturi najčešće navodi (Kardas i dr. 2012: 20) da se adherencija kao termin koristi češće tek od sredine 1990-ih, pod utjecajem promjena koje je u razumijevanje procesa unijelo, među ostalim, i definiranje termina podudarnosti, valja navesti da u Moriskyjevu radu *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence* iz 1986., u kojemu opisuje skalu za određivanje razine adherencije, vrlo jasno i precizno stoji opisana i suradljivost i adherencija i razlika među njima. Međutim, iako je spominjana i definirana ranije, adherencija je pojam koji je zaživio i sve češće se spominje od 2003. kada je Svjetska zdravstvena organizacija izdala svoje ključno djelo u tom području *Adherence to long-term therapies* u kojem definira adherenciju za kronične bolesti stapanjem definicija Haynesa i Randa: „adherencija predstavlja

mjeru u kojoj je ponašanje bolesnika – uzimanje lijekova, pridržavanje dijeti i/ili mijenjanje životnih navika u skladu s preporukama dogovorenim s pružateljem zdravstvene skrbi“ (Sabaté 2003: 3).

Iz navedene definicije vidljiva je razlika u usporedbi sa suradljivosti – adherencija unosi ideju izbora za bolesnika i uklanja koncept krivnje (Horne 2006) jer ne nosi komponentu osude za bilo kojeg dionika procesa liječenja; bolesnika, pružatelja zdravstvene skrbi ili lijeka/tretmana (Haynes 2008). Osim stavljanja naglaska na ulogu bolesnika, uklanjanja koncepta osude, kod adherencije je uočljivo i osnaženje veze bolesnik – pružatelj zdravstvene skrbi (Vermeire i dr. 2001).
Upravo ta veza, koja se omogućuje i stvara iz kvalitetne i otvorene interpersonalne komunikacije, bit će temom mnogih kasnijih istraživanja. Kako navodi Haynes (2008) u svome ključnom djelu *Interventions for enhancing medication adherence* (u kojemu analizira uspješnost 92 intervencije za poboljšanje adherencije), frekventnija interpersonalna komunikacija između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi zajednička je nit koja se provlači kroz uspješne intervencije za poboljšanje adherencije u kroničnih bolesnika. Važnost te veze i važnost komunikacije naglašava i Svjetska zdravstvena organizacija: „Vjerujemo da bolesnici trebaju biti aktivni partneri u skrbi za svoje zdravlje zajedno s pružateljima zdravstvene skrbi i da je dobra komunikacija između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi nužna za učinkovitu kliničku praksu.“ (Sabaté 2003: 4).

Iz svega navedenog jasno se oslikava važnost odnosa između pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika koji se stvara i gradi kroz interpersonalnu komunikaciju. Da bi se bolesnika moglo informirati, motivirati, ostvariti utjecaj i dogovor u vezi liječenja nužna je interpersonalna komunikacija. Međutim, shvaćanje interpersonalne komunikacije na razini komunikologije nije još zaživjelo u medicini. Interpersonalna komunikacija i pripadajuće vještine još uvijek se uglavnom percipiraju kao nešto što se podrazumijeva, što dolazi prirodno i spontano i o čemu se dovoljno ne promišlja.

Usporedbom pojmova suradljivosti, podudarnosti i adherencije jasno je da adherencija najcjelovitije opisuje proces dogovora bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi oko liječenja i/ili promjene životnih navika, a u svrhu prevencije ili (iz)liječenja određene bolesti.

Osim adherencije u ovom kontekstu koriste se još neki termini koje je važno navesti kada se govori o uzimanju propisane terapije, a to su: početak (engl. *initiation*), provedba (engl. *implementation*), prekid (engl. *discontinuation*) i ustrajnost (engl. *persistence*).

Ujednačavanje nazivlja iz područja adherencije bio je jedan od ciljeva istraživačkog projekta (*Ascertaining barriers for compliance*), koji je pokrenula Europska komisija pod vodstvom dr. Bernarda Vrijensa 2009. godine, a koji je iznjedrio preporučenu terminologiju navedenu niže (Kardas i dr. 2012: 23).

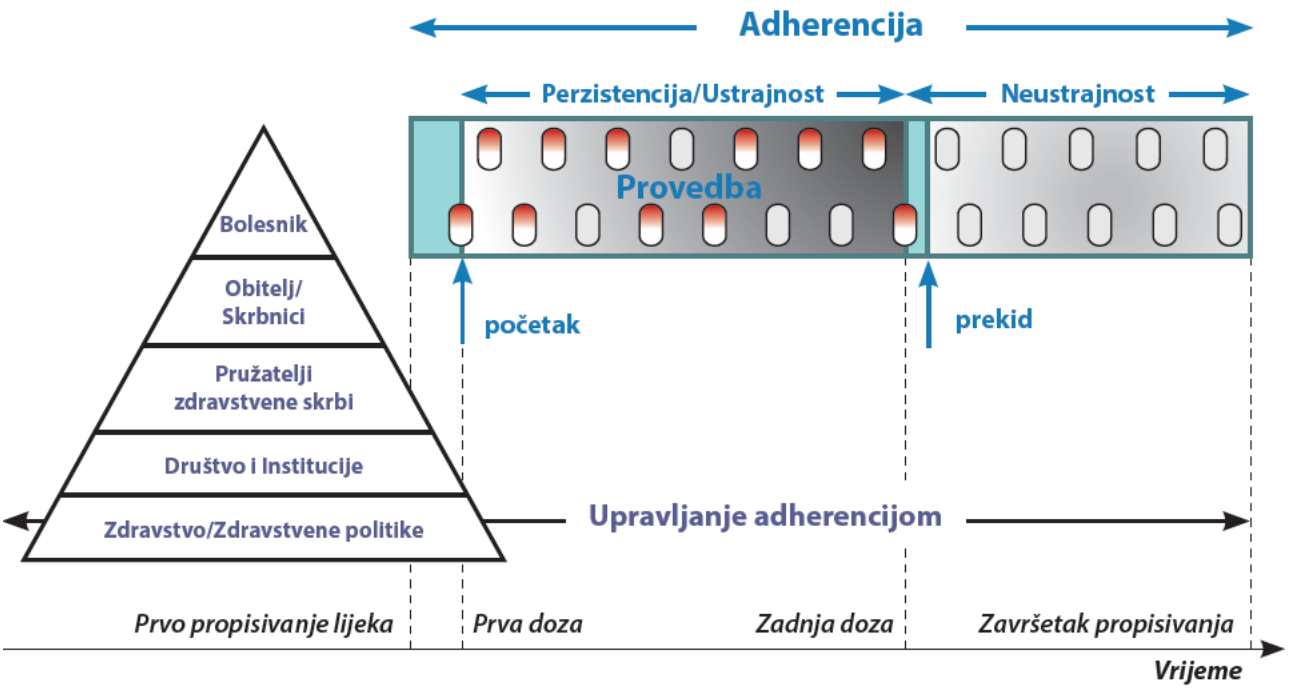
Adherencija u segmentu uzimanja lijekova predstavlja proces koji se definira u ove tri mjerljive faze: početak, provedba i prekid.

- Početak – nastupa kada bolesnik uzme prvu dozu propisana lijeka.
- Prekid – nastupa kada bolesnik prekida liječenje bez obzira na razlog/e.
- Provedba – mjera po kojoj bolesnikovo uzimanje lijeka odgovara dogovorenu propisanom uzimanju lijeka od početka do zadnje doze (Kardas i dr. 2012: 25).

Usvajanjem ovih triju termina kao ključnih u determiniranju adherencije unosi se konzistentnost i mogućnost mjerenja svake od tih faza, stoga i mogućnost jednostavnije usporedbe uspješnosti pojedinih intervencija za poboljšanje adherencije (Vrijens i dr. 2012).

Osim tih termina, definiran je i pojam ustrajnosti koji predstavlja vrijeme koje je proteklo između početka terapije i uzimanja zadnje doze koja prethodi prekidu. Neadherencija može nastati u sljedećim situacijama ili kombinacijama situacija: kasni početak ili izostanak početka liječenja, suboptimalno uzimanje propisanog lijeka ili rani prestanak uzimanja terapije.

Osim raščlanjivanja adherencije, uvodi se i pojam upravljanja adherencijom – radi se o procesu nadgledanja i podupiranja bolesnika. U tom procesu mogu sudjelovati: pružatelji zdravstvene skrbi, sustav zdravstvene skrbi, bolesnici i njihovi bližnji. Svrha upravljanja adherencijom jest najbolje korištenje terapije kako bi se maksimizirala korist i minimizirao rizik za bolesnika (Kardas i dr. 2012: 25-26).



Slika 1. Shematski prikaz adherencije i upravljanja adherencijom, adaptirano prema: A new taxonomy for describing and defining adherence to medications (Vrijens i dr. 2012).

Za kraj ovog dijela može se zaključiti da je neadherencija kao i proces liječenja stara koliko i ljudski rod, otkad postoje bolesti i terapije postoji i neadherencija. Radi se o problemu koji prati čovjeka oduvijek, ima ozbiljne reperkusije, a problem je za koji, uza sav napredak znanosti i tehnologije, još uvijek nema adekvatnog rješenja. Kroz pregled literature u poglavljima koja slijede i rezultate istraživanja prikazanog u okviru ove disertacije jasno je da se interpersonalna komunikacija sve više nameće kao jedno od mogućih rješenja. Štoviše, može se zaključiti da predstavlja imperativ u rješavanju ovog problema, zbog svoje sveprisutnosti, dostupnosti i minimuma resursa koji su potrebni da se podigne na razinu koja može značajno utjecati na povoljnije zdravstvene ishode.

2.2. Komunikacija

Značenja nisu u riječima; ona su u ljudima koji upotrebljavaju i interpretiraju riječi.
Kathleen K. Reardon (1998: 16)

Dokazi da kao vrsta komuniciramo na najrazličitije načine sežu u paleolitik. Komunikacija naših predaka bila je uzajamna vizualna, neverbalna i verbalna komunikacija, čiji je cilj bio ohrabriti, a kao takva ni danas nije različita u svom cilju (Tanta 2008). U kontekstu ovoga rada upravo je taj aspekt komunikacije u kojemu jedna osoba tijekom komunikacijskog procesa utječe na drugu, kako Tanta piše *ohrabruje*, ključan.

Međutim, prije nego što se fokus usmjeri na interpersonalnu komunikaciju i njezin potencijal da sinergijski djeluje s medicinom u svrhu poboljšanja stanja ili ozdravljenja bolesnika, ključno je prikazati temelje komunikološke misli bitne za shvaćanje i razvoj komunikacije i njezina povezivanja s medicinom.

Dokazi da postoji potreba za interpersonalnom komunikacijom stari su koliko i ljudski rod. Crteži u špiljama na području današnje Francuske[2] i Španjolske[3] nisu samo umjetnički iskaz nego i poruka (Tanta 2008), a najstariji sačuvan dokument na temu komuniciranja seže daleko u povijest, oko 3000. godine prije nove ere u kojemu se Kagemnija, egipatskog princa, podučava kako uspješno uvjeravati (Stacks 1995). Ta čovjekova fascinacija komunikacijom, ostvarivanjem kontakta i razumijevanja s drugima, koja svoje korijene vuče iz paleolitika, preko starog Egipta, antičke Grčke i Rima ne prestaje do danas.

[2] Špilja Lascaux pripada kompleksu prapovijesnih nalazišta u dolini Vézère u blizini Montignaca u Francuskoj. Otkrivena je 1940. godine, a 1979. je uvrštena na UNESCO-ov popis svjetske baštine. Unutar špilje Lascaux nalazi se gotovo 100 različitih crteža životinja čiji su prikazi iznimno živopisni, bogati detaljima i bojom, te kao takvi predstavljaju remek-djela umjetnosti paleolitika.

[3] Špilja Altamira najpoznatija je od 17 špilja koje sadrže prapovijesne crteže, a nalazi se u blizini grada Santillana del Mar u Španjolskoj. Od 1985. uvrštena je na UNESCO-ov popis svjetske baštine. U Altamiri se mogu vidjeti iznimno očuvani, vrlo detaljni i živopisni crteži različitih životinja, a najviše bizona, te otisci ljudskih dlanova koji potječu iz paleolitika. Razina vještine kojom su crteži izrađeni, osjećaj za pokret, boju, dimenziju i kompoziciju jedinstven je i fascinantan s obzirom na to da se radi o najranijim primjerima ljudske umjetnosti iz razdoblja 35 000 – 11 000 p. n. e.

Suvremena djela koja se danas bave proučavanjem komunikacijskog procesa istaknuti će važnost interakcije i konteksta (Miller 2005: 6-7). Po Antoloviću i Sviličiću, komunikacija se „događa unutar nekog odnosa, pa su kvaliteta komunikacije i kvaliteta odnosa među ljudima, kao rezultat komunikacije, uvijek međusobno povezani“ i „događa unutar nekog konteksta, odnosno vanjskog svijeta koji utječe kako na prirodu odnosa tako i na prirodu komunikacije“ (2020: 61).

Isticanje važnosti interakcije, odnosa i konteksta nalazimo u samim začetcima retoričke misli. Naime, jedan od najistaknutijih sofista Gorgija unosi koncept *kairosa* u govorništvo, koji definira kao vitalnu točku, točku koja je sprega govornikovih ciljeva s vremenom, prostorom i onoga koji skladno kombinira izraz, temu, formu i sadržaj (Meyer, Carrilho i Timmermans 2008: 22).
Ta drevna misao da interakcija između govornika i slušatelja, u nekom određenom kontekstu, ima svoju vitalnu točku, čarobni trenutak u kojemu sprega svega navedenog otvara portal razumijevanja između sudionika u komunikacijskom procesu, ključna je za ovaj rad.

Osim *kairosa,* još je jedan koncept koji vuče svoje korijene iz antike važan u okvirima ove disertacije. To je koncept stvaralačke moći ljudskog jezika koji je ponovno „oživljen“ u 14. i 15. st. u razdoblju humanizma i renesanse. Misao da Božja riječ nije jedino mjesto stvaralačke moći, nego da i ljudski jezik posjeduje istu takvu moć, ključna je zato što u tom slučaju čovjek prestaje biti samo promatrač i primatelj, nego postaje stvarateljem sadržaja (Meyer i dr. 2008: 72).

Kako piše Leinert-Novosel, „uspješna je ona komunikacija koja usmjerava primatelja da sam donese odluku“ (2015: 36). Ideja da ljudska riječ ima stvaralačku moć i da može pokrenuti, potaknuti, započeti novu nakanu, bilo u sebi samom ili drugoj osobi, prvi je temelj na kojemu počiva ovaj rad. Ideja da je za stvaranje razumijevanja i uopće mogućnosti da se ostvari utjecaj na drugu osobu potrebna sprega znanja i vještine interpersonalne komunikacije, a zatim volje, vremena i prostora jest druga temeljna misao. Zajedno, te dvije ideje tvore ishodište ovog rada, na koje se nadovezuju sva ostala znanja, teorije i koncepte koji će biti predmetom ovdje opisana istraživanja.

Iz navedenoga je jasno da kontinuirana želja da razumije, svlada i upravlja zakonitostima procesa komunikacije fascinira ljudski rod od prapovijesti do danas. Pitanje kako što točnije prenijeti svoje misli i ideje, te kako utjecati na druge, i danas pokreće laike i znanstvenike u nastojanjima da što

bolje razumiju ljudsku komunikaciju. Proučavanje ljudske komunikacije jest proučavanje ljudi samih. Po Skoki, „svega se u životu možemo odreći, jedino ne možemo prestati komunicirati. (…) Komunikacija je istodobno nužnost i umjetnost jer se na njezinim dosezima temelji naš poslovni ali i osobni uspjeh.“ (Skoko 2006: 38). Kako je ljudska komunikacija kompleksna i zanimljiva, takvo je i njezino proučavanje.

2.3. Interpersonalna komunikacija

Interpersonalna komunikacija može se izučavati i analizirati iz različitih aspekata i na različite načine, kroz njene karakteristike, funkcije, modele, povijest, sudionike u procesu komunikacije i njihove karakteristike. Može ju se promatrati kao kompetenciju, zasebno područje predstavlja persuazija, zatim semiotika, neverbalna komunikacija i na kraju interpersonalna komunikacija u različitim kontekstima (Reardon, 1998).

Kontekst interpersonalne komunikacije između pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika je ono što određuje način na koji se ona analizira u okviru ovog rada.
Stoga će ovdje biti predstavljena teoretska razmatranja i pogled na interpersonalnu komunikaciju iz aspekta njenih karakteristika i funkcija, osnovnog modela prijenosa informacija, analiza se nastavlja s fokusom na narativnu teoriju, neverbalnu komunikaciju, povratnu informaciju, shvaćanje interpersonalne komunikacije kao vještine i persuaziju. Navedeni aspekti su ključni za izučavani kontekst i stoga odabrani za daljnju analizu.

Postoje stotine definicija komunikacije (Miller 2005: 3) i sve su točne u ovisnosti o segmentu i aspektu komunikacije na koji se odnose. Zato je ovdje značajnije predstaviti karakteristike komunikacije važne u kontekstu ovog istraživanja nego fokus rada usmjeriti na definiciju komunikacije.

Karakteristike komunikacije važne u kontekstu interpersonalne komunikacije (i ovoga istraživanja) jesu:

- komunikacija je **simbolički transakcijski proces**, što implicira njezin kontinuitet i kompleksnost

- komunikacija je **sustavna**
- tijekom komunikacije zbiva se stalna **interakcija i međusobni utjecaj** aktera komunikacijskog procesa
- na ishod komunikacijskog procesa ne **utječu** samo akteri nego i **kontekst** u kojemu se nalaze
- taj proces involvira dvije osobe s jasnom namjerom da se **prenese neka informacija i izvrši utjecaj** (Miller 2005: 5-10).

U kontekstu razumijevanja interpersonalne komunikacije neizbježno je referirati se na Paula Watzlawicka i njegove suradnike. Oni su 1967. objavili djelo koje je u sljedećim godinama imalo važan utjecaj na daljnje oblikovanje misli o tom segmentu komunikacije.

U knjizi *The Pragmatics of Human Communication* Watzlawick, Beavin i Jackson predstavljaju nekoliko temeljnih pravila komunikacije od kojih prvo kaže da nije moguće ne komunicirati: „Nemoguće je ne komunicirati u situaciji kada se dvoje ljudi vide. Jer aktivnost ili neaktivnost, riječi ili šutnja, sve ima vrijednost poruke.“ (Watzlawick, Beavin-Bavelas i Jackson 1967). Ovaj jednostavni opis komunikacije precizno pogađa njezinu srž, a to je odnos između dvoje ljudi, tj. interpersonalna komunikacija (Gongola 2019: 263).

Na istom je tragu i Wilbur Schramm, koji dodatno pojašnjava prirodu interpersonalne komunikacije istaknuvši u svom djelu *The Nature of Communication Between Humans* iz 1971. godine kako komunikaciju kompliciraju ljudi.
„Komunikacija je (ili barem ljudska komunikacija) nešto što čine ljudi. Ona nema vlastiti život. U njoj nema nikakve čarolije, osim onog što u nju unesu ljudi koji su u komunikacijskom odnosu. U poruci nema značenja osim onoga što ljudi unesu u nju. Prema tome, kad netko proučava komunikaciju on proučava ljude. Proučava kako se ljudi odnose jedni prema drugima i prema svojim skupinama, organizacijama i društvima, kako utječu jedni na druge i budu pod utjecajem, kako daju i primaju informacije, kako proučavaju i primaju poruku, kako zabavljaju i budu zabavljeni – pomoću određenih znakova koji postoje neovisno o bilo kojem od njih. Da bismo razumjeli komunikacijski proces među ljudima, moramo razumjeti kako se ljudi odnose jedni spram drugih.“ (Broom 2010: 189).

Komunikacija s drugim osobama esencija je ljudskog postojanja, čovjek postaje onim koji je rezultat interakcije s drugima. Tri su ključne psihološke potrebe svakog čovjeka koje ostvarujemo između ostalog i interpersonalnom komunikacijom:

- **Sposobnost** – reflektira se kroz potrebu da se osjećamo samopouzdanima i efikasnima u izvršenju određene aktivnosti
- **Povezanost** – reflektira se kroz potrebu stvaranja bliskih odnosa i veza s osobama iz svog okružja
- **Autonomija** – reflektira se kroz potrebu stvaranja osjećaja kontrole nad vlastitom sudbinom (Hargie 2011: 1-2).

Dakle, interpersonalna komunikacija nikako se ne može svesti na puku razmjenu informacija. Ono što se odvija među ljudima tijekom interpersonalne komunikacije vrlo je kompleksna interakcija tijekom koje se prenose mnogostruka značenja preko različitih kanala s različitim i višestrukim svrhama (Schein 1998: 101).

Schien (1998: 101-103) definira šest funkcija komunikacije: zadovoljenje vlastitih potreba, razumijevanje drugih, razumijevanje nejasnih situacija, stjecanje prednosti, izgradnja odnosa, razumijevanje i izražavanje samoga sebe.

1. **Zadovoljenje vlastitih potreba** – od najranije dobi komunikacija je jedino sredstvo kojim pojedinac drugima može dati do znanja tko je i što su njegove potrebe kako bi zadovoljio iste.
2. **Razumijevanje drugih** – druge osobe mogu biti izvor zadovoljstva ili opasnosti, ali u svakom su slučaju misterij. Kako bi pojedinac shvatio druge ljude i iz tog razumijevanja uvidio na koji način treba reagirati, potrebna je komunikacija; jedino se tako može razumjeti i barem donekle demistificirati druge.
3. **Razumijevanje nejasnih situacija** – dijeljenjem vlastitih uvida i misli s drugima pojedinac može shvatiti promjene koje su jedina konstanta postojanja. Velik postotak vremena tijekom interpersonalne komunikacije utrošen je upravo na razumijevanje onoga što se događa.
4. **Stjecanje prednosti** – osim za razumijevanje, ljudi se koriste komunikacijom i za oblikovanje situacija u kojima se nalaze, i to na način da ih usklade sa svojim potrebama

i ciljevima da bi stvorili i stekli određenu prednost te kako bi uvjerili, prodali ili naučili nekoga nešto.

5. **Izgradnja odnosa** – ako pojedinac želi postići više od onoga što je sposoban isključivo vlastitim naporima potrebno je ostvariti suradnju s drugima. U tom je slučaju komunikacija, i to komunikacija koja omogućuje uzajamno razumijevanje, bez elemenata prisile, zavođenja ili manipulacije, način na koji se taj cilj postiže.
6. **Razumijevanje i izražavanje samoga sebe** – ostvarivo je internom komunikacijom sa samim sobom i slušanjem samoga sebe te kroz povratnu informaciju drugih sudionika u komunikacijskom procesu koja donosi vrijedne informacije o tome kako okružje doživljava pojedinca.

Kada razmatramo Schienove funkcije komunikacije, većina, a često i svih šest navedenih funkcija, prisutne su tijekom interpersonalne komunikacije bolesnika s pružateljem zdravstvene skrbi. Bolesnik se želi izraziti (svoje tegobe, simptome, brige, emocije), razumjeti situaciju u kojoj se nalazi i sugovornika (razumjeti što slijedi u okvirima dijagnostičkih postupaka, dijagnozu bolesti, terapijske i druge preporuke), zadovoljiti neku potrebu (dobiti odgovor na svoja pitanja, dijagnozu, terapiju, savjet, preporuku, razumijevanje, podršku), ostvariti neki cilj (olakšanje, ozdravljenje) i potencijalno izgraditi odnos sa svojim liječnikom/ljekarnikom.

Kako bi se prikazala sva širina interpersonalne komunikacije uz navedene **funkcije** interpersonalne komunikacije i **psihološke potrebe** koje interpersonalna komunikacija zadovoljava, ovdje će se proširiti s još nekoliko **karakteristika** ljudske komunikacije i na taj način zaokružiti svojevrstan popis svega onoga što interpersonalna komunikacija ljudima znači, donosi i omogućuje.

Karakteristike ljudske komunikacije koje ističe Reardon (1998: 13-15) jesu:

1. **Ljudi komuniciraju iz mnoštva različitih razloga**, radi zabave, kako bi ostavili dojam na druge, kako bi pokazali srdačnost, kako bi dobili informacije, smanjili nelagodu, uspostavili i održali odnose, izrazili sebe i kako bi uvjerili druge.
2. **Komuniciranje rezultira namjeravanim, ali i nenamjeravanim učincima** – ono što je izrečeno ne mora uvijek i nije uvijek shvaćeno jednako, tj. onako kako je mišljeno.

3. **Komunikacija je obično obostrana** – neke vrste komunikacija nisu uvijek obostrane u isto vrijeme, takva je komunikacija pismom ili telefonski razgovor, dok je interpersonalna komunikacija uvijek obostrana, čak i kad jedna osoba samo govori, a druga/e samo sluša/ju jer se neverbalnim kanalom komunikacija odvija u oba smjera.
4. **Komuniciranje uključuje najmanje dvije osobe, koje jedna na drugu utječu u nejednakoj mjeri** – utjecaj i reakcije osoba koje su u interpersonalnoj integraciji ne mora biti i nije uvijek jednak za obje osobe.
5. **Komunikacija se dogodila i onda kad nije bila uspješna** – komunikacija je stalna, verbalna i neverbalna, šutnjom ili riječima prenose se poruke s različitom razinom uspješnosti, odašiljanje poruke ne znači da će komunikator postići svoj cilj.
6. **Komuniciranje uključuje uporabu simbola** – poruke se sastoje od nizova simbola, a simboli su riječi, geste, zvukovi, sve ono za što postoji konsenzus u kontekstu jednakog razumijevanja.

Promotrimo li karakteristike komunikacije po Reardon iz perspektive interpersonalne komunikacije bolesnika s pružateljem zdravstvene skrbi postaje jasno, kao i kod Schienovih funkcija, da su većina, a često i sve karakteristike prisutne u ovome specifičnom obliku interpersonalne komunikacije. Bolesnici komuniciraju s pružateljima zdravstvene skrbi iz mnoštva različitih razloga (pogotovo s pružateljima zdravstvene skrbi koji su im dostupniji kao što su to liječnici obiteljske medicine ili ljekarnici), učinci te komunikacije mogu biti različiti, ta komunikacija je obostrana u različitim omjerima, utjecaj se ostvaruje (uglavnom jednosmjerno pružatelj zdravstvene skrbi utječe na bolesnika), a uspješnost te komunikacije može biti različita te svakako uključuje uporabu simbola.

Poveznica između onoga što naglašavaju Schien i Reardon nalazi se u funkcijama interpersonalne komunikacije, tj. onome što interpersonalna komunikacija omogućuje komunikatoru – shvaćanje, izražavanje, razumijevanje i utjecaj. Dodatno Reardon naglašava ono što je često u ljudskoj komunikaciji i vrlo bitno u kontekstu ovog rada, a to su **nenamjerni učinci komunikacije**, **nejednaka mjera utjecaja** i **neuspješnost komunikacije**.

Na posredan ili neposredan način, sva dosadašnja istraživanja definirala su ulogu komunikacije u užem ili širem društvenom kontekstu, međutim, temeljni postulati i smjernice komunikacije vrlo se

precizno mogu primijeniti i na problematici adherencije. Jedan takav nenamjerni učinak komunikacije, važan u kontekstu ovog rada, jest neadekvatno uzimanje terapije potaknuto nerazumijevanjem govora pružatelja zdravstvene skrbi jer se npr. radi o bolesniku niske razine zdravstvene pismenosti. Nejednaka mjera utjecaja može se očitovati u situaciji kada bolesnik ne može ili nema priliku dobro artikulirati svoje osjećaje i stavove, a pružatelj zdravstvene skrbi na osnovi tih nedostatnih informacija nudi savjet. Neuspješnost komunikacije događa se svakodnevno kad pružatelj zdravstvene skrbi propušta uvidjeti da je bolesnikov pristanak samo verbalan i deklarativan ili u bilo kojoj situaciji, bez obzira na uzroke, kada dogovor između tih dvaju sudionika, u vrlo specifičnoj interpersonalnoj interakciji kakva je ona između pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika, nije postignut.

Osim navedenog, jedan od glavnih uzroka neuspješnosti komunikacije jest razlika u shvaćanju značenja određenih riječi ili neverbalnih znakova. U komuniciranju postoje dvije vrste značenja: **denotativno** – značenje koje je zajedničko većini ljudi neke kulturne sredine i **konotativno** – osobno značenje, ono koje ne mora biti zajedničko s drugim ljudima (Reardon 1998: 13-16). Podrazumijevanje poznavanja denotativnog značenja ili podrazumijevanje istoga konotativnog značenja može biti izvor loših ishoda interpersonalne komunikacije. Usmjerenost pružatelja zdravstvene skrbi na denotativno značenje može se ogledati kroz pojašnjavanje stručne terminologije ili korištenje općepoznatih termina naspram specifičnih medicinskih izraza (npr. srčani udar prema infarktu miokarda). Usmjerenost na konotativno značenje izazovnija je kategorija, međutim, sama svjesnost o postojanju potencijalnoga konotativnog značenja predstavlja prednost za pružatelje zdravstvene skrbi. U okviru istraživanja i ove disertacije dat će se odgovor na pitanje percipiraju li pružatelji zdravstvene skrbi u Hrvatskoj konotativno značenje te pridaju li važnost konotativnom značenju tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnikom.

Kako naglašava Reardon u prvim rečenicama svoje knjige *Interpersonalna komunikacija – Gdje se misli susreću* (1998: 13), „Sokrat je inzistirao na brižljivu definiranju riječi prije negoli se počnu upotrebljavati u raspravi. Vjerovao je da će to ukloniti moguće nesporazume. Pridržavanje Sokratova zahtjeva pokazalo se, međutim, jednim od većih izazova s kojima su se susreli znanstvenici. Ljudi otkrivaju da je teško, katkad i nemoguće, izvesti definiciju nekog pojma koju će svi prihvatiti.“ U ovome što ljudsku komunikaciju na neki način obremenjuje otpočetka leži i sva

njezina ljepota, izvor je novih ideja, stvaralaštva, ali izvor svakodnevnih nesporazuma, frustracija, pogrešnih procjena i aktivnosti.

Naravno, ako se vratimo na situacijske modele procesa komunikacije kao što su Shannon i Weaverov ili, u okviru ovog rada primjereniji, Osgooldov model (Kunczik i Zipfel, 2006: 19-22), bitno je naglasiti da sve što predstavlja „buku“ (bilo kakva smetnja npr. različite vrste buke, žamor, glasna glazba) u komunikacijskom kanalu između pošiljatelja i primatelja poruke može primitak i pravilno tumačenje te poruke i onemogućiti. Osgooldov model prijenosa poruke u okivru interpersonalne komunikacije podrazumijeva činjenicu da je komunikacija recipročan proces i da se odvija u određenom situacijskom kontekstu, te da su sudionici u komunikacijskom procesu predmetom međusobnog vizualnog i kognitivnog interesa (Kunczik i Zipfel, 2006: 19-22).
Buka, odnosno smetnje koje mogu priječiti prijenos poruke tijekom interpersonalne komunikacije bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi mogu na primjer biti zvonjava telefona, glasovi drugih bolesnika ili medicinskog osoblja, buka koju stvara radio ili koju stvaraju drugi aparati tijekom rada, glasni zvukovi prometa koji dopiru kroz otvoren prozor, prejaka svjetlost ili pretjerano zamračena prostorija koja sprečava bolesnika, ali i pružatelja zdravstvene skrbi da dobro vidi što se zbiva (Kunczik i Zipfel, 2006: 19-22).

Tijekom interpersonalne komunikacije između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi moguće su, kako je navedeno, brojne smetnje i buka u komunikacijskom kanalu. U tom kontekstu najveći izazov predstavlja komunikacija ljekarnika s bolesnikom koja se gotovo u pravilu odvija na recepturi u ljekarni, pa nazočnost drugih bolesnika, zaposlenika ljekarne, zvonjava telefona, buka blagajne itd. mogu omesti interpersonalnu komunikaciju te rezultirati nerazumijevanjem. Sve navedeno od ljekarnika iziskuje dodatan napor kako bi uspjeli postići ciljeve interpersonalne komunikacije s bolesnikom. Praćenje neverbalne komunikacije, postavljanje pitanja, provjeravanje razumijevanja izrečenoga, stoga su od ključne važnosti. Slična je situacija u prostoru u kojem se odvija interpersonalna komunikacija između bolesnika i medicinskih sestara, dok je rad u ordinacijama liječnika manje izazovan, u kojima su najčešće bolesnik i liječnik sami, pa je samim tim mogućnost stvaranja buke u komunikacijskom kanalu manja. Međutim, jednako kao i u ljekarni, mogućnost remećenja tijeka interpersonalne komunikacije i stvaranje buke u komunikacijskom kanalu moguće je od drugoga medicinskog osoblja, zvonjave telefona i drugih izvora buke.

Kako bi komunikacija ipak bila uspješna osim konsenzusa oko značenja izrečenih riječi, te nepostojanja buke koja bi spriječila primitak poruke, ključna je i razina znanja o drugoj osobi i poznavanje situacije, tj. poznavanje sociokulturnih/situacijskih čimbenika (Kunczik i Zipfel 2006: 22; Reardon 1998: 17). Poznavanje osobe s kojom se ostvaruje interpersonalna komunikacija omogućuje govorniku da prilagodi poruku na onaj način koji osigurava najveću razinu razumijevanja. Sama interpersonalna komunikacija razvija se sve boljim poznavanjem partnera u komunikacijskom odnosu, a poznavanje situacije omogućuje govorniku da precijeni koje će poruke biti prikladne u određenoj situaciji (Reardon 1998: 13-20).

Berger i Calabrese postavili su 1975. godine „šest aksioma“ presudnih u razvoju komunikacijskih odnosa, a to su: verbalna komunikacija, neverbalna „toplina“, informacijska „žeđ“, informacijsko samootkrivanje, komunikacijska recipročnost, sličnost i sviđanje (Sviličić 2019: 13).

1. **Prvi aksiom (verbalna komunikacija):** visoka učestalost verbalne komunikacije između sudionika, dovodi do smanjenja razine neizvjesnosti (tipične za situaciju kada sudionici prvi put komuniciraju) kod obiju strana koje sudjeluju u procesu interpersonalne komunikacije.

2. **Drugi aksiom (neverbalna toplina):** pozitivan neverbalni pristup osigurava komuniciranje empatije/topline koja će dovesti do povećanja kvalitete i opsega komunikacijskog procesa te smanjenja neizvjesnosti.

3. **Treći aksiom (informacijska žeđ / traženje informacija):** povećana razmjena relevantnih informacija u početku komunikacijskog procesa dovodi do boljeg upoznavanja osoba koje sudjeluju u procesu interpersonalne komunikacije te se na taj način smanjuje razina neizvjesnosti.

4. **Četvrti aksiom (informacijsko samootkrivanje/samorazotkrivanje):** u situaciji kada se sudionici u komunikacijskom procesu slabo poznaju i imaju nisku razinu intimnosti javlja se visoka razina komunikacijske neizvjesnosti, odnosno razina komunikacijske neizvjesnosti upravo proporcionalna razini intimnosti komunikatora.

5. **Peti aksiom (komunikacijska recipročnost):** manjak komunikacijske recipročnosti zbog nepostojanja povjerenja među komunikacijskim partnerima na početku interakcije dovodi do visoke razine komunikacijske neizvjesnosti.

6. **Šesti aksiom (sličnost i sviđanje):** osobe koje su u komunikacijskoj interakciji, a imaju sličan senzibilitet, slično artikuliraju sadržaj, te se između njih javlja empatija imaju nižu razinu komunikacijske neizvjesnosti, dok je obrnuto kod osoba između kojih postoje značajne i očigledne različitosti.

Tijekom interpersonalne komunikacije bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi zastupljeni su svi ili većina Berger-Calabresevih aksioma važnih za razvoj odnosa. Ovisno o kontekstu i vrsti pružatelja zdravstvene skrbi doći će do različite ekspresije navedenih šest aksioma. Nekoliko uobičajenih situacija jesu: liječnik obiteljske medicine kojeg bolesnik često viđa, dostupan mu je i poznaje dobro bolesnika i njegovu obitelj ili liječnika specijalista kojeg vidi po potrebi nekoliko puta godišnje, stoga posjetu tom liječniku smatra posebnom i dragocjenom, ili ljekarnika s kojim potencijalno ima dobro razvijen odnos, ali zbog situacijskog faktora pomanjkanja intimnog prostora (odvijanje interpersonalne komunikacije za recepturom) dolazi do supresije nekih od aksioma važnih za daljnji razvoj odnosa.

Bergerova teorija smanjenja neizvjesnosti temeljena je na ovim aksiomima te tumači interpersonalnu komunikaciju kao proces kojim se stječe znanje i stvara razumijevanje. Tijekom prvoga kontakta osoba koje se ne poznaju glavni je fokus na smanjenju neizvjesnosti i mogućnosti da se predvidi ponašanje druge osobe (Griffin 2012: 125).

Za cjelovitu prezentaciju svega što čini uspješnu interpersonalnu komunikaciju potrebno se osvrnuti i na način prijenosa poruke i s tim u vezi, ovdje će biti opisana „homo narrans“ – narativna teorija W. Fishera, tj. takozvana *storytelling* teorija.

Fisher je sredinom 1980-ih godina razradio i uvjerljivo predstavio teoriju po kojoj su sve forme ljudske komunikacije u kontekstu priče (Miller 2005: 92; Sviličić 2019: 15). Priče po Fisheru, da bi bile dobre, uvjerljive, upečatljive i zapamtljive, moraju imati komponente koherentnosti i vjerojatnosti.

Koherentnost se odnosi na ove četiri kategorije:

- radnja je konzistentna
- inkorporiranost dovoljne količine detalja u priču
- vjerodostojno ponašanje aktera priče
- odsutnost nerealističnih iznenađenja.

Vjerojatnost se sastoji od ovih pet kategorija:

- priča sadrži i referira se na neku vrijednost (istina, dobrota, ljepota, zdravlje, mudrost, hrabrost, umjerenost, pravda, sklad, red, zajedništvo, prijateljstvo i jedinstvo sa svemirom)
- priča mora biti relevantna na način da su događaji opisani u priči konzistentni s prikazanom vrijednosti
- priča mora inkorporirati određene ishode koji se dogode ako se postupa po predstavljenoj vrijednosti
- vrijednost prikazana u priči mora rezonirati s publikom
- prikazana vrijednost mora biti jedna od najvećih vrijednosti u ljudskom postojanju (Miller 2005: 92-95).

Mjesto narativne teorije u kontekstu interpersonalne komunikacije između pružatelja zdravstvene skrbi (liječnika, ljekarnika, medicinske sestre) i bolesnika ima mjesto u različitim fazama komunikacije, a svakako u trenutku davanja preporuke i postizanja dogovora. Kako Sviličić (2019: 15) jednostavno sažima sukus Fisherove teorije, „čovjek pri artikulaciji nekog informacijskog sadržaja zapravo – priča priču, a efekt sadržaja na sugovornika upravo je proporcionalan s pripovjedačkim umijećem komunikatora“. Dakle, preporuke koje se odnose na promjenu stila života, prehranu, unos soli, tjelesnu aktivnost, uzimanje lijekova, redovito praćenje vrijednosti krvnog tlaka, tjelesne težine, šećera u krvi, sve se odnose na jednu od najvećih vrijednosti u ljudskom postojanju – zdravlje. Preporuke za postizanje zdravlja ili povratak zdravlju stoga bi trebale biti prezentirane u formatu priče kako bi bile, što je prethodno naglašeno, dobre, uvjerljive, upečatljive i zapamtljive jer kao takve imaju veću vjerojatnost ostaviti pozitivan učinak na slušatelja. To Roter i Hall (2006: 7) naglašavaju u svojoj knjizi *Doctors Talking with Patients / Patients Talking with Doctors*: „Komunikacija bi trebala služiti bolesnikovoj potrebi da ispriča priču o svojoj bolesti i doktorovoj potrebi da tu priču čuje.“

Sve navedene karakteristike, funkcije, aksiomi i načini prijenosa poruke služe kako bi pružili opis, dali uputu za uspješnu komunikaciju između dviju osoba koje se nalaze u toj specifičnoj interakciji u kojoj je jedan sudionik komunikacijskog procesa bolesnik, a drugi pružatelj zdravstvene skrbi, te će biti uzeti u obzir prilikom oblikovanja upitnika za pružatelje zdravstvene skrbi kako bi što preciznije definirali trenutnu poziciju i važnost interpersonalne komunikacije u ovom odnosu i njezin utjecaj na adherenciju.

U kontekstu interpersonalne komunikacije na relaciji bolesnik – pružatelj zdravstvene skrbi, posebno važnim pokazao se neverbalni aspekt komunikacije te povratna informacija o kojima će govoriti iduća poglavlja ove disertacije.

2.4. Neverbalna komunikacija

… kada su naše riječi u kontradikciji s tihim porukama, koje sadrže naše riječi, drugi ne vjeruju onome što govorimo, oslanjaju se gotovo potpuno na ono što činimo.
Albert Mehrabian, predgovor u knjizi *Silent messages* (1971.)

Neverbalni aspekt komunikacije bio je područje zanimanja mnogih znanstvenika kroz povijest, od Aristotela, Cicerona, Kvintilijana i Konfucija, sve do šezdesetih godina prošlog stoljeća kada interes postaje sve intenzivnijim, istraživanja sve konkretnija i plodonosnija, te su oblikovala temelje za ono kako danas doživljavamo neverbalni aspekt interpersonalne komunikacije (Hargie 2011: 44).

Interpersonalna komunikacija proces je koji istodobno teče različitim kanalima te je važno obratiti pozornost na neverbalnu komponentu komunikacije kako bi se pravilno procijenilo emocionalno stanje sudionika u komunikacijskom procesu (Kunczik i Zipfel 2006: 17). Dakle, interpersonalna komunikacija osim sadržajne komponente sadrži i relacijsku komponentu, tj. komponentu odnosa koja se odnosi na ono kako je nešto rečeno, na neverbalni dio komunikacije (Reardon 1998: 13-21).
Kunczik i Zipfel (2006: 17) dijele komunikacijske kanale prema osjetilima kojima primatelj prima informacije na:

- auditivni ili vokalni kanal – uz govorni jezik tu pripada i paralingvistička komunikacija – sve ono što se komunicira vokalno, ali ne i verbalno, npr. tempo, glasnoća tona, intonacija
- vizualni kanal – mimika, gestikulacija, habitus, proksemija
- taktilni kanal – doticanje tijela, milovanje, dodirivanje
- olfaktorni kanal – mirisanje tijela
- termalni kanal – osjećaj tjelesne topline
- gustacijski kanal – osjetilo okusa.

Istraživanja Alberta Mehrabiana objavljena kasnih 1960-ih sugeriraju da se uvjerljivost prenošenja neke poruke može prikazati formulom pa se ukupna uvjerljivost sastoji od 7 % verbalnog (sadržaj poruke), 38 % vokalnih karakteristika i 55 % izraza lica (Mehrabian 1971: 43). Kasnija istraživanja, kako navode Guerrera i Floyd, govore u prilog nešto drukčijem omjeru verbalnog prema neverbalnom aspektu interpersonalne komunikacije, međutim i dalje glavna premisa ostaje jednakom, a to je prevaga neverbalnoga kanala komunikacije u prenošenju značenja i emocija.
Iz Mahrabianove formule jasno je da se izrazu lica tijekom neverbalne komunikacije pridodaje najveća važnost. Prema Ekmanu i Friesenu (2003.) šest je osnovnih facijalnih ekspresija koje se mogu razaznati: tuga, ljutnja, gađenje, strah, iznenađenje i sreća.

Ako su neverbalne ekspresije neusklađene s riječima, stupanj uvjerljivosti prenesen neverbalnim, pogotovo facijalnim ekspresijama, dominirat će i odrediti učinak cijele poruke, isto se može reći za utjecaj glasa. Riječi mogu biti pozitivne, ali ako je vokalna ekspresija negativna, cijela je poruka negativna, ili ako je vokalna ekspresija pozitivna, a riječi negativne, cijela poruka poprima pozitivniji ton. Zaključno se može reći, kada je bilo koje neverbalno ponašanje u suprotnosti s riječima, mnogo je vjerojatnije da će upravo neverbalno odrediti ukupni učinak poruke (Mehrabian 1971: 42-45).
Neverbalni dio poruke može „nadopuniti, suprotstaviti, potencirati, regulirati ili poništiti verbalni dio poruke“ (Reardon 1998: 13-21). Jednako takav učinak može se ostvariti i obrnutim mehanizmom (utjecaj izrečenog na neverbalnu poruku).
Iz navedenog može se zaključiti da neverbalno ponašanje ima veći utjecaj na druge, nego same riječi. Komunikator može verbalno odašiljati jednu poruku dok u isto vrijeme izraz lica, pozicija tijela, ton glasa ili geste tu istu poruku mogu podržavati, naglašavati ili diskreditirati.

Neverbalnom komunikacijom prenose se poruke:

- sklonosti/sviđanja
- dominacije
- suosjećajnosti (Mehrabian 1971: 42).

Stoga nekonzistentnost između verbalnog i neverbalnog kanala komunikacije stvara nepovjerenje kod primatelja poruke. Jednako je zbunjujuće za slušatelja ako mu govornik verbalno prenosi grube poruke uz smiješak ili da su poruke pozitivne, ali neverbalno te poruke prate namrštena facijalna ekspresija, stisnute šake i odvraćen pogled. Osim što nesklad između verbalnog i neverbalnog aspekta može djelovati zbunjujuće, može i otkriti značenje koje je bliskije istini.
Suprotno, neverbalna komunikacija usklađena s riječima koje se izgovaraju te iste riječi može nadopuniti, nadograditi, učiniti upečatljivijima i vjerodostojnijima (Martin, Haskard-Zolnierek i DiMatteo 2010: 145).

Kako je naglašeno u uvodu, neverbalni aspekt komunikacije prepoznat je kao krucijalan još od antike, a Hipokrat piše da je, u ovoj vrlo delikatnoj i specifičnoj interpersonalnoj komunikaciji između bolesnika i liječnika, u prvom redu nužan fokus na bolesnikovo lice (Martin i Friedman 2005: 4).
Za neverbalnu komunikaciju između pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika važni su kapaciteti liječnika / medicinske sestre / ljekarnika da:

- dekodira – detektira i pravilno interpretira neverbalne poruke koje mu/joj upućuje bolesnik
- enkodira – šalje odgovarajuće neverbalne poruke (DiMatteo 1979; DiMatteo, Hayes i Prince 1986).

Neverbalna komponenta interpersonalne komunikacije važna je u svim odnosima i situacijama, a pogotovo u onima kod kojih postoji povećani potencijal za dvosmislenost, nerazumljivost, neugodu, nepovjerenje, povišena emocionalna stanja, te ako postoje razlike u statusu i poziciji između sudionika u interpersonalnoj komunikaciji (Martin i Friedman 2005: 3). Sve navedeno jesu potencijalne situacije tijekom interpersonalne komunikacije pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika što potencira važnost neverbalnog aspekta interpersonalne komunikacije u tom odnosu.

Neverbalna komponenta interpersonalne komunikacije između pružatelja zdravstvene skrbi i njihovih bolesnika može značajno utjecati na njihov odnos te definirati razinu bolesnikova zadovoljstva u odnosu na skrb koja mu je pružena (DiMatteo, Taranta, Friedman i Prince 1980).
Zadovoljniji su oni bolesnici čiji pružatelji zdravstvene skrbi imaju sposobnost prepoznati neverbalne poruke i povezati ih s bolesnikovim emocionalnim statusom te su sami neverbalno ekspresivniji i komuniciraju zainteresiranost kroz određeni sklop neverbalnih ponašanja kao što su: kontakt očima, smiješak i lagano nagnuto tijelo prema osobi s kojom se komunicira (DiMatteo i dr. 1980; Robinson 1998; Gallagher i dr. 2005). Na taj način pružatelj zdravstvene skrbi iskazuje interes i emocionalni angažman.

Pružatelji zdravstvene skrbi koji svjesno obraćaju pozornost na ono što im njihovi bolesnici komuniciraju neverbalnim kanalima jesu u prednosti. Takvim pristupom, naime, neće propustiti važne signale koji im otkrivaju da bolesnici nisu suglasni ili komforni, ili da naprosto nisu razumjeli, a zbog neugode i pritiska vremena nisu to spremni verbalno adresirati (Martin i dr. 2010: 145-146).
Prema istraživanju Suchmanna, Markakisa, Beckmana i Frankela (1997.), bolesnici rijetko verbaliziraju svoje emocije spontano i izravno, uglavnom je neverbalna komunikacija kanal kojim pokušavaju prenijeti poruku u svezi svog emocionalnog statusa, koji spremnije dijele ako osoba koja je u interpersonalnoj komunikaciji prepozna odaslani neverbalni signal i adekvatno odgovori na njega.

Osim izražavanja emocija, ako bolesnici iz nekog razloga ne mogu postavljati dodatna pitanja ili kada sumnjaju da ne dobivaju sve informacije ili ako ne mogu razumjeti što im se točno govori, još će više pozornosti posvetiti neverbalnoj komunikaciji pružatelja zdravstvene skrbi, kako bi na taj način mogli bolje razumjeti kontekst (Martin i dr. 2010: 147). Stoga, bolesnici obraćaju dodatnu pozornost na neverbalnu komunikaciju pružatelja zdravstvene skrbi kako bi dobili više informacija i preciznije informacije o svom zdravstvenom statusu (Martin i Friedman 2005: 3).
Iz navedenih istraživanja jasno se vidi potentnost neverbalne komunikacije kao komunikacijskog kanala, bilo da bolesnici enkodiraju svoje emocionalno stanje ili pokušavaju dekodirati njima skrivene ili nejasne poruke pružatelja zdravstvene skrbi.

Više različitih istraživanja, koja sežu još u rane 1980-e godine pa do danas, potvrđuju ono što je razvidno i iz metaanalize Henryja i suradnika (2012.) – neverbalna toplina i slušanje liječnika i medicinske sestre u korelaciji je s većim zadovoljstvom bolesnika.
Neke od neverbalnih ekspresija i gesta koje djeluju pozitivno na interpersonalnu komunikaciju na relaciji pružatelj zdravstvene skrbi – bolesnik jesu (Martin i dr. 2010: 147):

- smiješak – bolesnici ga tumače kao odobravanje i sviđanje
- kontakt očima – bolesnici ga tumače kao iskaz brige te davanja do znanja da ih se sluša
- položaj tijela u kojem je pružatelj zdravstvene skrbi okrenut tijelom prema bolesniku i nagnut prema naprijed – bolesnici ga tumače kao pažnju, fokus i želju za suradnjom
- dodir tijekom razgovora – bolesnici ga tumače kao utjehu, ohrabrenje i poziv za partnerskim odnosom
- ton glasa (topao, ohrabrujući) – bolesnici ga tumače kao utjehu i ohrabrenje.

Treba napomenuti da neverbalni signali nisu uvijek jednoznačni i treba ih tumačiti u okviru konteksta te verbalne komunikacije koja se simultano odvija. Gore su navedena najvjerojatnija tumačenja tih neverbalnih signala, u situaciji kada je kontekst u kojem se određeni sadržaj izgovara i sam sadržaj u harmoniji s tom specifičnom neverbalnom gestom. Važno je i kako se određena gesta izvodi i koliko dugo traje, npr. kontakt očima zasigurno je poželjan, međutim, predug i preintenzivan pogled može djelovati negativno i intruzivno te postići potpuno suprotan učinak.

Ovdje valja naglasiti da su pružatelji zdravstvene skrbi ženskog spola u prednosti. Naime, žene općenito bolje, u usporedbi s muškarcima, prepoznaju značenje neverbalnih signala koje im šalju osobe s kojima komuniciraju, bolje su u vlastitom izražavanju emocija kroz neverbalne kanale te se više služe nekim neverbalnim kategorijama kao što su: više kontakta očima, osmijeha, kimanja, manju tjelesnu udaljenost od osobe s kojom su u razgovoru, a koje dokazano pridonose prisnijem, empatičnom odnosu sa sugovornikom koji je u tom slučaju skloniji dati više informacija (Hall i Gunnery 2013: 639-669, Hall i Roter 2002, Roter i Hall 2004, Bylund i Makoul 2002), odnosno učinak koji Berger i Calabrese nazivaju „neverbalna toplina“. Dakle, žene bolje dekodiraju značenje neverbalnih signala te preciznije izražavaju vlastite emocije, tj. preciznije enkodiraju, kroz neverbalne signale od muškaraca (Roter i Hall 2006: 62-65).

Pružatelji zdravstvene skrbi ženskog spola takvom neverbalnom ekspresijom djeluju pozitivno na bolesnike. Bolesnici se stoga osjećaju „pozvaniji“ podijeliti više informacija s takvim pružateljem zdravstvene skrbi (Lepper, Martin i DiMatteo 1995).

Međutim, ta prednost nestaje kad se prouče očekivanja bolesnika, naime, po istraživanju Hall i suradnika (2015.), bolesnici u startu imaju viša očekivanja od žena pa je istraživana razina zadovoljstva pruženom skrbi jednaka kao kod muških pružatelja zdravstvene skrbi koji nemaju razvijenost vještina neverbalne komunikacije na toj razini. Ta nejednakost u očekivanjima bolesnika svakako ne treba djelovati demotivirajuće, više pažnje ipak treba posvetiti činjenici da žene imaju određenu prednost nad muškim kolegama, te graditi uspješnost interpersonalne komunikacije s bolesnicima na tom temelju.

Iz svega navedenog jasan je utjecaj neverbalnog na uspješnost interpersonalne komunikacije općenito, a posebno na relaciji bolesnik – pružatelj zdravstvene skrbi. Stoga će se odabrani elementi neverbalne komunikacije pažljivo valorizirati upitnikom za pružatelje zdravstvene skrbi, koji je okosnica ovog rada, kako bismo jasno definirali koliku važnost pružatelji zdravstvene skrbi posvećuju neverbalnoj komunikaciji i kako percipiraju njezinu potentnost da asertivno i persuazivno oblikuje komunikaciju i na kraju odnos s bolesnikom.

2.5. Povratna informacija (*feedback*)

Povratna informacija ima višestruku vrijednost kada se koristi tijekom interpersonalne komunikacije bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi. Povratna informacija omogućuje bolesniku da pita što nije razumio, što je iznimno važno jer bolesnik neće moći provoditi ni jednu predloženu strategiju liječenja ako ne razumije ono što mu se govori. Omogućuje bolesniku da izrazi svoje mišljenje oko predložene strategije liječenja, pogotovo oko mogućnosti da tu specifičnu terapijsku opciju provede u djelo i na taj način zauzme aktivnu ulogu u donošenju odluka. Za pružatelja zdravstvene skrbi, osim navedenih vrijednosti, važno je istaknuti da proaktivno traženje povratne informacije stvara ozračje brige, empatije i uvažavanja te bolesniku komunicira da je pružatelju zdravstvene skrbi stalo do njegova mišljenja i emocija.

Razni autori (Schein 1998, London i Sessa 2006, Hattie i Timperley 2007) dali su svoje definicije povratne informacije te apostrofirali značenje povratne informacije za ostvarenje razumijevanja tijekom interpersonalne komunikacije, ali i napredak u procesu učenja i učinak u radnim organizacijama. Povratna informacija definira se kao informacija koju netko daje (npr. učitelj, kolega, roditelj, sam pojedinac, iskustvo) u vezi nečijeg učinka ili razumijevanja (Hattie i Timperley 2007).
Povratna informacija ima jedan od najsnažnijih utjecaja na učenje i postignuće, ali taj utjecaj može biti pozitivan ili negativan. Povratnom informacijom možemo smatrati informaciju koja nam govori o napretku prema nekom cilju koji želimo postići (Hattie i Timperley 2007). Posljedično, bilo koja informacija koju dobijemo iz okružja može biti povratna informacija (Schein 1998: 130).

Pošiljatelj informacije može dobiti informaciju kako je primatelj interpretirao poruku ili da jednostavno izravno upita primatelja ili da ga pomno promatra, u oba slučaja koristio se mehanizmom povratne informacije (Leinert Novosel 2015: 41).

Izučavanje povratne informacije i njenih pojedinih aspekata bila je tema interesa mnogih autora. Ilgen, Fisher i Taylor (1979) dali su doprinos shvaćanju osnovnog modela povratne informacije koji se sastoji od tri djela: (1) izvor povratne informacije, (2) sama povratna informacija, poruka, i (3) primatelj povratne informacije. Ashford i Cummings (1983) proširili su shvaćanje uloga davatelja i primatelja povratne informacije, dok su Podsakoff i Farh (1989) doprinjeli shvaćanju važnosti predznaka i kredibiliteta izvora povratne informacije.
Za ovaj rad i za povratnu informaciju u kontekstu adherencije važno je napomenuti da su pružatelji zdravstvene skrbi tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnikom često u prilici dati negativnu povratnu informaciju, bilo da se radi o (ne)pridržavanju dogovorenim uputama u svezi uzimanja lijekova ili promjeni životnog stila.

Negativna povratna informacija, koja ukazuje da učinak nije u skladu s očekivanjima ili da trenutačno ponašanje nije u skladu sa željenim i dogovorenim, postiže najveći učinak ako se povratna informacija fokusira na ponašanje ili aktivnost (Gregory i Levy 2015: 39).
Povratna informacija u vezi određena ponašanja pogodnija je od osobno fokusirane povratne informacije, koja prijeti primateljevu samopoštovanju (Kluger i DeNisi 1996), pa je veća

vjerojatnost da će takva, premda negativna, povratna informacija biti prihvaćena i izazvati željeni odgovor.
Povratna informacija fokusirana na osobnost kontraproduktivna je iz nekoliko razloga. Mnogo je manja vjerojatnost da će rezultirati promjenom, mijenjati nečije sposobnosti ili osobnost je teško – mnogo teže nego mijenjati specifična ponašanja ili aktivnosti. Povratna informacija koja cilja na nečiju osobnost skreće pozornost prema unutra, prema sebi, a ne prema zadatku, tj. dogovorenoj aktivnosti (Gregory i Levy 2015: 39-40).

Ovo je vrijedna informacija za sve koji su u prilici dati negativnu povratnu informaciju, a pogotovo za pružatelje zdravstvene skrbi koji davanjem takve, negativne, povratne informacije žele skrenuti pozornost bolesnika i ukazati na nužnost promjene određenih ponašanja. Ovakvim pristupom u kojem je orijentacija negativne povratne informacije usmjerena na nepoželjno ili manjkavo ponašanje, a ne na osobu, ima veće šanse rezultirati željenom promjenom.

Osim predznaka povratne informacije vrijedi napomenuti da kredibilitet izvora povratne informacije igra značajnu ulogu u učinku koji će povratna informacija imati na primatelja. O kredibilitetu izvora informacija više će biti rečeno u poglavlju o persuaziji, ovdje vrijedi napomenuti da prema istraživanju Podsakoff i Farh (1989.), najveći pozitivan efekt na primatelja ima negativna povratna informacija iz visokokredibilnog izvora – onoga kojeg primatelj smatra obrazovanim i kvalificiranim da prosuđuje o primateljevim ponašanjima ili aktivnostima.
U ovoj kategoriji, kategoriji kredibiliteta, pružatelji zdravstvene skrbi u svojevrsnoj su prednosti jer su zbog svog znanja, iskustva i pozicije u startu kredibilni izvori, poslije je ključno stvarati takav odnos s bolesnikom koji će taj status kredibilnog izvora dodatno učvrstiti i produbiti.
U kontekstu intervencija za poboljšanje adherencije, interpersonalna komunikacija je ključna, svaku intervenciju nužno je pravilno prezentirati i objasniti bolesniku pa tako možemo zaključiti da je interpersonalna komunikacija integralni dio svake intervencije za poboljšanje adherencije.
U tom je kontekstu stoga važno omogućiti i bolesniku priliku da komunicira svoju povratnu informaciju, odnosno da pružatelj zdravstvene skrbi provjeri je li i koliko je bolesnik razumio.
Ipak, po istraživanju Braddocka i suradnika (1997.), to je vrlo rijetko, u navedenu istraživanju liječnici su tek u 2 % slučajeva tražili povratnu informaciju od bolesnika i provjeravali je li razumio izrečeno. Važno je da pružatelji zdravstvene skrbi daju dovoljno vremena sebi kako bi pitali i

bolesnicima kako bi im odgovorili jer i u slučajevima kada je informacija jasno izrečena, većina bolesnika se te upute ne može dobro prisjetiti, pogotovo u segmentu uputa koje se tiču promjene životnog stila (Kravitz i dr. 1993).

Jedan od razloga zašto pružatelji zdravstvene skrbi rijetko pribjegavaju toj jednostavnoj strategiji provjere razumijevanja izrečenoga zasigurno je i pretrpanost rasporeda pružatelja zdravstvene skrbi te relativno kratko vrijeme koje im stoji na raspolaganju za individualne konzultacije, ako govorimo konkretno o liječnicima, istraživanja pokazuju da liječnici u Europi provode u prosjeku 7 do 16 minuta sa svakim bolesnikom (Roter i Hall 2006: 111-112). U tom vremenu koje provedu u interakciji bolesnici većinu vremena odgovaraju na pitanja i daju informacije, što je i za očekivati, ali je vrlo malo vremena bolesnicima na raspolaganju da postavljaju pitanja, po istraživanjima tek oko 6 % (Roter i Hall 2006: 119-121). Iako istraživanja pokazuju da nema povezanosti između dužine posjeta i zadovoljstva bolesnika, više vremena provedena u interakciji ne dovodi nužno do željena ishoda (Stewart, Brown, Boon, Galajda i Sangster 1999; Tallman i dr. 2007).

Kratko vrijeme za konzultacije zasigurno je izazov, međutim i u takvoj situaciji važno je odvojiti vrijeme i saslušati bolesnika jer su bolesnici najviše angažirani u situaciji kada ih pružatelji zdravstvene skrbi aktivno slušaju i daju im priliku da iskažu svoje brige, očekivanja i mišljenja, kada se u oba smjera postavljaju dodatna pitanja kako bi razjasnili eventualne nedoumice te kada bolesnici mogu reći sve što ih muči, brine i zanima bez prekidanja (Lepper i dr. 1995).
Pružatelji zdravstvene skrbi, dakle, moraju voditi računa o tome da tijekom konzultacije osiguraju dovoljno vremena kako bi bolesnici mogli podijeliti sve važne informacije s njima, ali i kako bi kroz aktivno traženje povratne informacije saznali dodatne vrijedne informacije, od čega je u kontekstu ovog rada najvažnije je li bolesnik dobro razumio predloženu/dogovorenu intervenciju za poboljšanje adherencije.

Kako je u prethodnom poglavlju bilo riječi o prednosti koje zbog boljih vještina interpersonalne komunikacije imaju žene pružatelji zdravstvene skrbi, jednako tako ovdje valja napomenuti da su u sličnoj prednosti i žene u ulozi bolesnika. Zbog svojih, prirodno boljih, interpersonalnih vještina, istraživanja pokazuju kako žene postavljajući više pitanja traže više povratnih informacija koristeći

parafraziranje kako bi potvrdile da su razumjele, na kraju dobivaju općenito više informacija od svojih pružatelja zdravstvene skrbi u usporedbi s muškarcima (Roter i Hall 2006: 63-64).

Mada se radi o zanimljivu podatku, klinički ishodi ne pokazuju signifikantnost ovih nalaza, žene i muškarci podjednako obolijevaju i podjednako podliježu kroničnim bolestima pa je u Hrvatskoj još uvijek veća smrtnost od npr. kardiovaskularnih bolesti u žena nego u muškaraca (Ćorić, Erceg, Miler Knežević, Čukelj 2018: 4-6). Možemo zaključiti da ta inicijalna prednost ženama na kraju ne donosi opipljive rezultate u kontekstu zdravstvenih ishoda.
Jednako kao i ostali odabrani elementi interpersonalne komunikacije, i povratna informacija bit će predmetom istraživanja te će biti reprezentirana kroz tri tvrdnje u upitniku za pružatelje zdravstvene skrbi. Time će se dobiti uvid u percepciju pružatelja zdravstvene skrbi o vrijednosti ove tehnike interpersonalne komunikacije.

2.6. Shvaćanje interpersonalne komunikacije kao vještine

Postoje razni načini na koje se može promatrati i analizirati interpersonalna komunikacija. U kontekstu ovog rada vrijedno je promotriti interpersonalnu komunikaciju kao vještinu. Taj način shvaćanja interpersonalne komunikacije seže u šezdesete godine prošlog stoljeća, a započinje idejom da postoje paralele koje se mogu povući između socijalnih i mehaničkih vještina. Prava vrijednost toga koncepta leži u riječima jednog od ključnih znanstvenika koji je radio na tom polju i koji je tu ideju razradio do onoga kako je shvaćamo danas; socijalnog psihologa Michaela Argylea, koji naglašava da pogled na socijalno/interpersonalno ponašanje kao vještinu implicira mogućnosti da se (jer se radi o vještini) na toj vještini može raditi u svrhu unapređenja (Hargie 2011: 473).

To znači da vještina interpersonalne komunikacije nije nešto urođeno, fiksno, determinirano i ograničeno, nego, ako se radi o vještini, da je podložna učenju, razvijanju, treniranju i na kraju unapređenju.
Prethodno je istaknuto kako je jedna od komponenti interpersonalne komunikacije – neverbalna komunikacija – općenito nešto bolja kod žena i na koji način im to potencijalno koristi. Međutim, to nije fiksna i konstantna razina vještine, ona se može i kod muškaraca i kod žena edukacijom,

vježbanjem i treningom poboljšati. Isto vrijedi i za druge aspekte interpersonalne komunikacije, važne za svakodnevni život i komunikaciju s bolesnicima.

Ključna obilježja interpersonalne vještine prema Hargie (2011: 10) navedena su niže.
Interpersonalna vještina jest:

- kontrolirana (od pojedinca/osobe)
- naučeno ponašanju koje se može poboljšati vježbom i povratnom informacijom
- sastavljena od integriranih i međusobno ovisnih verbalnih i neverbalnih segmenata
- svrhovita je i usmjerena cilju
- uglađena u izvedbi.

Već je navedeno da je u kontekstu ovog rada ključna činjenica da je interpersonalna vještina naučeno ponašanje i da se može unaprijediti, stoga je važno istaknuti četiri strategije za učenje i unapređenje vještina prema Zimmermanu (Hargie 2011: 10):

- **promatranje** – osoba pozorno promatra druge tijekom izvođenja određene vještine
- **oponašanje** – u ovoj fazi osoba je sposobna izvesti vještinu sličnu prethodno viđenoj
- **samokontrola** – u ovoj fazi dolazi do napretka i svladavanja vještine na temelju višekratna ponavljanja
- **samoregulacija** – posljednja faza u kojoj se osoba vješto koristi vještinom u različitim kontekstima.

Ovo su strategije kojima se pojedinci mogu koristiti kako bi poboljšali bilo koju vještinu, ne samo interpersonalnu, a pružateljima zdravstvene skrbi može biti putokaz kako unaprijediti svoje vještine ključne za uspješnu komunikaciju s bolesnicima.

Još je uvijek neodgovoreno pitanje, na koje će se ovim radom i istraživanjem pokušati odgovoriti, postoji li među pružateljima zdravstvene skrbi u Hrvatskoj percepcija interpersonalne komunikacije kao vještine koja se može unaprijediti edukacijom i treningom. Profesori Đorđević i Braš (2011: 1) u prvom poglavlju svoje knjige *Komunikacija u medicini* naglašavaju upravo ovaj aspekt interpersonalne komunikacije: „Iskustvo ili talent nisu dovoljni za osiguravanje optimalne komunikacije liječnik – bolesnik – obitelj. Postoje oni koji su više ili manje talentirani, vještiji ili manje vješti u komunikaciji, ali ohrabruje što se učenjem može postati bolji komunikator u

medicini.“ Dakle, ovaj pogled i percepcija interpersonalne komunikacije kao nečega fleksibilnog, podložnog nadogradnji učenjem i vježbom važan je za svakog pružatelja zdravstvene skrbi i posljedično uspješnost liječenja jer upravo je to često prepreka uspješnom procesu liječenja (Đorđević i Braš 2011: 25).

Dodatno, vrijedi naglasiti da je za uspješno svladavanje ili unapređenje neke vještine potrebno najprije prijeći iz stanja nesvjesne nekompetencije u stanje svjesne nekompetencije, a tek zatim može slijediti nadogradnja i unapređenje bilo koje vještine, pa tako i interpersonalne komunikacije (Hargie 2011: 7).

Istraživanje objavljeno 2019. (Gongola i dr.) na uzorku liječnika obiteljske medicine pokazuje da liječnici obiteljske medicine smatraju kako edukacija povoljno utječe na interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom. Iz ovog nalaza može se pretpostaviti da će liječnici obiteljske medicine, ali i druge skupine pružatelja zdravstvene skrbi koji će biti obuhvaćeni istraživanjem, potvrditi postojanje percepcije interpersonalne komunikacije kao vještine. Taj nalaz predstavljao bi temelj budućeg unapređenja određenih kategorija interpersonalne komunikacije, a koje su se slijedom prikazanog pregleda teorije pokazali kao važni za učinkovitu interpersonalnu komunikaciju.

2.7. Persuazija

Interpersonalna persuazija jest pokušaj promjene nečijeg stava, mišljenja, osjećaja ili aktivnosti, a pritom može doći i do promjene/prilagodbe vlastitog stava (Reardon 1998: 13-27).

Persuazija je jedan od najčešćih ciljeva komunikacije, a neki autori idu tako daleko da tvrde da je svaka komunikacija persuazivnoga karaktera te da ima neke elemente utjecanja na druge (Benoit W. i Benoit P. 2008).

Persuaziju smatramo uspješnom kada primatelj poruke izmijeni/prilagodi svoj stav. Postoji više različitih modela koji opisuju proces ostvarivanja utjecaja, pa tako Cameron (2009) navodi 15 teorija i modela persuazije koji su primjenjivi na proces persuazije u kontekstu bolesnik – pružatelj zdravstvene skrbi U kontekstu ovog rada, najrelevantniji su kognitivni modeli vjerojatnosti i elaboracije[4] i heuristično-sustavni model[5] jer pretpostavljaju postojanje dvaju puteva promjene stava

[4] Model vjerojatnosti i elaboracije (MVE) razvijaju dvojica socijalnih psihologa, Richard Petty i John Cacioppo, osamdesetih godina prošlog stoljeća. Model se fokusira na misli primatelja poruke i odabir centralnog ili perifernog

i određuju uvjete pod kojima će se koji od njih koristiti. Putevi promjene stava jesu centralni ili sustavni (snagom argumenata, kognitivni put) i periferni ili heuristički (utjecaj vanjskih čimbenika kao što su: privlačnost ili kredibilitet izvora poruke te naučeni mentalni prečaci koji omogućuju donošenje odluka na temelju iskustva i vjerovanja) (Miller 2005: 127-133).

Način na koji bolesnici donose odluke u vezi svog liječenja upravo su najbolje opisani ovim modelima jer na odluku utječe, osim same poruke i informacije o bolesti i liječenju (centralni ili sustavni put), i sam izvor poruke, u ovom slučaju pružatelj zdravstvene skrbi koji zbog svojih komunikacijskih vještina, empatije i znanja može biti privlačan i kredibilan izvor i stoga djelovati na promjenu stava (Gongola i dr. 2019). Kada govorimo o heuristikama, mentalnim prečacima koje omogućuju donošenje odluka bez detaljnije analize izrečenog sadržaja, u kontekstu zdravstva česta je heuristika „ekspertima/stručnjacima se može/treba vjerovati“ (Miller 2005: 133).

Tri su važne kategorije primatelja persuazivne poruke koje značajno mogu utjecati na uspješnost persuazije, a to su angažman, motivacija i sposobnost (Benoit W. i Benoit P. 2008: 24-25). Ako je primatelj poruke angažiran (tema persuazivne poruke mu je važna), motiviran (pronalazi/ima razloga za aktivnu/centralnu obradu informacija) i sposoban (ima uvjete, znanje, iskustvo i kognitivne kapacitete), veća je vjerojatnost da će primijeniti centralni put obrade informacija te na taj način stvoriti stavove koji su trajniji i otporniji na suprotne persuazivne poruke (Benoit W. i Benoit P. 2008: 24-35).

Tijekom obrade informacija kod primatelja se javljaju misli (spoznaje) koje mogu biti povoljne (slagati se s porukom) pa će rezultirati uspješnom persuazijom, tj. uvjeravanjem, ili nepovoljne (ne slagati se s primljenom porukom) pa će rezultat persuazije biti negativan, tj. primatelj persuazivne poruke neće biti uvjeren. Za uspješnu persuaziju potrebno je da se kod primatelja javi više pozitivnih misli. Na broj i valenciju[6] misli primatelja pozitivno utječe, osim već navedenih, angažmana, motivacije i sposobnosti, i vjerodostojnost izvora. Vjerodostojan izvor povećava broj pozitivnih misli primatelja persuazivne poruke te smanjuje motivaciju primatelja da preispituje

puta persuazije. Model pretpostavlja da će stavovi doneseni centralnim putem biti otporniji i ustrajniji na promjene te da su osobe sklonije donositi odluke centralnim putem ako su angažirane i motivirane.

[5] Heuristično-sustavni model (HSM) razvija američka socijalna psihologinja Shelly Chaiken, u gotovo isto vrijeme kada Petty i Cacioppo MVE model, kojem je u svojoj osnovi vrlo sličan. HSM također pretpostavlja postojanje dvaju različitih putova persuazije, ali naglašava da se oni uvijek odvijaju istovremeno.

[6] Primarna karakteristika prema kojoj je neka poruka povoljna ili nepovoljna.

primljenu poruku, a sve navedeno djeluje pozitivno na ishod persuazivnog procesa (Benoit W. i Benoit P. 2008: 24-35).

Ako sve navedeno analiziramo u kontekstu interpersonalne komunikacije/persuazije na relaciji bolesnik – pružatelj zdravstvene skrbi, važno je naglasiti da je vjerodostojnost pružatelja zdravstvene skrbi kategorija koja je ključna za uspješnu persuaziju.
Pod pretpostavkom da je bolesnik angažiran unaprijediti svoju zdravstvenu situaciju te da je sposoban slušati (izostanak umora, stresa ili drugih faktora koji mogu poremetiti koncentraciju), vjerodostojan i stručan izvor će djelovati centralnim putem persuazije iznoseći činjenice, znanje i iskustvo, ali i perifernim putem persuazije koji ostvaruje kroz svoju poziciju stručnjaka kojoj pridonose svi simboli (izgled ordinacije/ljekarne, diplome i certifikati na zidovima, knjige, vodiči/stručni priručnici na stolu, dijagnostička/terapijska oprema u prostoru, radna odora) koji u procesu semioze utječu na ostvarenje spomenute heuristike „stručnjacima treba vjerovati“. Ovisno o primatelju poruke i njegovim sklonostima, u ovoj situaciji kod osoba kod kojih je intenzivnija potreba za spoznajom može doći do porasta motivacije za centralnom obradom informacija ili kod osoba koje nemaju tako izraženu potrebu/kapacitete za spoznajom može doći do pada motivacije za prihvaćanjem suprotne poruke, u svakom slučaju ovaj proces persuazije ima veliku vjerojatnost za uspjeh ako se pružatelji zdravstvene skrbi svjesno koriste svojom pozicijom vjerodostojnog izvora. Jedan od ciljeva ovoga rada jest povećanje svjesnosti o važnosti i ulozi persuazije u procesu interpersonalne komunikacije s bolesnikom, a u svrhu pozitivnog utjecaja na uzimanje propisane terapije i promjene životnih navika.

Detaljnim raščlanjivanjem procesa persuazije Benoit W. i Benoit P. (2008: 8-11) dolaze do zaključka da persuazija ima četiri osnovne komponente:

- Persuazija ima svoj cilj.

Za ostvarenje cilja potrebno je pravilno odabrati primatelje persuazivne poruke koji imaju kapacitet prihvatiti te djelovati na temelju prihvaćene poruke.

- Persuazija je proces.

Kao i druge vrste komunikacije, i persuazivna komunikacija ima svog pošiljatelja/izvor, tj. uvjeravatelja koji odašilje persuazivnu poruku, te primatelja poruke.

- Uključuje ljude.

- Djeluje na stavove (stvara ih, mijenja ili jača).

Za razumijevanje persuazije, ključno je razumijevanje stava. „Stav je spoznaja koja se razvija kroz iskustvo, može se procjenjivati i utječe na ponašanje.“ (Benoit W. i Benoit P. 2008: 10). Stavovi se sastoje od uvjerenja (u načelu provjerljiva činjenica, opis svijeta, ljudi i odnosa među njima, uglavnom objektivna komponenta stavova) i vrijednosnih sudova (sud o vrijednosti nečega, subjektivna komponenta stavova). Promjena nečijeg stava može se postići utjecajem na uvjerenje ili vrijednosni sud, ne oboje.

Tablica 1. Primjer uvjerenja, vrijednosnog suda i stava (izvor: autorica)

UVJERENJE	Pušenje nekoliko cigareta na dan nije opasno po zdravlje.
VRIJEDNOSNI SUD	Pušenje cigarete daje mi priliku za kratak predah i relaksaciju.
STAV	Pozitivan stav prema nastavku pušenja.

U ovom primjeru pružatelj zdravstvene skrbi koji želi persuazivno djelovati kako bi uvjerio pacijenta da prestane pušiti treba odabrati jednu od persuazivnih tehnika i djelovati ili na uvjerenje da pušenje nije opasno po zdravlje (iznošenjem podataka, statistika u kombinaciji sa svojim autoritetom stručnjaka) ili na vrijednosni sud (djelovanjem na percepciju pušenja kao nečega relaksirajućeg, predlažući druge atraktivne načine za kraće relaksacije u danu).

Za razumijevanje kompleksnosti stavova važno je napomenuti da se stavovi uglavnom sastoje od niza parova uvjerenje/vrijednosni sud od kojih su neki negativni, a neki pozitivni. Konačni će stav stoga ovisiti je li više parova uvjerenje/vrijednosni sud pozitivnih ili negativnih. Ovo je važno imati na umu ako postoji namjera za persuazivnom promjenom nekog stava, što znači da će pošiljatelj poruke morati djelovati na više uvjerenja ili vrijednosnih sudova kako bi na kraju konkretnije utjecao na nečiji stav, te potencijalno raditi na dodavanju novih parova uvjerenje/vrijednosni sud (Benoit W. i Benoit P. 2008: 11-14).

Poznavanje prirode stava i komponenata na koje se može potencijalno djelovati s ciljem persuazije osnova je ovog procesa te je za pružatelje zdravstvene skrbi ključno znati razlučiti uvjerenje i vrijednosni sud nekog stava o bolesti, terapiji i sl. kako bi na taj stav mogao najučinkovitije

djelovati. U radu s bolesnicima često se javljaju jednaki/slični stavovi što pružatelju zdravstvene skrbi može olakšati izbor argumenata i tehnika za uspješno persuazivno djelovanje. Npr. česti pogrešni stavovi oboljelih od dijabetesa tipa 2 jesu da je uzimanje inzulina opasno, bolno, da ga je potrebno izbjeći i odgoditi te da vodi u progresiju bolesti i veću pojavnost neželjenih reakcija (Brod, Alolga, Meneghini 2014). Poznavanjem ovih informacija iz literature i prakse može se olakšati pružateljima zdravstvene skrbi da odaberu pravi pristup kako bi takve stavove bolesnika promijenili.

Postoji niz tehnika koje se u tu svrhu mogu koristiti. Pratkanis (2007) identificirao je i opisao 107 taktika socijalnog utjecanja i 18 tehnika za zadobivanje kredibiliteta, ukupno 125 tehnika koje su u svojoj osnovi tehnike persuazije. Autor taktike dijeli u četiri kategorije koje odgovaraju ciljevima komunikacije po klasičnoj retoričkoj teoriji:

1. stvoriti povoljno **okružje** (pre-persuazija ili tzv. *landscaping*) – proces preuzimanja kontrole nad situacijom kako bi se stvorila povoljna klima za ostvarenje utjecaja, postupak koji može prethoditi persuazivnoj poruci, ali i postupak koji se može odvijati u kontinuitetu
2. izgraditi **odnos** s primateljima/slušačima (kredibilitet) – govornik se mora nametnuti kao autoritet da bi uvjerljivo mogao prenijeti poruku. Istraživanja pokazuju da govornikov kredibilitet može imati korijen u tome što je: stručnjak, autoritet, pouzdan, fizički atraktivan, sličan publici, dopadljiv, visokoga socijalnog statusa i/ili pripadnik određene grupe.
3. **uvjerljivo** prezentirati poruku – poruku je potrebno tako oblikovati i prezentirati da fokusira pažnju i kognitivnu aktivnost slušatelja točno na ono na što govornik želi
4. koristiti se **emocijama** u svrhu uvjeravanja – sve navedeno treba u slušatelju pobuditi određene emocije, a govornik treba nakon toga ponuditi način na koji se nositi s tim emocijama koji je usklađen s ciljem uvjeravanja (Pratkanis 2007: 6-7).

Primjenom ovih četiriju kategorija na situaciju interpersonalne komunikacije, tj. interpersonalne persuazije na relaciji bolesnik – pružatelj zdravstvene skrbi dolazi se do sljedećeg zaključka:

1. **stvaranje povoljnog okružja** – pružatelj zdravstvene skrbi može se koristiti raznim tehnikama kako bi ostvario ovaj prvi korak i pripremio bolesnika na persuazivnu poruku koja slijedi. Prema Pratkanisu (2007: 7-30) u ovoj kategoriji postoji 26 tehnika kojima se može „pripremiti teren“, navesti bolesnika da lakše prihvati, odabere, usuglasi se s predloženom

dijagnostičkom ili terapijskom opcijom, intervencijom za poboljšanje adherencije itd. Mnoge od navedenih tehnika primjenjive su i u ovom kontekstu i navedene kako slijedi:

- **etiketiranje** – označavanje teme na način da usmjerava razmišljanje u željenu smjeru (Pratkanis 2007: 12), važno je npr. kod prvoga komuniciranja dijagnoze bolesniku, pogotovo onih dijagnoza za koje postoje ukorijenjene predrasude, koje su „u narodu" percipirane kao loše, konačne, zajamčeno lošeg ishoda ili koje sa sobom nose određenu stigmu kakve su psihijatrijske dijagnoze, infekcija virusom HIV-a itd. Korištenjem ove tehnike liječnik može u startu određenu dijagnozu etiketirati na poželjan način, na onaj način koji će omogućiti da se misli bolesnika usmjere u željenu smjeru koji više korespondira s objektivnim stanjem stvari od postojećih predrasuda.
- **asocijacija** – povezivanje teme s drugim pozitivnim ili negativnim iskustvom (Pratkanis 2007: 13), tehnika posebno bitna kod dobro razvijenih odnosa, kada se trenutačna situacija može povezati s već postojećim dobrim iskustvom bolesnika.
- **promjena značenja kategorije** – mijenja značenje ciljane jedinice te kategorije, pokazivanje pozitivnog mišljenja i iskustva s određenom kategorijom za koju se može pretpostaviti ili za koju se zna da je kategorizirana kao loša (Pratkanis 2007: 13) – npr. kategorija „cijepljenje" kako bi bolesnika motivirao na cijepljenje protiv gripe jer spada u ugroženu skupinu.
- **određivanje očekivanja** – postavlja se novo mjerilo i modelira se interpretacija i percepcija za budućnost (Pratkanis 2007: 14), tehnika posebno važna kad je zdravlje i ozdravljenje u pitanju u kontekstu zatečenog stanja prema onomu što je realno liječenjem moguće postići, na taj se način bolesniku može otvoriti nova perspektiva ili optimizirati očekivanja ako su ona bila nerealna kako bi se izbjeglo buduće razočaranje postignutim ishodima.
- **limitiranje i kontroliranje broja izbora i opcija** – svođenje izbora na onaj za koji izvor želi da bude izabran i drugi manje atraktivan izbor, kako bi se primatelju poruke ostavio dojam autonomije i mogućnost izbora (Pratkanis 2007: 15). Danas je postojanje različitih terapijskih i dijagnostičkih opcija vrlo često, npr. za liječenje hipertenzije danas postoji pet osnovnih skupina lijekova, unutar svake skupine više

molekula, a za svaku molekulu čak desetci različitih proizvođača/brandova. Predstavljanje svih tih opcija bilo bi kontraproduktivno, ali sužavanje opcija na dvije ili tri najbolje za bolesnika i nuđenje tih opcija kako bi se u konačnici bolesniku omogućila aktivna participacija i na kraju motivacija zasigurno je valjana opcija.

- **kontroliranje raspona i značenja odgovora** – smanjivanjem ili povećavanjem raspona izvor može upravljati odgovorom (Pratkanis 2007: 16) npr. ako se pružatelj zdravstvene skrbi želi dogovoriti s bolesnikom da izgubi 5 kilograma, do dogovora će doći lakše ako mu sugerira gubitak između 5 i 10 kilograma nego gubitak 1 do 10 kilograma.
- **valencija *framinga*** – tehnika koja počiva na činjenici da ljudi ne vole gubitke, odnosno vole dobitke (Pratkanis 2007: 16). Ova tehnika dovodi do odabira aktivnosti koja će spriječiti gubitak nečega, prije nego aktivnosti koja će dovesti do dobitka nečega, npr. istraživanja pokazuju (Meyerowitz i Chaiken 1987) da su žene provodile više samopregleda dojki nakon što su dobile letak koji govori o negativnim posljedicama nevršenja samopregleda, nego kad su dobile letak koji je govorio o pozitivnim posljedicama samopregleda.

  Međutim, kasnija istraživanja (Sherman, Uskul i Updegraff 2011) dovode u fokus i individualne različitosti svakog bolesnika jer su neki bolesnici više orijentirani sprečavanju gubitka (pripadnici kolektivističkih kultura), a neki su ipak više orijentirani dobitku (pripadnici individualističkih kultura, npr. Europljani), pa u skladu s tim treba i oblikovati poruku kako bi postigla najbolji učinak.

  Služeći se ovom tehnikom, a vođeni istraživanjima koja stratificiraju bolesnike prema kulturnim razlikama, dolazimo do preporuke da bi za bolesnike u Hrvatskoj ova tehnika bila najučinkovitija ako bi se bolesnicima prezentirao **dobitak** koji je izvjestan ako se slijedi uputa, npr. ako nastavimo s primjerom iz prethodne tehnike, liječnik bi mogao sugerirati bolesniku da bi taj gubitak od 5 kilograma pozitivno djelovao na smanjenje bolova u zglobovima.
- **određivanje kriterija za donošenje odluke** – odluka će se donijeti o onome što se prezentira kao bitno i vrijedno donošenja odluke, tj. po onome što se odredi kao kriterij (Pratkanis 2007: 18) npr. liječnik može prezentirati bolesniku da je gubitak

kilograma jedini prihvatljiv kriterij, jedina opcija, a bolesnik onda može sam predložiti koliko kilograma u kojem razdoblju mu je prihvatljivo i realno ostvarivo.

- **agenda *setting*** – određivanje tema o kojima će biti govora, jedna od tehnika preuzetih iz masovne komunikacije i medija, prezentiranjem određenih, odabranih tema stvara se ozračje da su isključivo te teme bitne (Pratkanis 2007: 18-19).
- **mamac** – tehnika koja uključuje prezentiranje nepovoljne opcije koja zbog toga sigurno neće biti odabrana (Pratkanis 2007: 19), postavljanje izbora između posljedica neliječenja i prihvaćanja ponuđene terapijske opcije.
- **fantom** – tehnika koja uključuje potencijalno najbolju opciju koja u tom trenutku nije dostupna, zbog čega može biti odabrana iduća najbolja, dostupna opcija (Pratkanis 2007: 19), npr. informiranje bolesnika o postojanju neke nove terapijske opcije koja je tek razvijena i dostupna u svijetu na koju mora čekati, ali do tada može održati ili poboljšati svoje zdravstveno stanje trenutno dostupnim terapijskim opcijama.
- **omogućavanje povoljnije usporedbe** – tehnika uključuje isticanje točno određenih opcija, dok se druge opcije zanemaruju (Pratkanis 2007: 20) npr. nespominjanje manje uspješnih, starijih ili zastarjelih terapijskih opcija iako su i dalje dostupne.
- **metafora** – tehnika koja omogućuje vezivanje postojeće situacije uz nešto što ima pozitivnu ili negativnu konotaciju, ovisno o cilju koji se želi postići (Pratkanis 2007: 22) npr. ako se vratimo na raniji primjer bolesnika koji treba smršavjeti kako bi bolovi u zglobovima bili podnošljiviji, liječnik se može poslužiti sportskom metaforom ako poznaje bolesnika i raspolaže informacijom da aktivno i strastveno prati sport: „Ako smršavite tih 10 kilograma, ne samo da će vas zglobovi manje boljeti, nego ćete trčati za unucima kao Usain Bolt!“
- ***story telling*** – tehnika koja omogućuje slijeđenje strukture priče te upravlja evaluacijom i izborom na tragu priče po načelu uzrok – posljedica (Pratkanis 2007: 22-23) npr. istraživanja pokazuju (Slusher i Andreson 1996) da bolji edukativni karakter imaju činjenice inkorporirane u priču od iznošenja čistih statističkih podataka; u ovome konkretnom istraživanju radilo se o edukaciji o prenošenju HIV-a (virus humane imunodeficijencije).
- **pitanja koja navode na mišljenje** – tehnika koja podrazumijeva postavljanje pitanja na način da se upravlja dobivenim informacijama te implicira određena rješenja

(Pratkanis 2007: 23) npr. pitanja koja bolesnika navode na željene odgovore: „Sigurno želite izgubiti te kilograme, zar ne? Vjerujem da bi Vam manje bolova u zglobovima olakšalo šetnje s unucima?“

- **taktika projekcije** – vrsta tehnike aluzije koja podrazumijeva projekciju određenih karakteristika na drugu osobu (Pratkanis 2007: 24) npr. „Vi ste uvijek bili uspješni u svemu što ste odlučili napraviti, pravi sportski duh, zato ne vidim razloga zašto sad ne biste mogli smršavjeti tih pet kilograma?“
- **perspektiva** – tehnika koja podrazumijeva širenje pogleda, tj. perspektive slušatelja, tehnika pogodna za korištenje kako bi se bolesnika educiralo (Pratkanis 2007: 24-25) npr. informiranje bolesnika o svemu što je važno kako bi se bolest regulirala/izliječila, širenje perspektive od pretpostavke da je važno samo jedno (piti lijekove i redovito ići na kontrolne preglede) na sveoubuhvatnost skrbi (redovita fizička aktivnost i pravilna prehrana).
- **tehnika nepristranosti** – tehnika koja uključuje sagledavanje svih i potencijalnih opcija, hipoteza, alternativa kako bi se spriječilo preuranjeno donošenje odluke, kao i tehnika perspektive (Pratkanis 2007: 25), i ova je tehnika pogodna za korištenje kada je potrebno bolesnika educirati prije donošenja odluke, pogotovo u situacijama kada bolesnici pod utjecajem informacija koje su saznali od drugih osoba, koje nisu stručnjaci u tom području, ili na internetu, dolaze na konzultacije s unaprijed formiranim mišljenjem.
- ***Fait accompli*** – tehnika koja podrazumijeva stvaranje ozračja da je sve završeno i da se više ništa ne može učiniti te da valja prihvatiti određeno stanje (Pratkanis 2007: 30), tehnika koja može biti korištena kako bi se bolesnika odvratilo od ignoriranja određenih činjenica, npr. kad liječnik „prihvati“ bolesnikovu odluku da ne liječi određenu bolest i detaljno mu opiše sve što će se događati kao posljedica te odluke.

2. **Izgradnja odnosa kroz demonstraciju kredibiliteta** (Pratkanis 2007: 30-53) – ovaj je drugi korak za pružatelja zdravstvene skrbi najlakši jer je sama scena ordinacije/ljekarne, službena odora te drugi simboli kredibiliteta, kao što je medicinska oprema i pomagala koja okružuje onoga koji šalje persuazivnu poruku, pridonosi izgradnji kredibiliteta uz standardne iskaze autoriteta kao što je stručno znanje i iskustvo.

Kredibilitet se dodatno može ojačati određenim tehnikama kao što su demonstracija empatije, topline i iskrenosti, izrazi simpatije, slaganja i pohvala (Haskard Zolnierek i DiMatteo 2009; Stewart i dr. 1999; Tallman i dr. 2007) usluga, proksemija (Hall i Gunnery 2013: 639-669) i dijeljenje osobnih iskustava / osobnih informacija u svrhu identifikacije s bolesnikom i stvaranja povezanosti (Tallman i dr. 2007). Mnoge od navedenih tehnika dokazano su vrijedne i učinkovite tijekom interpersonalne komunikacije bolesnika s pružateljem zdravstvene skrbi.

3. **Uvjerljivo prezentiranje poruke** (Pratkanis 2007: 54-74) – u medicini je ova kategorija osobito važna. Kao i kod prethodno iznesenih kategorija, i ovdje postoji niz tehnika koje se mogu koristiti u svrhu što uvjerljivijeg prezentiranja poruke, a neke od tehnika jesu:

    - **samogenerirana persuazija** – situacija kada osoba sama generira argumente (Pratkanis 2007: 55), bolesnik može, potaknut informacijama dobivenima od pružatelja zdravstvene skrbi, imati potrebu i želju samog sebe uvjeriti u potrebu određenih aktivnosti. Pružatelj zdravstvene skrbi u toj situaciji može dodatnim informacijama, usmjeravanjem i predlaganjem određenih, provjerenih, strategija facilitirati i katalizirati taj proces.
    - **imaginacija** – tehnika u kojoj se zamišlja određeni ishod dovodi do učinkovitije persuazije nego kada se samo govori o tom istom ishodu (Pratkanis 2007: 56), tehnika koju pružatelji zdravstvene skrbi mogu koristiti u situacijama kada je potrebna velika investicija bolesnika kako bi unaprijedio svoje zdravstveno stanje davanjem konkretne slike potencijalnih pozitivnih ishoda u budućnosti.
    - **propuštanje verbalizacije zaključku** – u situacijama kada je osoba u startu motivirana, propuštanje verbalizacije konkretnog zaključka rezultira boljom persuazijom (Pratkanis 2007: 56-57). Izricanjem finalnog zaključka bolesnik postaje dodatno motiviranim jer je do zaključka/rješenja došao sam.
    - **retorička pitanja** – tehnika rezultira intenzivnijim procesuiranjem sadržaja poruke, što dovodi do jače persuazije kada je poruka jaka (Pratkanis 2007: 57) npr. „Pitam se što bi Vam sve bilo lakše obaviti i stići kad bi izgubili tih deset kilograma viška?“

- ***pique* tehnika** – tehnika počiva na postavljanju neobična pitanja/zahtjeva, što rezultira jačim interesom i intenzivnijim kognitivnim procesima, te na kraju jačom persuazijom, u inicijalnoj fazi može biti popraćena povećanim brojem pitanja kako bi se taj neobični zahtjev razumio (Pratkanis 2007: 57) npr. „Jeste li spremni čuvati jednu tajnu iduća dva mjeseca? Dati ću Vam preporuke za prehranu, a Vi nemojte nikome reći za naš dogovor oko mršavljenja…“
- **odgovarajuća poruka** – tehnika podrazumijeva povezivanje postojećih vjerovanja, iskustava i znanja slušača s izrečenom porukom (Pratkanis 2007: 60) npr. „Znam da ste uvijek aktivno živjeli i bili sportaš, sjećam se kako ste mi pričali koliko ste uživali u nogometu s prijateljima. Višak kilograma Vam je oduzeo te užitke, vjerujem da Vi to možete preokrenuti!“
- **poništavanje prigovora** – ova tehnika podrazumijeva da govornik predstavi i pobije prigovor prije negoli se sam prigovor ukaže (Pratkanis 2007: 63) tehnika koju pružatelji zdravstvene skrbi mogu koristiti kod npr. sugestija za promjene životnih navika kao što je prestanak pušenja ili više kretanja koje su često dočekane s prigovorima: „Znam da ćete reći da je to nemoguće, da ne vidite načina na koji bi mogli prestati pušiti.“
- **priznavanje beznačajnog doprinosa** – tehnika podrazumijeva odavanje priznanja za najmanji doprinos, najmanju aktivnost, najmanji pomak u pravom smjeru (Pratkanis 2007: 63), tehnika koju pružatelji zdravstvene skrbi mogu koristiti u početku kada bolesnici naprave prve pomake u pravom smjeru, npr. „Šetnja do parka je sjajan napredak, bravo! Što kažete da sad tu rutu produžite još 500 metara?“
- **efekt negativnosti** – tehnika počiva na prirodnoj sklonosti povećanja zanimanja za negativne informacije prema onima pozitivnima (Pratkanis 2007: 64) npr. „Sjećate li se kako je gripa bila opasna lani, oboljelo je više građana nego u posljednjih deset godina, uglavnom onih koji se nisu cijepili.“
- **duljina poruke = snaga poruke** – ako je motivacija slabija, dulja poruka s više argumenata može donijeti bolji učinak uvjeravanja (Pratkanis 2007: 65), npr. bolesnik koji se prvi put susreće s arterijskom hipertenzijom može biti sklon u potpunosti zanemariti bolest i liječenje zbog minimalnih tegoba i minimalne motivacije. Detaljnim informiranjem bolesnika o svim posljedicama neliječene

arterijske hipertenzije, pozitivnim učincima i jednostavnosti liječenja bolesnik može postati snažnije motiviran, uvjeren da je prihvaćanje sugestija liječnika povoljnija opcija.

- **živopisni apeli** – tehnika se temelji na porukama koje su emocionalno zanimljive, konkretne i slikovite te neposredne (Pratkanis 2007: 66) npr. „Čim se smanje bolovi, Vi ćete moći sve što volite, šetnje s unucima, nogomet s prijateljima, a vjerujem da će Vam i planinarenje opet biti opcija!“
- **načuti informaciju** – tehnika se temelji na „slučajnom“ davanju informacija (o temi koju se smatra važnom); ako se neka informacija slučajno čuje/načuje može izazvati pozitivan učinak u kontekstu promjene mišljenja (Pratkanis 2007: 68), ova je tehnika najlakše izvediva ako pružatelji zdravstvene skrbi razgovaraju o temi bitnoj za bolesnika pred njim.
- **opetovano ponavljanje poruke** – tehnika se temelji na višekratnom ponavljanju poruke što povećava vjerodostojnost i prihvaćanje poruke (Pratkanis 2007: 70), tehnika kojom se pružatelji zdravstvene skrbi zasigurno često koriste i koja ima svoju vrijednost, ali zahtijeva velik broj ponavljanja.

4. **Korištenje emocija** (Pratkanis 2007: 75-98) temelji se na uporabi emocija samog primatelja persuazivne poruke kako bi se ostvario utjecaj; neke od emocija koje se mogu koristiti u persuaziji bolesnika jesu:

   - **strah** – jedna od najprepoznatijih persuazivnih tehnika, temelji se na povezivanju emocije straha s neželjenom posljedicom ili željenom akcijom koja omogućuje izbjegavanje negativne posljedice. Strah je koristan u persuaziji samo ako ga slijedi specifična i konkretna aktivnost za koju primatelj poruke smatra da ju je sposoban ispuniti (Pratkanis 2007: 63). Sam strah, bez nuđenja konkretne aktivnosti koja je provediva, dovodi do negiranja i izbjegavanja, ovo je često korištena tehnika u zdravstvenom kontekstu, važno je tehniku pravilo izvesti do kraja i bolesniku ponuditi jasnu strategiju koje se sposoban pridržavati (Soames 1988).
   - **krivnja** – tehnika se temelji na izazivanju osjećaja krivnje zbog nečega što se pogrešno učinilo ili propustilo učiniti, krivnju slijedi želja da se navedena situacija

popravi kako bi se popravilo samopoštovanje. Slično kao i kod straha, kada ne postoji opcija akcije koja je izvediva, i kod krivnje ako ne postoji aktivnost kojom se može povratiti osjećaj samopoštovanja, krivnja može prijeći u samoopravdavanje za propust (Pratkanis 2007: 68). Krivnja se može koristiti kao tehnika u zdravstvenom kontekstu na primjeru propuštanja prilike, vremena da se bude tu za bliske osobe. Pomanjkanjem skrbi za svoje zdravlje bolesnici aktivno skraćuju svoj životni vijek, uskraćujući bliske osobe vlastite prisutnosti u budućnosti.

- **komplimenti** – često korištena tehnika koja se temelji na davanju pozitivne povratne informacije, često korištena tehnika u zdravstvenom kontekstu kojom se nastoji valorizirati i učvrstiti poželjna ponašanja (Pratkanis 2007: 80), npr. „Bila bih jako sretna kad bi i drugi pacijenti tako redovito uzimali terapiju kao Vi!“
- **empatija** – tehnika koja se temelji na pobuđivanju emocije zabrinutosti za drugu osobu, čemu je prethodila svjesnost u svezi internog statusa te iste osobe (Pratkanis 2007: 81). Tehnika kojom se pružatelji zdravstvene skrbi često koriste kod bolesnika koji sami nisu svjesni ili iz nekoga drugog razloga propuštaju biti zabrinuti u određenoj po zdravlje i/ili život opasnoj situaciji.
- **uzajamnost** – tehnika koja počiva na dužničkom osjećaju koji se javlja nakon primitka neke usluge ili čina dobre volje, koja onda stimulira dužnika da uzvrati (Pratkanis 2007: 81). Tehnika kojom se pružatelji zdravstvene skrbi mogu poslužiti da motiviraju i pokrenu bolesnika, sumirajući npr. što su sve poduzeli da bi mu pomogli da ozdravi.
- **odbijanje – uzmak** – tehnika koja počiva na sljedećoj dinamici: najprije se od primatelja persuazivne poruke traži nešto veliko što biva odbijeno, zatim nešto malo što biva prihvaćeno češće nego da je to manje (aktivnost, usluga, djelo) bilo zatraženo odmah (Pratkanis 2007: 81). Radi se o klasičnoj pregovaračkoj tehnici, pružatelji zdravstvene skrbi mogu namjerno tražiti od bolesnika da uvede nekoliko različitih aktivnosti u svoju rutinu, kako bi kroz pregovore ostali fokusirani na onu koja je za toga specifičnog bolesnika presudna.
- **dogovor** – tehnika koja počiva na osjećaju obveze, koji se generira kod pojedinca na kojeg se persuazivno djeluje, nakon dogovora da će poduzeti određenu aktivnost. Tehnika koja počiva na prodajnom procesu, od bolesnika se traži da se obveže na

određeni dogovor, povećavajući time šansu da se održi dana riječ (Pratkanis 2007: 84).

- **noga u vratima** – tehnika koja počiva na slijedu od dva događanja; u prvom događaju traži se manja, a zatim u drugom veća konkretnija aktivnost, koja je od starta bila cilj persuazije (Pratkanis 2007: 85) npr. liječnik se može dogovoriti s bolesnikom da u određenim vremenskim intervalima mjeri krvni tlak i vodi evidenciju, a nakon tog inicijalnog dogovora tražiti da se redovito pije terapija, što je važnija i konkretnija aktivnost kod koje se želi i presudno je postići redovitost.
- **opravdanje vlastitog truda** – tehnika koja počiva na heuristici da će osoba više cijeniti rezultat za koji se više potrudila (Pratkanis 2007: 88) npr. pružatelji zdravstvene skrbi mogu se koristiti ovom tehnikom kada procijene da će bolesnik više cijeniti i redovitije uzimati terapiju ako lijek plaća ili doplaćuje jer se na taj način stvara dojam dodatnoga vlastitog truda i investicije.
- **efekt pitanje – ponašanje** – tehnika koja počiva na slijedu dvaju događanja; najprije se osobu pita kako predviđa namjeru da izvrši neku aktivnost, a zatim da izvrši tu aktivnost; osobe koje su svoju namjeru iskazale kao pozitivnu češće će izvršiti i samu aktivnost (Pratkanis 2007: 89), tehnika koju pružatelj zdravstvene skrbi mogu rabiti kada predlažu neku promjenu navike ili uvođenje nove aktivnosti. Ova je tehnika povezana sa socijalno-kognitivnim teorijama zdravstvenog ponašanja koje izdvajaju ponašajnu namjeru, namjeru da se u budućnosti ponaša na određeni način kao jednu od ključnih komponenti modela uvjerenja vezanih uza zdravlje (Rosenstock 1974).
- **samoafirmacija** – tehnika koja počiva na učvršćivanju osobnih vrijednosti kroz samoafirmacije kako bi suočenje s lošim vijestima bilo prihvaćeno konstruktivno, bez toga da prouzroči odbijanje ili ignoriranje (Pratkanis 2007: 90); važna tehnika za pružatelje zdravstvene skrbi u situacijama kada moraju bolesniku priopćiti loše vijesti, a ako je potrebno da iza toga osiguraju želju za daljnjom participacijom u određenim procesima (dijagnostičkim, terapijskim i sl.). Ova tehnika dosta je istraživana u zdravstvenom kontekstu; Sherman, Nelson i Steele (2000) istraživali su potencijal samoafirmacija kod davanja zdravstvenih informacija u vezi raka dojke i infekcije HIV-om i u oba su slučaja ispitanici koji su prošli afirmaciju reagirali pozitivnije na ponuđene zdravstvene informacije. Jednak učinak postigli su Armitage,

Harris, Hepton i Napper (2008) korištenjem samoafirmacije kako bi prebrodili defenzivno ponašanje i odbijanje edukativne kampanje usmjerene na prestanak pušenja.

- **samoefikasnost** – tehnika slična samoafirmaciji, koristi se u sličnim situacijama, tj. za izbjegavanje defenzivnog odgovora i negiranja, a na način da se učvrsti osjećaj samoefikasnosti i postigne promjena (rizičnog) ponašanja (Pratkanis 2007: 90). Ova tehnika počiva na socijalno-kognitivnoj teoriji Alberta Bandure te je često korištena tehnika u javnozdravstvenim akcijama za promicanje zdravije prehrane, prestanka pušenja i prekomjerne konzumacije alkohola, povećanja fizičke aktivnosti, prevenciju infekcije HIV-om (Stretcher, McEvoy De Vellis, Becker i Rosenstock 1986), prestanka ovisnosti, gubitka tjelesne težine itd. (Conner i Norman 1995).
- **oskudica** – tehnika koja počiva na heuristici da ljudi više cijene ono čega percipiraju da ima manje pa posjedovanje onoga što je rijetko pozitivno djeluje na pojedinca i njegov osjećaj samopoštovanja (Pratkanis 2007: 91), npr. objašnjavanje bolesniku kako je neka dijagnostička ili terapijska opcija rijetka i teško ju je dobiti / dugo se čeka može povećati motivaciju bolesnika da se odazove na predloženu opciju.
- **podsjećanje na slobodu izbora** – tehnika koja, kako joj ime kaže, počiva na podsjećanju osobe na koju se persuazivno djeluje da ima slobodu izabrati, da ima slobodu ne složiti se (Pratkanis 2007: 93). U zdravstvenom kontekstu ovo je važna tehnika jer je za sve involvirane u proces liječenja najbolje ako su svi, uključujući bolesnika, aktivni participanti i ako zajednički donose odluke.

Ovdje je naveden dio od 125 tehnika koje opisuje Pratkanis (2007), a koje potencijalno mogu pomoći pružateljima zdravstvene skrbi da persuazivno djeluju na bolesnike. Koja će tehnika biti odabrana ovisi o nizu čimbenika, o pošiljatelju poruke, primatelju, situaciji, uvjetima i cilju koji se želi postići. Iste tehnike ne mogu se odabrati u situaciji gdje se mlađu osobu u preddijabetesu nastoji nagovoriti na neku od higijensko-dijetetskih mjera ili u situaciji gdje se bolesniku treba priopćiti loša vijest da se maligna bolest vratila i nastojati ga nagovoriti na novi ciklus terapije gdje se mogu očekivati vrlo intenzivne i neugodne nuspojave.

Dakle, postoje mnoge taktike socijalnog utjecanja i tehnike za zadobivanje kredibiliteta. Robert Cialdini, jedan od najvećih autoriteta na polju persuazije ističe među svim persuazivnim načelima ovih šest kao najvažnije: uzajamnost, oskudica, autoritativnost, konzistentnost, sviđanje /simpatičnost i konsenzus (Cialdini 2007). Ta načela, prema Cialdiniju, donose najviše učinka, premda je jasno da postoje i dodatne taktike i tehnike koje, osim ovih šest, pružatelji zdravstvene skrbi trebaju uzeti u obzir jer su dokazano učinkoviti u ovoj specifičnoj vrsti interpersonalne komunikacije. Širok dijapazon taktika i tehnika omogućit će im individualizirani pristup s najboljim rezultatom.

Persuaziju je važno razlikovati od prisile i manipulacije u kontekstu interpersonalne komunikacije ili propagande u kontekstu masovnih medija. Prisila ima elemente prijetnje, tjera osobu da djeluje protivno svojem odabiru te lišava osobu autonomije i neovisna postupanja. S druge strane persuazija se odvija u dobrovoljnom kontekstu (Perloff 2010: 19). Distinkcija između persuazije i manipulacije nije tako očigledna, manipulacija je vrsta persuazije, ali namjere komunikatora nisu jasne, tj. prava je namjera skrivena i iskomunicirana na način da zavede ili obmane primatelja poruke. Laskanje, dodvoravanje ili lažna obećanja vrsta su manipulativnih persuazivnih poruka (Perloff 2010: 24). Dakle, ono što razlikuje persuaziju, dobronamjerno uvjeravanje, od manipulacije jest namjera. Kod persuazije namjera nikad nije da se nanese šteta osobi na koju se persuazivno utječe.

Zaključno, za persuaziju u zdravstvenom kontekstu primarno je ključna percepcija pružatelja zdravstvene skrbi, stoga je taj aspekt bio adekvatno adresiran upitnikom, te su rezultati dostupni u poglavlju 9. Pozitivna percepcija persuazivnih tehnika i persuazije kao takve nužna je kako bi njezina primjena bila odgovarajuća i dovela do željenih rezultata. Negativna percepcija persuazije kao procesa manipulacije i neadekvatnog utjecaja demotivirat će pružatelje zdravstvene skrbi da se educiraju te da primjenjuju persuazivne tehnike u svakodnevnom radu. Time se može propustiti značajna prilika za pozitivan utjecaj na pacijenta. Jednako tako, ograničena paleta potencijalnih tehnika koje pružatelji zdravstvene skrbi primjenjuju može limitirati uspjeh. Različite tehnike primjenjive su u različitim situacijama i s različitim osobnostima. Pozitivna percepcija persuazije, širok dijapazon korištenih tehnika i individualni pristup mogu značajno unaprijediti učinkovitost dobronamjernog uvjeravanja tijekom interpersonalne komunikacije na relaciji bolesnik – pružatelj zdravstvene skrbi.

2.8. Povezanost interpersonalne komunikacije i adherencije

Zadovoljstvo ljubaznošću liječnika može znatno doprinijeti oporavku bolesnika.
Hipokrat 400. g. p. n. e. (Hargie 2011: 3)

Kako navode Haynes i Dantes još 1987. godine (Haynes 2008), poboljšanje učinkovitosti intervencija za unapređenje adherencije može imati daleko veći učinak na zdravlje populacije nego bilo koje poboljšanje u specifičnim postupcima medicinskog liječenja, a isto naglašava i Svjetska zdravstvena organizacija (Sabaté 2003: 3). Ova je tvrdnja relevantna i danas. Više od trideset godina poslije, uz sve napretke u terapijskim opcijama, te tehnološki napredak, koji je olakšao bolesnicima i pružateljima zdravstvene skrbi praćenje uzimanja lijekova, adherencija je na jednako niskoj razini.

Adherencija nije sama sebi svrha, važan je ishod liječenja koji je snažno povezan s kvalitetnom i učinkovitom interpersonalnom komunikacijom pružatelja zdravstvene skrbi koju karakterizira: postavljanje pitanja i aktivno slušanje, pokazivanje zanimanja za sve bolesnikove probleme uključujući osjećaje i brige, detaljno davanje informacija kako bi bolesnik dobro razumio svoju situaciju i mogao aktivno participirati u donošenju odluka, poticanje bolesnika da pita sve što mu nije jasno ili ga dodatno zanima, postizanje dogovora u svezi daljnjih koraka u liječenju te davanje dodatnih pisanih materijala koji će pomoći bolesniku u praćenju dogovorenih preporuka (Stewart 1995).

Prema rezultatima metaanalize, koja je obuhvatila 63 istraživanja povezanosti adherencije i ishoda liječenja (DiMatteo, Giordani, Lepper, Croghan 2002), 26 % više bolesnika imat će dobar ishod liječenja ako su adherentni; taj postotak varira ovisno o vrsti bolesti, ali je u kontekstu ove disertacije važno naglasiti da je kod kroničnih bolesti kao što su hipertenzija, hiperkolesterolemija i dijabetes ta veza vrlo snažna i varira između 25 % i 30 %.

Jedan od većih pregleda intervencija za poboljšanje adherencije jest onaj Haynesa i suradnika. Oni su sistematizirali istraživanja efikasnosti pojedinih intervencija i njihov efekt na razinu adherencije i same ishode. Analizirali su 78 randomiziranih kliničkih istraživanja objavljenih u razdoblju od

1972. do 2006. godine (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald i Yao 2008). Većina analiziranih istraživanja (68) bavila se kroničnim bolestima (hipertenzija, hiperlipidemija, astma, KOPB, reumatoidni artritis, epilepsija, depresija, psihoza, shizofrenija, HIV, dijabetes, tuberkuloza, zatajivanje srca itd.), dok se preostali manji broj istraživanja bavio akutnim bolestima (infekcija *Helicobacter pylori*, sezonski alergijski rinitis, virusne i bakterijske infekcije, malarija itd.). Rezultati istraživanja pokazuju da je većina intervencija neuspješna u nastojanju da značajnije poboljša adherenciju i ishode (41 intervencija od 92 istraživane pokazuje poboljšanje adherencije), pogotovo kod kroničnih bolesti. Za kratkotrajne terapije, kod akutnih bolesti, veća razina adherencije može se postići jednostavnijim mjerama koje uključuju savjetovanje, pisanu preporuku s informacijama o važnosti uzimanja svih propisanih doza te pozivi telefonom. Kod kroničnih bolesti uspješnijim su se pokazale kompleksne strategije koje kombiniraju više različitih intervencija kao što su: pojednostavljenje režima doziranja, davanje dodatnih informacija kroz pisane materijale ili predavanja za bolesnike, savjetovanje bolesnika o bolesti, skrbi i adherenciji, davanje povratne informacije o adherenciji, telefonski podsjetnici, samokontrola određenih parametara kao što je arterijski krvni tlak, obiteljska terapija, psihološka pomoć, skupna potpora, potpora u kriznim situacijama itd.), uz napomenu da je bolesnike potrebno podupirati u nastojanjima da postanu i ostanu adherentni tijekom cijelog trajanja terapije (Haynes i dr. 2008). U kontekstu ove disertacije najvažniji zaključak navedena projekta jest osvrt autora na važnost interpersonalne komunikacije između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi: „ako postoji nešto zajedničko svemu ovome [uspješnim intervencijama za poboljšanje adherencije, op. a.], to je učestalija interakcija s bolesnicima uz fokus na adherenciju."

Ključno istraživanje na području utjecaja interpersonalne komunikacije na adherenciju provele su Haskard Zolnierek i DiMatteo[7] (2009). Ova metaanaliza obuhvatila je 127 istraživanja u razdoblju od 1949. do 2008. godine. Navedena istraživanja pokazuju da su adherencija bolesnika i dobre komunikacijske vještine liječnika u pozitivnoj korelaciji, tj. da su bolesnici čiji liječnici dobro komuniciraju 19 % adherentniji. U navedenoj metaanalizi kategorija „dobrog/učinkovitog komuniciranja" nije bila jedinstvena niti jednako mjerena. Sastojala se od nekoliko važnih elemenata kao što su: davanje jasnih informacija, provjeravanje razumijevanja i izražavanje empatije prema bolesniku (DiMatteo i dr. 2012).

[7] Prof. dr. sc. M. Robin DiMatteo američka je psihologinja koja se preko trideset godina bavi temama iz segmenta zdravstva s posebnim fokusom na interpersonalnu komunikaciju pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika u svrhu adherencije, objavila je 8 knjiga i preko 150 članaka, profesorica je na University of California, Riverside.

Koliko je 19 % povećanje adherencije bolesnika značajno govori i činjenica da neke od najrasprostranjenijih i najučinkovitijih metoda postizanja bolje adherencije bolesnika kao što je fiksna kombinacija lijekova, npr. antihipertenziva, dovodi do poboljšanja adherencije do 25 % (Jelaković, Željković, Laganović i Kuzmanić 2003).

Trening liječnika iz područja komunikacijskih vještina također je u pozitivnoj korelaciji s adherencijom bolesnika pa su bolesnici čiji su liječnici trenirani 12 % adherentniji (Haskard Zolnierek i DiMatteo 2009).
Ovaj nalaz usporediv je s istraživanjem provedenim 2016. godine u deset europskih zemalja (Clyne i dr. 2016), kojim je pokazano da su pružatelji primarne zdravstvene skrbi koji su trenirani skloniji provjeriti adherenciju bolesnika tijekom interpersonalne komunikacije. Međutim, najvažniji nalaz navedena istraživanja pokazuje kako je tek 50 % sudionika (liječnici primarne zdravstvene zaštite, medicinske sestre i ljekarnici) sklono provjeriti adherenciju bolesnika. Od svih navedenih skupina ljekarnici su odgovorima na upitnik pokazali da su se najmanje skloni posvetiti adherenciji tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnicima.
Ljekarnici spadaju u pružatelje zdravstvene skrbi koji su najdostupniji bolesnicima, educirani su detaljno u području farmakoterapije te je potencijal njihova djelovanja na adherenciju bolesnika velik. Potrebno je stoga detaljnije istražiti što je uzrok manjka sklonosti da započinju razgovor o adherenciji s bolesnikom. Jedno od mogućih objašnjenja jest manjak edukacije i treninga iz područja interpersonalne komunikacije, manjak saznanja o važnosti adresiranja te teme ili se radi o izazovima interpersonalne komunikacije na recepturi gdje manjka diskrecije, a smetnje u komunikaciji su mnogostruke. Upitnik koji je baza istraživanja ovog doktorata sadrži, između ostalih, identično pitanje postavljeno ispitanicima u deset europskih zemalja (Clyne i dr. 2016) (Pitam bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka?), pa će biti poučno usporediti podatke dobivene iz tog istraživanja s podacima dobivenima odgovorom ljekarnika u Hrvatskoj.

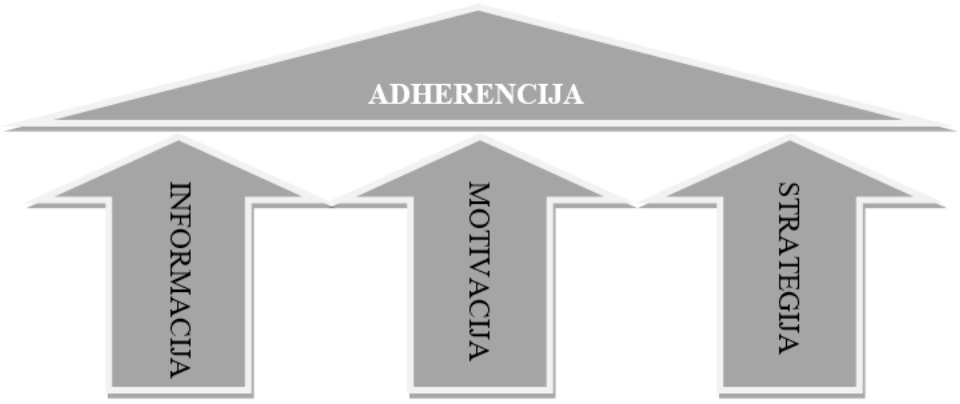
Efikasnost i učinak ulaganja u edukaciju i trening dobro ilustrira članak Steina i Kwana (1999.) koji su opisali učinak jednodnevnog treninga komunikacijskih vještina na preko 900 pružatelja zdravstvene skrbi, uglavnom liječnika, koji su tri mjeseca nakon provedene edukacije metodom samoprocjene procijenili da su se njihove vještine interpersonalne komunikacije poboljšale, jednako kao i kapaciteti da se nose s teškim i frustrirajućim razgovorima s bolesnicima. Postoji nekoliko

limitacija ovog istraživanja koje treba uzeti u obzir pri evaluaciji rezultata kao što su metoda samoprocjene, zatim nije se mjerio efekt na adherenciju ili ishode itd., međutim, može biti indikatorom što se sve može postići minimalnim ulaganjem u poboljšanje kapaciteta interpersonalne komunikacije pružatelja zdravstvene skrbi.

Iznesene činjenice koje govore o utjecaju interpersonalne komunikacije i treninga pružatelja zdravstvene skrbi na adherenciju govore u prilog tezi da je interpersonalna komunikacija ključna vještina za svakog pružatelja zdravstvene skrbi te da dobro razvijene vještine interpersonalne komunikacije djeluju komplementarno svakoj intervenciji za poboljšanje adherencije te joj poboljšavaju šanse za uspjeh. Ovo je prava vrijednost interpersonalne komunikacije u odnosu bolesnik – pružatelj zdravstvene skrbi. Ako se određenim elementima interpersonalne komunikacije smišljeno i ciljano koristi, interpersonalna komunikacija ima potencijal sinergijskog djelovanja s ostalim postupcima i intervencijama koje se koriste u svrhu poboljšanja adherencije.

Međutim, svakodnevni izazovi u radu s bolesnicima jesu mnogostruki, a vrijeme koje pružatelj zdravstvene skrbi ima na raspolaganju vrlo je ograničeno. Pružatelji zdravstvene skrbi moraju uzeti u obzir mnogobrojne faktore da bi interakcija s bolesnikom bila uspješna i plodna. Prema Ong i suradnicima (1995.), interakcija bolesnika s liječnikom ima tri različite svrhe: stvaranje dobrog odnosa (ovo je temeljna svrha koja se može smatrati preduvjetom dobre zdravstvene skrbi), razmjena informacija i dogovor oko liječenja. Kako bi se pružateljima zdravstvene skrbi omogućilo da maksimalno efikasno utječu na bolesnika u kontekstu adherencije uzevši u obzir ograničeno vrijeme koje im stoji na raspolaganju, DiMatteo, Haskard Zolnierek i Martin (2012.) su na osnovi provedenih istraživanja i metaanaliza ponudile jedinstven heuristički model na koji se pružatelji zdravstvene skrbi mogu osloniti u svakodnevnim interakcijama s bolesnikom. Model se sastoji od triju dijelova koji se međusobno nadopunjuju, prožimaju i ovise jedan o drugom.

Ovaj model uzima u obzir sve elemente interakcije između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi te nudi mogućnosti prilagodbe kako bi se osigurao individualni pristup svakom bolesniku. Model se sastoji od triju komponenata: informacija, motivacija i strategija (IMS), koje sinergijski djeluju prema poboljšanju bolesnikove adherencije, a za svaku je presudna vještina i dobro poznavanje interpersonalne komunikacije.



Slika 2. Shematski prikaz IMS modela adherencije (izvor: autorica prema DiMatteo i dr. 2012)

Prva komponenta modela jest informacija koja se sastoji od dvaju dijelova, prvi je sama informacija u vezi zdravlja (informacije su ključne da bi bolesnik mogao biti adherentan, osnovni i najvažniji izvor informacija o bolesti i liječenju za bolesnika su njegovi pružatelji zdravstvene skrbi), a druga je bolesnikov kapacitet da tu informaciju razumije, odnosno komponenta zdravstvene pismenosti. Ako bolesnik nema ispravne informacije ili nema dovoljno informacija ili ih je dobio, ali ih ne razumije, neće moći biti adherentan.

Analizom IMS modela (DiMatteo i dr. 2012) mogu se ekstrahirati četiri ključna čimbenika važna za uspješnost njegove prve komponente:

1. dati dovoljnu količinu informacija bolesnicima kako bi se osigurala željena razina informiranosti i bolje prisjećanje/pamćenje informacija (premalo informacija nepovoljno utječe na adherenciju bolesnika, ali i previše informacija može djelovati zbunjujuće za bolesnika)
2. provjeriti jesu li bolesnici razumjeli izrečeno
3. dopustiti bolesniku da podijeli svoje tegobe i zabrinutost, dopustiti da se izrazi i pokazati empatiju
4. učinkovito neverbalno komunicirati.

Kada se govori o davanju informacija, bolesnicima je važno da su informacije individualizirane, dovoljno opširne i izrečene na bolesnicima razumljiv način (Tallman i dr. 2007). (Zbog posebne

važnosti, ovoj temi posvećeno je četvrto poglavlje ove disertacije.) Zatim, važno je da se bolesnik može prisjetiti važnih informacija koje su izrečene jer razumijevanje i prisjećanje dobivenih informacije predstavlja temelj adherencije (Bartlett i dr. 1984). Po Šimiću (2019: 13) „učenje je proces stjecanja informacija, a pamćenje sposobnost pohranjivanja i prisjećanja“. Način na koji pojedinac uči i pamti determiniran je mnogim čimbenicima, od nasljeđa, preko razvoja do dosadašnjih iskustava (Šimić 2019: 16), a dodatno u kontekstu prenošenja informacija tijekom interpersonalne komunikacije od pružatelja zdravstvene skrbi prema bolesniku treba uzeti u obzir i bolesnikov emocionalni status te mogućnost bolesti i stanja koji mogu priječiti prihvaćanje, obradu, pohranu ili prisjećanje informacija.

Ako nema bolesti i stanja koje bi priječile bolesnika da prihvati informacije koje dobiva od pružatelja zdravstvene skrbi, a kako bi bolesnik razumio sve izrečeno, važno je da može postavljati potpitanja i tražiti dodatna objašnjenja. Pružatelji zdravstvene skrbi koji su skloni takvu ponašanju pozitivno utječu na adherenciju svojih bolesnika (DiMatteo i dr. 1993).
Činjenica je da se greške u komunikaciji i nerazumijevanje ili pogrešno razumijevanje izrečenog često događaju te da pogađaju i bolesnike visokog obrazovanja jer su situacije u kojima se bolesnici nalaze emocionalno teške, bolesnici su prestrašeni što može utjecati na njihove kapacitete da slušaju i razumiju (Brach, C. i dr. 2012). Osim navedenoga, pružatelji zdravstvene skrbi često precjenjuju razinu znanja svojih bolesnika što ih čini slobodnijima za korištenje stručnih izraza, a razina zdravstvene pismenosti njihovih bolesnika najčešće nije takva da izrečeno mogu točno interpretirati (Martin i dr. 2010: 63).

Empatija je jedna od važnih komponenti u odnosu bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi, slušanje i iskazivanje empatije, bilo verbalno ili neverbalno dok bolesnik dijeli sve svoje brige i osjećaje s pružateljem zdravstvene skrbi, važan je element koji osigurava maksimalnu sveobuhvatnost informacija, ali i stvaranje odnosa punog povjerenja (Stewart i dr. 1999; Tallman i dr. 2007). Pokazujući empatiju pružatelji zdravstvene skrbi smanjuju osjećaj izolacije i samoće te potvrđuju bolesniku da su njegove misli i osjećaji normalni i očekivani (Ha, Anat i Longnecker 2010).

Važnost neverbalne komunikacije na relaciji bolesnik – pružatelj zdravstvene skrbi detaljnije je opisana u drugom poglavlju, međutim vrijedi ponoviti kako je dobra neverbalna komunikacija

pružatelja zdravstvene skrbi nužna kako bi se bolesnik osjećao zadovoljnim, slušanim i prihvaćenim, te kako bi dobio impuls da postoji zanimanje za njega i njegov/u problem/situaciju. Za pružatelje zdravstvene skrbi jednako je važno da imaju sposobnost enkodiranja kao i dekodiranja poruka koje dobivaju od bolesnika (Di Matteo, 1979; DiMatteo i dr. 1980; DiMatteo i dr. 1986).

Imajući sve navedeno na umu jasan je zaključak da je većina navedenih varijabli u domeni interpersonalne komunikacije; prijenos i razmjena informacija, davanje, traženje i primanje povratne informacije koja uključuje provjeru razumijevanja i neverbalno komuniciranje, što je još jedan dokaz koji govori u prilog potentnosti interpersonalne komunikacije u ovom odnosu.

Sljedeća komponenta ovog modela jest motivacija, vrlo kompleksna komponenta na koju utječe niz čimbenika. Prema IMS modelu (DiMatteo i dr. 2012) za motivaciju bolesnika važno je da:

1. bolesnici vjeruju u učinkovitost liječenja
2. imaju dobar odnos s pružateljem zdravstvene skrbi, odnos koji uključuje povjerenje
3. zajednički s pružateljem zdravstvene skrbi donose odluke o svom liječenju.

Nadalje, za uspješnu motivaciju važna je još jedna komponenta koja se odnosi na same pružatelje zdravstvene skrbi:

4. kapacitet da uspješno persuazivno djeluju na bolesnika.

Vjerovanje bolesnika u učinkovitost preporuka dobivenih od pružatelja zdravstvene skrbi ključna je komponenta za motivaciju, a ovisi o kognitivnim, socijalnim i kulturološkim čimbenicima. U petom poglavlju bit će više riječi o teorijama zdravstvenog ponašanja koje nastoje objasniti i predvidjeti ponašanje pojedinca u ovisnosti o preventivnim i kurativnim programima.
Ovdje je važno naglasiti da na motivaciju pozitivno utječe vjerovanje bolesnika kako je podložan bolesti i da ima percepciju bolesti kao ozbiljne / teške / koja mu može naškoditi, pa su izgledi da će takav bolesnik biti adherentniji 2,5 puta veći nego kod onog bolesnika koji ne vjeruje da je podložan bolesti i da mu ta bolest može ozbiljnije naškoditi (DiMatteo, Haskard i Williams 2007).

Osim toga, ako bolesnik svoje simptome ocjenjuje kao teže, to na adherenciju utječe ovisno o stvarnoj ozbiljnosti bolesti, pa tako kod ozbiljnih bolesti i težih simptoma bolesnici bivaju manje adherentni (oko 11 % manje u odrasloj populaciji, a 14 % manje u pedijatrijskoj) nego kod manje

ozbiljnih (izlječivijih) bolesti praćenih težim simptomima gdje je motivacija i adherencija bolesnika veća (DiMatteo i dr. 2007). Dakle, kada bolesnici vjeruju da je moguće biti izliječen i da pridržavanje određenih mjera dogovorenih s pružateljem zdravstvene skrbi ima smisla i izazvat će i željeni efekt.
S druge strane, ako im je bolest ozbiljna, a simptomi teški, javlja se osjećaj beznađa i uzaludnosti koji nepovoljno utječe na adherenciju.

Dodatan element koji utječe na motivaciju jest uvjerenje bolesnika kako može svladati eventualne prepreke koje će se pojaviti na putu izlječenja, dakle, važan je osjećaj samoefikasnosti, jer bolesnici su motivirani samo kada vjeruju da se nešto uopće može postići (DiMatteo i dr. 2012). Bandura u okviru socijalno-kognitivne teorije, odnosno teorije socijalnog učenja, navodi četiri izvora samoefikasnosti: vlastita pozitivna prošla iskustva, pozitivna iskustva drugih osoba sličnih pojedincu, persuazija i iskustvo psihološkog uzbuđenja (Martin i dr. 2010: 40). Kako je prije navedeno u poglavlju o persuaziji, model samoefikasnosti često se koristi u raznim javnozdravstvenim akcijama koje promoviraju pozitivno i odgovorno zdravstveno ponašanje kao što je sudjelovanje u preventivnim programima, prestanak pušenja i sl.
Važno je imati na umu da bolesnikova uvjerenja ovise i o njegovu socijalnom i kulturnom miljeu i utjecaju njemu bliskih osoba te je bitno anulirati mogućnost konflikta između bolesnikovih kulturnih normi i preporuka (Martin, Willams, Haskard i Di Matteo 2005; DiMatteo i dr. 2012).

Osim svega navedenog, na motivaciju i posljedično adherenciju značajno utječu suradnja bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi (Arbuthnott i Sharpe 2009), razumijevanje i slaganje koje se pritom ostvaruje (Kerse i dr. 2004), zatim aktivna uloga bolesnika i zajedničko donošenje odluka (Stewart i dr. 1999). Na taj način bolesnik postaje sukreator aktivnosti koje treba poduzeti te se stvara obveza participacije. Takvim pristupom pružatelja zdravstvene skrbi stvara se ozračje međusobnog poštovanja, razumijevanja, podrške (Di Blaisi, Harkness, Ernst, Georgiou i Kleijnen 2001), stvaraju se dobri međuljudski odnosi koji su temelj daljnje suradnje, a bolesnici koje se uključuje u donošenje odluka zadovoljniji su pruženom skrbi (Golin i dr. 2002). Sudjelovanjem u donošenju odluka vezanih za svoje zdravlje bolesnik zauzima aktivnu ulogu u svom liječenju, što pozitivno utječe na motivaciju, pogotovo ako je riječ o dugotrajnim kroničnim bolestima (Joosten i dr. 2008).

Treća komponenta ovog modela (DiMatteo i dr. 2012) jest strategija, u toj fazi može se istaknuti nekoliko važnih odrednica za adherenciju bolesnika:

1. provjera ima li bolesnik uvjete i kapacitete da se pridržava dogovorenog
2. anticipiranje prepreka za postizanje adherencije i pronalaženje rješenja
3. podrška obitelji i/ili drugih bliskih osoba
4. pravovremeno otkrivanje i liječenje depresije
5. pojednostavljenje režima doziranja
6. razgovor o potencijalnim nuspojavama i rješenjima.

U ovoj zadnjoj fazi važno je da pružatelj zdravstvene skrbi provjeri ima li bolesnik uvjete, sredstva i kapacitete da bi postao adherentnim, dakle, može li bolesnik provesti dogovorenu strategiju liječenja, te je jednako tako važno da tijekom razgovora s bolesnikom pružatelj zdravstvene skrbi anticipira određene prepreke te s bolesnikom dogovori strategije kako ih zaobići (DiMatteo i dr. 2012). Naprimjer, česta je prepreka zaboravljanje te pružatelj zdravstvene skrbi u tom slučaju može prevenirati tu prepreku na način da dogovori s bolesnikom uključivanje određenog člana obitelji u dodatnu skrb za bolesnika (DiMatteo i dr. 2012), korištenje digitalne aplikacije ili povezivanje uzimanja lijeka s nekom od svakodnevnih navika i obveza (Williams i dr. 2018), uvijek dodatno pazeći da pristup bolesniku bude individualiziran i usklađen s bolesnikovim preferencijama.

Metaanaliza 122 istraživanja povezanosti socijalne podrške i adherencije (DiMatteo 2004a) govori u prilog višim razinama adherencije kod bolesnika koji imaju stabilnu obiteljsku situaciju i podršku u nastojanjima da se drže dogovora postignutog s pružateljem zdravstvene skrbi. Za obje kategorije vjerojatnost je tri puta veća da će bolesnik biti adherentan (ako dolazi iz stabilne obiteljske situacije te ima podršku u nastojanjima da postane i ostane adherentan) što govori u prilog odluci da se u skrb za bolesnika uključe i drugi članovi obitelji.

Jedna od ključnih komponenti jest pravovremeno prepoznati teškoće u segmentu mentalnog zdravlja, pogotovo depresiju kako bi se adekvatno moglo pomoći bolesniku. Depresija predstavlja jedan od najkonzistentnijih prediktora loše adherencije i stoga je ključno prepoznati i liječiti na vrijeme jer su izgledi za neadherenciju tri puta veći kod bolesnika koji boluju od depresije (DiMatteo, Lepper i Crogan 2000). Također, kod mnogih bolesti propadanjem zdravlja dolazi do

smanjenja kvalitete života, različitog stupnja invaliditeta i općenito smanjenja kapaciteta za uobičajeno i neovisno funkcioniranje što bolesnike vodi ka depresiji.

Pojednostavljenje režima doziranja jedna je od intervencija koja se često koristi pa npr. danas preporuke Europskog društva za kardiologiju i Europskog društva za hipertenziju (Williams i dr. 2018) idu u smjeru početnog liječenja hipertenzija kombinacijom dvaju lijekova kako bi se postigla efikasnost liječenja, ali i adherencija bolesnika oboljelih od hipertenzije. Slično je s nekim drugim terapijskim skupinama i tendencija je povećanja broja fiksnih doza lijekova upravo zbog tih dviju svrha. Za liječnike je važno da pri odabiru terapije imaju na umu da će povećanje kompleksnosti liječenja najčešće dovesti do manje adherencije te da odabir uvijek, kada je to moguće, treba ići u smjeru smanjenja kompleksnosti liječenja.

Pravovremeni razgovor o nuspojavama još je jedna od važnih strategija kako bi bolesnik postao i ostao adherentnim. Nuspojave predstavljaju jednu od čestih prepreka za postizanje adherencije, npr. kod bolesnika na antiretroviralnoj terapiji (Bartlett 2002). Važno je putem pitanja doznati bolesnikova razmišljanja i potencijalna iskustva s nuspojavama (Lowry, Dudley, Oddone i Bosworth 2005), kako bi se preveniralo izostanak adherencije u začetku terapije jer bolesnik očekuje nuspojave. Razgovorom se bolesnicima može objasniti što očekivati, kako kroz određene situacije lakše proći i koje su koristi te na taj način osigurati da bolesnik ostane adherentan i ako se određena nuspojava javi jer je bolesnik adekvatno pripremljen i zna se nositi s navedenom situacijom. Naravno, ako se nuspojave jave i narušavaju bolesnikovu kvalitetu života, potrebno je razmotriti druge terapijske opcije.

Kako se može zaključiti iz iznesenoga, IMS model nije jednostavan, pružatelj zdravstvene skrbi tijekom razgovora s bolesnikom mora uzeti u obzir različite čimbenike te primijeniti različite tehnike i vještine kako bi na najbolji mogući način postigao željeni učinak. Međutim, treba imati na umu da je najbolji pristup onaj individualizirani, stoga je fleksibilnost IMS modela koja se ogleda u primjeni samo onih metoda/tehnika/strategija potrebnih da se postigne adherencija u toj specifičnoj situaciji i za toga specifičnog bolesnika najbolja karakteristika ovog modela.

IMS model može biti svojevrstan mentalni prečac pružateljima zdravstvene skrbi da se prije svake interakcije s bolesnikom u trenutku podsjete na ključne komponente uspješnosti – informacija – motivacija – strategija.

IMS model može se ukratko prikazati ovim primjerom, ako bolesnik i pružatelj zdravstvene skrbi imaju dobar odnos, a bolesnik je dovoljno zdravstveno pismen, te njegov pružatelj zdravstvene skrbi prilagodi količinu informacija i vokabular na način da ga bolesnik razumije i da na bolesnika persuazivno djeluje, povećanjem njegova znanja i razine informiranosti o bolesti i opcijama liječenja potencijalno se mogu promijeniti i bolesnikova uvjerenja. Ako bolesnik vjeruje da je bolest izlječiva/sprečiva i da će se moći pridržavati preporuka koje je zajednički dogovorio s pružateljem zdravstvene skrbi, te izbjeći ili zaobići prepreke na tom putu, postaje motiviraniji te istraživanja (DiMatteo i dr. 2007; DiMatteo i dr. 2012) pokazuju da će biti i adherentniji.

Tablica 2. Sistematizacija čimbenika koji pozitivno utječu na adherenciju (izvor: autorica prema DiMatteo i dr. 2012)

INFORMACIJA	**MOTIVACIJA**	**STRATEGIJA**
dati dovoljno informacija	vjerovanja bolesnika u učinkovitost liječenja	provjeriti ima li bolesnik uvjete i kapacitete da se drži dogovorenog
prilagoditi vokabular razini zdravstvene pismenosti bolesnika	osjećaj samoefikasnosti bolesnika	anticipirati prepreke
saslušati do kraja	odnos s pružateljem zdravstvene skrbi koji uključuje povjerenje	ponuditi/dogovoriti strategije za rješenje prepreka
provjeriti razumijevanje	zajedničko donošenje odluka	podrška bolesnikove obitelji (stabilna/kohezivna obitelj)
iskazati empatiju	persuazivno djelovanje pružatelja zdravstvene skrbi	pravovremeno prepoznavanje i liječenje depresije
učinkovito neverbalno komunicirati	pozitivno sociokulturno okružje bolesnika	pojednostavljenje režima liječenja

Osim koristi za bolesnika u vidu bolje informiranosti, motiviranosti, strategije i na kraju adherencije, pružatelji zdravstvene skrbi koji bolje komuniciraju ranije prepoznaju probleme te stoga mogu

prevenirati krizne situacije i skupe intervencije (Ha, Anat i Longnecker 2010). Sve skupa dovodi do boljih ishoda, većeg zadovoljstva bolesnika i manjeg troška za zdravstvene sustave.

Sve navedeno (traženje detaljnijih saznanja o svim aspektima bolesnikove zdravstvene i emocionalne situacije, zajednički dogovor oko problema i načina rješavanja istog te naglasak na važnosti ulaganja i razvoja odnosa bolesnika i njegova pružatelja zdravstvene skrbi) vrlo je slično i korespondira s konceptom skrbi usmjerene bolesniku, tj. *patient centric care*, o kojemu prof. Stewart (2001.) piše: „Skrb usmjerena bolesniku podrazumijeva uvažavanje bolesnikovih želja u svezi informacija i zajedničkog donošenja odluka te adekvatan odgovor.“ Ključna i polazna točka obaju koncepata jest individualni pristup, jedinstven za svakog bolesnika.

Osim IMS modela koji nudi jedan od načina da pružatelji zdravstvene skrbi u interakciji s bolesnikom budu fokusirani na adherenciju, jedan od vrlo praktičnih, efikasnih i znanstveno dokazanih alata za provjeru adherencije bolesnika predstavlja Moriskyjeva ljestvica za mjerenje adherencije (Morisky, Green i Levine 1986), koja se u inicijalnoj formi sastojala od četiriju, a poslije od osam pitanja koja pružatelji zdravstvene skrbi mogu postaviti bolesnicima tijekom interpersonalne komunikacije kako bi provjerili jesu li adherentni. Provjera i utvrđivanje adherencije bolesnika može biti važan čimbenik koji se nažalost često zanemaruje (Clyne i dr. 2016), pa može dovesti do nepotrebnih dijagnostičkih zahvata i terapijskih promjena jer se neispravno zaključuje da terapija koju bolesnik „uzima“ nije učinkovita (Martin, Willams, Haskard i Di Matteo 2005).

U Hrvatskoj je Moriskyjeva skala sastavni dio računalnih programa kojima se služe liječnici obiteljske medicine. Imajući na umu da se radi o odgovorima koje bolesnici daju na određena pitanja, važnost vještine interpersonalne komunikacije, pogotovo njezine neverbalne komponente, tj. sposobnost pružatelja zdravstvene skrbi da dekodira neverbalne znakove bolesnika ovdje poprima veliku važnost. Pružatelji zdravstvene skrbi, vješti u interpersonalnoj komunikaciji, u tom će slučaju prateći bolesnika i njegovu neverbalnu ekspresiju moći bolje procijeniti ako neko od postavljenih pitanja bolesnika čini „nemirnim“ kako bi mogli otkriti prikrivenu neadherenciju, odnosno preeksponirane i podeksponirane odgovore na postavljena Moriskyjeva pitanja.

Jasnu poveznicu između dobrih vještina interpersonalne komunikacije liječnika i zadovoljstva bolesnika pronalazimo i u istraživanju Tallman i suradnika (2007), koji su analizom 92 interakcija odraslih bolesnika i njihovih liječnika ekstrahirali niže navedene elemente interpersonalne komunikacije kao važne za ostvarenje zadovoljstva bolesnika, a posljedično adherenciju (Bartlett i dr. 1984; DiMatteo i dr. 1993) i ishode liječenja (DiMatteo i dr. 2002; Stewart 1995).
Elemente interpersonalne komunikacije, ali i neke elemente persuazije, koji su pokazali statističku značajnost u kontekstu zadovoljstva bolesnika, klasificirali su u tri skupine: slušanje bolesnikove priče, iskazivanje razumijevanja i detaljan odgovor. Elementi interpersonalne komunikacije i persuazije od kojih se sastoji svaka od navedenih skupina jesu:

1. slušanje bolesnikove priče
    - aktivno slušanje i neprekidno slušanje (barem 3-5 neprekinutih rečenica)
    - postavljanje potpitanja – poticanje daljnjeg razgovora
    - demonstracija vlastite ljudskosti/ranjivosti dijeljenjem osobnih primjera/iskustava
2. iskazivanje razumijevanja
    - empatija
    - brižnost
    - poznavanje bolesnika i njegove medicinske i/ili socijalne pozadine
3. detaljan odgovor

- objasniti što se bolesniku događa i zašto na način da bolesnik razumije
- objasniti koje su opcije pred bolesnikom – dati izbor.

Usporedbom zaključaka istraživanja Tallmana i suradnika s postulatima IMS modela poveznica je jasna, ključne komponente važne za interpersonalnu komunikaciju i persuaziju općenito, primjenjive na većinu životnih situacija i interpersonalnih interakcija, važne su, imaju svoje mjesto i dokazano donose rezultate i u ovoj specifičnoj i kompleksnoj interakciji bolesnika i osobe koja ga liječi. Rezultati se pritom mogu ogledati u povećanu zadovoljstvu bolesnika, adherenciji ili konačnim ishodima liječenja.

Dakle, povezanost adherencije i interpersonalne komunikacije vrlo je izravna, u isto vrijeme povezanost adherencije i zdravstvenih ishoda jasno govori u prilog važnosti osovine interpersonalna komunikacija – adherencija – zdravstveni ishodi. Jasno je da adherencija ne ovisi samo o

interpersonalnoj komunikaciji, niti zdravstveni ishodi samo o adherenciji, ali su bitni i vitalni čimbenici koji u međusobnoj pozitivnoj sprezi potencijalno vode do ozdravljenja bolesnika. Pritom je jedna od najvećih prednosti interpersonalne komunikacije njezina sveprisutnost i nemogućnost da se izdvoji iz ljudske interakcije, a sveprisutna kakva jest predstavlja najbolji resurs u odgovoru na globalni izazov koji predstavlja loša adherencija, te nalaže da ga se iskoristi prije implementacije drugih potencijalno zahtjevnijih i svakako skupljih intervencija. Ključ uspješne sprege interpersonalne komunikacije, njezina utjecaja na adherenciju i posljedično na zdravstvene ishode jest u individualiziranom pristupu svakom bolesniku. Ne postoji jedna intervencija koja će biti uspješna kod svih oboljelih od iste bolesti niti jednak pristup, jednaka motivacija ili količina potrebnih informacija, zato su nužni fleksibilan misaoni sklop i individualizirani pristup (Martin, Williams, Haskard i DiMatteo 2005).

Za kraj ovog poglavlja vrijedi napomenuti da pružatelj zdravstvene skrbi za individualizirani pristup bolesniku treba uzeti u obzir bolesnikov kulturni i socijalni kontekst, starost, spol, prijašnja iskustva, samu bolest, psihički i fizički status, ali i njegova očekivanja, vjerovanja i nade, ukratko sagledati bolesnika kao cjelinu. Jednako tako, uvijek mora imati na umu svoju emocionalno-kulturno-socijalnu pozadinu, svoja iskustva i vjerovanja kako bi na najučinkovitiji način pristupio bolesniku, ali i vodio računa o sebi i zaštitio se od fizičkog i/ili emocionalnog izgaranja. Izneseno najbolje ilustrira rečenica: „Koliko god da su liječnici svladali znanstveni aspekt liječenja, neizostavno u tom procesu koriste **sebe** kako bi prakticirali ovaj vid umjetnosti.“ (Novack i dr. 1997).

3. Preporuke za uspješnu interpersonalnu komunikaciju pružatelja zdravstvene skrbi s bolesnicima – PONS

Kako bi se optimizirao interpersonalni komunikacijski proces i dalo mu se element interaktivnosti, a uvažavajući rezultate dosadašnjih znanstvenih istraživanja, može se zaključiti da je za uspješnu interpersonalnu komunikaciju važno:

1. Poznavanje značenja i simbola
2. Dovoljno slična denotacija i konotacija
3. Poznavanje sugovornika i prilagodba poruke
4. Mogućnost davanja i primanja *feedbacka* (povratne informacije)
5. Aktivno djelovanje na smanjenje komunikacijske neizvjesnosti pogotovo na početku procesa interpersonalne komunikacije
6. Izostanak smetnji u komunikacijskom kanalu i optimizacija konteksta
7. Usklađenost verbalnog i neverbalnog aspekta komunikacije
8. Uvjerljivo, upečatljivo i zapamtljivo prenošenje poruke (*storytelling*)
9. Korištenje tehnika dobronamjernog uvjeravanja (persuazije).

Kada se sve navedeno stavi u kontekst ovog rada, tj. u kontekst interpersonalne komunikacije između pružatelja zdravstvene skrbi (liječnika, ljekarnika, medicinske sestre) i bolesnika dolazi se do zaključka da je tih devet preporuka ključno za uspješnost ovoga specifičnog oblika interpersonalne komunikacije:

1. **Poznavanje značenja i simbola**

   Pružatelj zdravstvene skrbi mora osigurati temeljno razumijevanje korištenjem terminologije razumljive bolesniku ovisno o bolesnikovoj razini zdravstvene pismenosti, te aktivno raditi na povećanju razine zdravstvene pismenosti bolesnika.

2. **Dovoljno slična denotacija i konotacija**

   Pružatelj zdravstvene skrbi treba voditi računa o vrlo vjerojatnoj mogućnosti da nema istu denotaciju kao i bolesnik, npr. značenje termina „povišeni arterijski krvni tlak“ najvjerojatnije nema jednako značenje za oba sudionika u toj interpersonalnoj komunikaciji. U isto vrijeme pružatelj zdravstvene skrbi treba biti svjestan konotacijske komponente komunikacije, tj. da za bolesnika s kojim u tom trenutku razgovara „povišeni arterijski krvni tlak“ može na osobnoj razini imati značajno drukčije značenje nego za nekoga drugog bolesnika jer je npr. tom bolesniku bliski član obitelji preminuo u hipertenzivnoj krizi, te će spomen „povišenog arterijskog krvnog tlaka“ izazvati sasvim drugu emocionalnu reakciju u usporedbi s bolesnikom koji nema to iskustvo.

3. **Poznavanje sugovornika i prilagodba poruke**

   Interpersonalna komunikacija s otprije poznatim bolesnikom prednost je za pružatelja zdravstvene skrbi jer unaprijed zna razinu bolesnikove zdravstvene pismenosti, bolesnikov zdravstveni i emocionalni status, bolesnikovu obiteljsku situaciju i općenito razinu podrške koju ima u skrbi za svoju bolest, bolesnikova očekivanja i razinu motivacije te je u mogućnosti prilagoditi sadržaj i svoj pristup. Nema komunikacijske neizvjesnosti ili je razina komunikacijske neizvjesnosti niska jer se sugovornici poznaju te je u ranijim interakcijama došlo do samorazotkrivanja i recipročnosti. Ako još postoji element sličnosti ili sviđanja veća je vjerojatnost da će proces interpersonalne komunikacije između tih dvoje sudionika biti uspješan.

4. **Mogućnost davanja i primanja *feedbacka* (povratne informacije)**

   Za pružatelja zdravstvene skrbi važan je fokus na proaktivno traženje povratne informacije. Bolesnici iz različitih razloga ne žele dati povratnu informaciju, pogotovo proaktivno, ne žele priznati da nešto nisu razumjeli ili zapamtili, stoga je za ostvarivanje uspješne interpersonalne komunikacije nužno proaktivno provjeriti razumijevanje i prikupiti informacije. Također treba uzeti u obzir da tijekom komunikacije, npr. s liječnikom, većinu vremena liječnik govori ili postavlja pitanja, stoga iz perspektive autoriteta, bolesniku može biti neugodno ili se može osjećati nepozvanim prekinuti liječnika.

5. **Aktivno djelovanje na smanjenje komunikacijske neizvjesnosti, pogotovo na početku procesa interpersonalne komunikacije**

   Pri prvom susretu s bolesnikom pružatelj zdravstvene skrbi treba voditi računa o strategijama koje može poduzeti kako bi skratio put prema komunikacijski prijemčivu bolesniku, smanjenjem komunikacijske neizvjesnosti, na način da aktivno upravlja razgovorom. Strategije koje pružatelj zdravstvene skrbi u toj situaciji može koristiti jesu: povećan intenzitet verbalne komunikacije, neverbalna toplina, prilagodba sadržaja prema procijenjenim kapacitetima bolesnika, traženje informacija te stvaranje empatičnog okružja. Sve su to strategije koje su se i prije spominjale i važne su za svaku interakciju, ali za prvu mogu biti presudne. Stoga se korištenjem tih strategija ostvaruje mogućnost maksimalno pozitivne interakcije u toj specifičnoj situaciji prvog susreta, ali i stvaraju temelji za pozitivniji ishod svake buduće interakcije.

6. **Izostanak smetnji u komunikacijskom kanalu i optimizacija konteksta**

   Pružatelj zdravstvene skrbi treba osigurati mogućnost nesmetane komunikacije s bolesnikom, bez potencijalnih smetnji koje u ovom kontekstu najčešće predstavlja buka telefona, mobitela, te buka koju svojim razgovorom mogu stvarati drugi bolesnici ili pružatelji zdravstvene skrbi. Takve smetnje mogu onemogućiti razumijevanje izrečenog ili dovesti do pogrešnog razumijevanja. Situacijski, interpersonalna komunikacija koja se odvija u ordinacijama liječnika najčešće je primjerena. Veći izazov, zbog specifičnosti prostora, predstavlja razgovor s medicinskom sestrom, u tom je prostoru najčešće jedan bolesnik na odlasku, drugi na ulasku u liječničku ordinaciju, drugi bolesnici ili drugi pružatelji zdravstvene skrbi ulaze s raznim upitima pa onemogućuju diskreciju. Razgovor u ljekarni, koji se većinom odvija za recepturom, također predstavlja velik izazov jer je teško osigurati diskreciju zbog toga što su druge osobe/bolesnici češće nazočni, stoga danas većina modernih ljekarni osigurava poseban prostor za savjetovanje bolesnika koji je primjereniji i omogućava kvalitetniji rad ljekarniku i diskreciju bolesniku te je sličniji situaciji u liječničkoj ordinaciji. Osiguranje diskrecije bitna je komponenta uspješne komunikacije između pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika te stvara optimalan kontekst koji bolesniku omogućuje da podijeli svoje probleme, brige, emocije, simptome te da pita sve što ga zanima u vezi same bolesti, prognoze te opcija liječenja.

7. **Usklađenost verbalnog i neverbalnog aspekta komunikacije**

   Preopterećenost pružatelja zdravstvene skrbi, ali i drugi razlozi, mogu rezultirati u ograničenoj i „hladnoj“ neverbalnoj komunikaciji. Pomak prema nekoliko osnovnih „toplih“ neverbalnih gesta kao što je kontakt očima, osmijeh i otvoren stav rukama može rezultirati smanjenjem komunikacijske neizvjesnosti i otvaranjem komunikacijskih kanala bolesnika, koji u tom slučaju postaje „podatniji“ za primanje i davanje informacija bitnih za kasniju odluku i dogovor o terapijskom pristupu. Osim usmjerenosti na vlastitu neverbalnu komunikaciju jednako je važno praćenje i posvećenost neverbalnoj komunikaciji bolesnika koji može neverbalno prenositi više informacija o svom stanju nego riječima.

8. **Uvjerljivo, upečatljivo i zapamtljivo prenošenje poruke**

   Preporuka/uputa/savjet koju pružatelj zdravstvene skrbi želi da bolesnik usvoji i zapamti trebala bi biti prezentirana u formatu priče. Ukratko, takva bi priča trebala za cilj imati ono što je bolesniku u tom trenutku najveća vrijednost, trebala bi biti vjerojatna/provediva u djelo, s dovoljno detalja da je bolesniku jasno što treba činiti i što može očekivati, tj. sadržavati opis povoljnog ishoda.

9. **Korištenje tehnika dobronamjernog uvjeravanja (persuazije)**

   Ključno je da pružatelji zdravstvene skrbi persuaziju percipiraju kao dobronamjerno, a ne manipulativno utjecanje na drugu osobu. Kako je prethodno navedeno, mnoštvo je tehnika kojima se može persuazivno djelovati na primatelja poruke, koja će tehnika biti odabrana ovisi o nizu čimbenika (pošiljatelj poruke, primatelj, njihov odnos, kontekst, sama poruka koja se treba prenijeti itd.). Pružatelji zdravstvene skrbi iskustveno znaju kojim se persuazivnim porukama češće koriste i koje im donose najviše rezultata, proširenjem dijapazona persuazivnih tehnika koje imaju na raspolaganju taj bi proces za njih mogao postati lakšim i uspješnijim.

Istraživanje koje je okosnica ovog rada, a o kojemu će poslije biti više riječi, zasniva se na upitniku koji s pomoću specifičnih pitanja i tvrdnji adresira sve spomenute kategorije, koje su se po

dostupnim istraživanjima i teorijskoj osnovi pokazale kao presudni za učinkovitost ove vrste interpersonalne komunikacije.

Sumarno nabrojene elemente možemo sažeti pod akronim **PONS** (lat. most), koji simbolički sugerira stvaranje mosta između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi, te kao takav može poslužiti pružateljima zdravstvene skrbi da se prisjete svih elemenata važnih za učinkovitu interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom.

Poznavanje bolesnika – uključuje poznavanje bolesnikove povijesti bolesti, razine zdravstvene pismenosti i prilagodbu istoj, potencijalna konotacijska značenja, poznavanje emocionalnog statusa, razine motivacije i sustava potpore koju bolesnik eventualno ima te rad na daljnjem upoznavanju bolesnika ponajprije traženjem povratne informacije. Ako se radi o prvom susretu s bolesnikom primarno je važno usmjeriti interpersonalnu komunikaciju tako da se aktivno smanjuje komunikacijska neizvjesnost.

Optimizacija konteksta – uključuje eliminaciju ili neutralizaciju potencijalnih smetnji tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnikom te poštovanje bolesnikova prava za diskrecijom i povjerljivosti informacija, što ujedno omogućuje stvaranje povjerenja između aktera u ovom procesu interpersonalne komunikacije.

Neverbalno – uključuje fokus na bolesnikovu neverbalnu komunikaciju kojom može izražavati sve ono što se iz nekog razloga ustručava izreći verbalnom komunikacijom, svoje sumnje, strahove ili druge emocije, neslaganje, bol itd. Zatim, neverbalno uključuje i fokus na vlastitu neverbalnu komunikaciju pružatelja zdravstvene skrbi kojim može podržati poruke koje izgovara, ali i djelovati na bolesnika da se osjeća prihvaćeno i shvaćeno.

Storytelling – uključuje upečatljivo prenošenje poruke (činjenica i informacija relevantnih za bolesnikovo zdravlje) u formatu priče kako bi poruka bila zapamtljiva, a uz korištenje tehnika dobronamjerna uvjeravanja kako bi poruka imala željeni učinak na bolesnika, tj. dovela do željene aktivnosti ili promjene ponašanja.

4. Zdravstvena pismenost

U prethodnim poglavljima bilo je riječi o važnosti zdravstvene pismenosti za prvi korak u postizanju uspješne interpersonalne komunikacije s bolesnikom, a poslije i adherencije. Bolesnik koji ima kapacitete razumjeti i obraditi informacije koje dobiva od pružatelja zdravstvene skrbi predstavlja preduvjet za uspješnost usvajanja i primjene izrečenog. Nadalje, drugi akter u toj interpersonalnoj komunikaciji, pružatelj zdravstvene skrbi, mora imati svijest o važnosti zdravstvene pismenosti, te poduzeti aktivnosti kako bi zdravstvenu pismenost mogao odrediti ili barem procijeniti i slijedom procjene prilagoditi svoj način komunikacije. Imajući sve navedeno na umu jasno je da zdravstvenoj pismenosti vrijedi posvetiti veću pažnju u kontekstu ovog rada.

Zdravstvena pismenost podrazumijeva sposobnost razumijevanja i pravilnog korištenja informacija u svrhu unapređenja vlastitog zdravlja (Chinn 2011) i zbog toga je ključan dio kompleksnosti čimbenika koji determiniraju adherenciju. Međutim, osim što je važan kapacitet bolesnika da razumije i poslije se smisleno koristi dobivenim informacijama, u kontekstu interpersonalne komunikacije, pogotovo sadržajne/verbalne komponente, važna je i prilagodba sadržaja koji pružatelj zdravstvene skrbi komunicira bolesniku. Medicinska stručna terminologija slabo je razumljiva svima osim stručnoj javnosti i izrazito zdravstveno pismenim pojedincima, za sve druge, važna je svijest pružatelja zdravstvene skrbi o važnosti prilagodbe sadržaja.

Sørensen i suradnici (2012.) dali su najsveobuhvatniju definiciju zdravstvene pismenosti koja obuhvaća i segment javnog zdravstva: „Zdravstvena pismenost povezana je s pismenošću i uključuje znanje, motivaciju i kompetencije za pristup, razumijevanje, procjenu i primjenu zdravstvenih informacija u svrhu donošenja prosudbi i odluka u svezi zdravstvene zaštite, prevencije bolesti i promicanja zdravlja, a kako bi se održala ili poboljšala kvaliteta života.“
Ova definicija derivat je sedamnaest različitih definicija i obuhvaća šest segmenata važnih za sveobuhvatnost zdravstvene pismenosti, a to su: 1. kompetencije, vještine i sposobnosti, 2. aktivnosti, 3. informacije i resursi, 4. cilj, 5. kontekst i 6. vrijeme.

Dva su osnovna koncepta zdravstvene pismenosti, prvi koji počiva na kliničkoj praksi i determinira zdravstvenu pismenost kao rizik povezan sa slabijim zdravstvenim ishodima, i drugi koji počiva na konceptima zdravstvene edukacije, edukacije odraslih i opismenjavanja koji determinira zdravstvenu pismenost kao osobnu vrijednost (Nutbeam 2008). Oba su koncepta zdravstvene pismenosti vrijedna i premda počivaju na različitim polaznim točkama i različitim konceptima pridonose istraživanju i promociji zdravstvene pismenosti. To je i najvrjedniji doprinos koji omogućuje znatan utjecaj na zdravlje stanovništva te na adherenciju i posljedično zdravstvene ishode oboljelih promovirajući u isto vrijeme pismenost kao takvu. U kontekstu ovog rada fokus će biti na konceptu povezanom s kliničkom praksom i rizikom koji za sobom nosi niska razina zdravstvene pismenosti.

Povezanost između zdravstvene pismenosti i zdravstvenog stanja dobro je poznata i opisana (Nutbeam 2008, Berkman i dr. 2011, Miller 2016). Niska razina zdravstvene pismenosti povezana je s lošim odzivom na preventivne zdravstvene programe, većom sklonosti rizičnim ponašanjima lošim po zdravlje, lošim razumijevanjem bolesti, lošim razumijevanjem i praćenjem uputa dobivenih od pružatelja zdravstvene skrbi, lošijom skrbi za kronične bolesti, smanjenom sposobnosti donošenja odluka u vezi liječenja, lošijom adherencijom, većim brojem dana hospitalizacije, ponovne hospitalizacije i češćim korištenjem usluga hitne medicine, većim brojem ozljeda na radu te posljedično većim troškovima, lošijim zdravstvenim ishodima i lošijim zdravljem općenito te povećanom i preuranjenom smrti (Institute of Medicine [IOM], 2004 6-8, Berkman i dr. 2011, Svjetska zdravstvena organizacija [SZO], 2013: 1-7).

Don Nutbeam, jedan od ključnih znanstvenika na polju zdravstvene pismenosti, zdravstvenu pismenost definira trima razinama: osnovna/funkcionalna, komunikacijska/interaktivna i kritička (Nutbeam 2000).
Osnovna/funkcionalna razina zdravstvene pismenosti implicira osnovnu pismenost, pisanje i čitanje koje omogućuju slijeđenje jednostavnih uputa te osnovna znanja o zdravlju, zdravstvenim rizicima i zdravstvenim sustavima (Chinn 2011; Nutbeam 2000). Prva razina zdravstvene pismenosti omogućuje pojedincu da razumije i slijedi jednostavne upute, da razumije osnove svojih prava unutar zdravstvenog sustava i na taj način, usmjeren individualno, brine se za svoje zdravlje.

Komunikacijska/interaktivna razina zdravstvene pismenosti podrazumijeva naprednije kognitivne vještine kao i vještine pismenosti koje uz socijalne vještine omogućuju pojedincu sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima, dobivanje informacija iz različitih izvora, zaključivanje i prilagodbu temeljenu na promjenama okolnosti, takav je pojedinac osnažen i motiviran aktivno sudjelovati u odlukama u svezi svoga zdravlja (Chinn 2011; Nutbeam 2000) Druga razina zdravstvene pismenosti donosi veću širinu znanja koje dolazi iz različitih izvora te promišljanjem i izborima dovodi pojedinca u stanje motiviranosti da odlučuje o svom zdravlju. Na ovoj razini zdravstvene pismenosti usmjerenost je još uvijek individualna.

Kritička razina zdravstvene pismenosti podrazumijeva još naprednije kognitivne vještine koje uz socijalne vještine omogućuju pojedincu kritičku analizu podataka te korištenje tih uvida kako bi se postigla veća kontrola u određenim situacijama, te omogućuje pojedincu da bude aktivni sudionik u svim aspektima brige za svoje zdravlje. Ova razina implicira socijalnu i političku aktivnost, dakle, utjecaj dalekosežniji od individualne aktivnosti, koja je prisutna i na dvjema nižim razinama zdravstvene pismenosti (Nutbeam 2000). Treća razina zdravstvene pismenosti nadrasta individualno, na ovoj razini zdravstvene pismenosti aktivnosti nisu isključivo usmjerene na i za pojedinca, tu je pojedinac generator promjena koje posljedično djeluju na druge pojedince u njegovoj društvenoj i političkoj sferi. Dobar primjer takva djelovanja jesu udruge pacijenata, koje se ne samo zalažu za prava određene skupine oboljelih, sudjeluju u odlučivanju i utječu na zdravstvene politike, nego i utječu na razinu zdravstvene pismenosti svojih članova, ali i opće populacije kroz različite javno-zdravstvene aktivnosti te istupe u medijima.

Jasno je da više razine zdravstvene pismenosti omogućuju više autonomije pojedincima/bolesnicima. Viša razina zdravstvene pismenosti osigurava razumijevanje, međutim ne jamči bolje izbore (Nutbeam 2000), osim educiranosti i dalje mora postojati element motivacije kako bi izbori bili pravi, tj. oni koji idu u smjeru poboljšanja ili očuvanja zdravlja. Slaba zdravstvena pismenost najčešće je povezana s lošim socioekonomskim prilikama i nižom razinom opće edukacije (Nutbeam 2009, Sørensen i dr. 2015), također, povezana je sa starijom životnom dobi (IOM 2004: 7, Sørensen i dr. 2015) i slabijim razumijevanjem jezika na kojemu je uputa dobivena/pročitana (IOM 2004: 7). Međutim, kao i osnovna pismenost, zdravstvena pismenost može se unaprijediti edukacijom.

Glavnom preprekom za unapređenje zdravstvene pismenosti na osobnoj/individualnoj razini smatra se sram i stigma koju pojedinci osjećaju i stoga taje svoju slabu zdravstvenu pismenost i ne traže pomoć (IOM 2004: 8). Po istraživanju Parikh i suradnika, osobe koje imaju slabu zdravstvenu pismenost u 40 % slučajeva osjećaju sram te skrivaju svoje slabe kapacitete za čitanje i razumijevanje dobivenih informacija od svojih bračnih partnera (67,2 %) i djece (53,4 %). 19% ispitanih pacijenata nikada nisu nikomu otkrili (uključujući osobe koje se brinu o njihovu zdravlju) da imaju takvih problema jer osjećaju strah, manjak samopouzdanja i nekompetentnost (Parikh i dr. 1996). Pružatelji zdravstvene skrbi u većini su slučajeva nesvjesni manjka kompetencija svojih bolesnika na polju zdravstvene pismenosti ili ih precjenjuju (Bass i dr. 2002), a činjenica da to bolesnici evidentno kriju sigurno ne pomaže u rješavanju ovog problema.

Navedene činjenice potvrđuju hipotezu da osobe slabije pismenosti osjećaju duboko ukorijenjeni sram i strah, a to ih dovodi u poziciju povećanog zdravstvenog rizika.

Stoga je nužna edukacija populacije putem školskih programa tijekom trajanja obvezne edukacije ili dodatnih programa opismenjavanja odraslih osoba. Bitno je osvijestiti i pružatelje zdravstvene skrbi kako bi svjesni razmjera problema mogli prilagoditi svoj komunikacijski stil i pristup osobama koje su na osnovnoj razini ili ispod osnovne razine zdravstvene pismenosti.

Većina ranih publikacija i istraživanja na temu zdravstvene pismenosti potječe iz Sjedinjenih Američkih Država. Ključna je publikacija na tu temu: *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, u čijem predgovoru tadašnji predsjednik Instituta za medicinu SAD-a Harvey V. Fineberg ističe kako zdravstvena pismenost „omogućuje bolesnicima da razumiju i djeluju u svom interesu“ (IOM 2004).

Ta kratka rečenica jednostavno opisuje sav smisao zdravstvene pismenosti i svih nastojanja da se u tom smjeru djeluje. Kako je u knjizi navedeno, istraživanje razine zdravstvene pismenosti u SAD-u donosi zabrinjavajuće podatke o tome da polovica odraslih osoba u SAD-u, njih oko 90 milijuna ili 47 %, ima tegoba s razumijevanjem i postupanjem na temelju dobivenih zdravstvenih informacija (IOM 2004: 7).

Jedino veće istraživanje zdravstvene pismenosti u Europi, provedeno 2011. godine, ukazuje na visoku prevalenciju neadekvatne zdravstvene pismenosti (SZO 2013: 3). Osam zemalja članica Europske unije (Austrija, Bugarska, Njemačka, Grčka, Irska, Nizozemska, Poljska i Španjolska)

sudjelovalo je u *European health literacy survey* [HLS – EU] (Sørensen i dr. 2015), koje je donijelo rezultate vrlo usporedive s istraživanjem u SAD-u. Rezultati tog istraživanja pokazuju da 47 % ispitanika pripada skupini niske razine zdravstvene pismenosti (nedovoljna 12 % i problematična 35 %). Čimbenici koji se povezuju s nižim razinama zdravstvene pismenosti u navedenim europskim državama jesu: siromaštvo, niži socijalni status, niža razina edukacije, starija životna dob (stariji od 66 godina) i muški spol. Najsnažniji prediktori loše zdravstvene pismenosti u prvom su redu siromaštvo, zatim loš socijalni status, edukacija i dob, dok je spol najslabiji prediktor (Sørensen i dr. 2015).

Kod analize čimbenika koji utječu na zdravstvenu pismenost treba uzeti u obzir da informacije u vezi zdravlja mogu biti vrlo kompleksne i da okolnosti u kojima ih pojedinac prima mogu biti pod velikim emocionalnim stresom zbog čega i visoko educirani pojedinci mogu imati problema s razumijevanjem dobivenih informacija (SZO 2013: 8).

Valja naglasiti i velike razlike među rezultatima u osam analiziranih država pa je tako općenito najbolje rezultate zdravstvene pismenosti imala Nizozemska, a najlošije Bugarska, dok su sve druge države imale rezultate između ovih dvaju ekstrema (Sørensen i dr. 2015).

Kao što se vidi iz rezultata HLS – EU istraživanja, postojeće su razlike između razine zdravstvene pismenosti zemalja u Europi velike, a razlike postoje i u drugim segmentima, na te različitosti važno je obratiti pozornost prilikom određivanja inicijativa i strategija za poboljšanje stanja zdravstvene skrbi i zdravlja stanovništva. SZO naglašava da je vrijednost takvih inicijativa u osnaživanju zajednica i poboljšanju života pojedinaca jer manjak zdravlja dovodi do usporavanja ekonomskog i socijalnog razvoja, propadanja postojećih potencijala i iscrpljivanja resursa u svim dijelovima društva (SZO 2012: 1).

Osim navedene povezanosti zdravstvene pismenosti s posljedicama u rasponu od lošeg odziva na preventivne zdravstvene programe pa sve do preuranjene smrtnosti, HLS – EU istraživanje prvo je pokazalo snažnu korelaciju između zdravstvene pismenosti i samoprocijenjenoga zdravstvenog stanja (SZO 2013: 7). Najveći postotak pojedinaca koji su svoje zdravstveno stanje samoprocijenili kao „vrlo loše“ (njih 78,1 %) i „loše“ (71,8 %) imaju niske razine zdravstvene pismenosti (Sørensen i dr. 2015).

Niska razina zdravstvene pismenosti zabilježena je i kod pojedinaca koji imaju više od jedne kronične bolesti (61 %), i kod onih koji su imali šest ili više posjeta liječnicima u posljednjih 12 mjeseci (58,9 %) (Sørensen i dr. 2015).
Sve navedeno dovodi do zaključka da su lošije zdravlje i veća potreba za zdravstvenom skrbi (i posljedično veći troškovi) najprisutniji kod onih koji su na nižoj razini zdravstvene pismenosti, stoga trebaju više pažnje i vremena svih uključenih u pružanje zdravstvene skrbi kako bi njihovi ishodi imali priliku biti boljima.

U svijetu današnjice u kojemu prevladavaju kronične bolesti i po SZO-u su glavni čimbenici smrtnosti (75 % svih smrti pripisuje se sljedećim skupinama bolesti: kardiovaskularne, maligne, dijabetes i respiratorne bolesti) (SZO 2013: 12), zdravstvena pismenost dobiva još više na važnosti jer se te iste bolesti djelomično mogu prevenirati i njihova progresija može se moderirati zdravim načinom života, pravilnom prehranom, redukcijom prekomjerne tjelesne težine, redovitim kretanjem, prestankom pušenja, ograničenom konzumacijom alkohola itd.

Neka od pitanja koja se željelo istražiti anketom *European health literacy* jesu i povezanost zdravstvene pismenosti i pušenja, konzumacije alkohola, BMI (*body mass index* / indeks tjelesne mase) i fizičke aktivnosti i samo za posljednje dokazana je snažna i konzistentna veza. Pojedinci koji imaju veću razinu zdravstvene pismenosti ujedno su fizički aktivniji, dok pojedinci s najslabijom razinom zdravstvene pismenosti u više od 75 % slučajeva ne provode ni jedan oblik fizičke aktivnosti (SZO 2013: 13). Blagotvorno djelovanje redovite fizičke aktivnosti na zdravlje poznato je od antičkih vremena. Za modernog čovjeka koji zbog sjedilačkog načina života i utjecaja moderne tehnologije, koja gotovo u potpunosti anulira potrebu izlaska iz komfora svojeg doma, redovito prakticiranje nekog oblika fizičke aktivnosti postaje još važnijim. Stoga, kretanje, tj. fizička aktivnost mora biti imperativ kod kroničnih bolesnika oboljelih od najčešćih bolesti današnjice kao što su kardiovaskularne bolesti i dijabetes. Utjecaj podizanja razine zdravstvene pismenosti na povećanje fizičke aktivnosti i posljedično bolje kontroliranje bolesti jasni su i ostaju kao primarni zadaci pružateljima zdravstvene skrbi i svim drugim dionicima uključenima u proces zdravstvenog opismenjavanja građana.
Po preporukama SZO (2013: 14) poboljšanje ishoda bolesnika s kroničnim bolestima u kontekstu zdravstvene pismenosti treba biti fokusirano na:

- pomoć osobama s niskom razinom zdravstvene pismenosti
- aktivnosti za poboljšanje zdravstvene pismenosti
- poboljšanje praksa svih dionika odgovornih za zdravstvenu pismenost.

Upravo ovaj rad i istraživanje nudi dio rješenja i donosi nove uvide u percepciju pružatelja zdravstvene skrbi o određenim komponentama zdravstvene pismenosti te kao takav može služiti kao izvor informacija o potrebi i sadržaju edukacija pružatelja zdravstvene skrbi o ovoj važnoj temi.

4.1. Javno zdravstvo i zdravstveno prosvjećivanje u Hrvatskoj

Hrvatska ima dugu tradiciju javnog zdravstva i zdravstvenog prosvjećivanja stanovništva vezanu primarno za rad i postignuća dr. Andrije Štampara. Andrija Štampar hrvatski je liječnik, rođen krajem 19. stoljeća u Slavoniji, školovao se u Beču, a svoj profesionalni put posvetio je razvoju javnog zdravstva i zdravstvenog prosvjetiteljstva kako u tadašnjoj Jugoslaviji tako i šire, u različitim državama i kontinentima, svojim radom pri Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji čiji je jedan od osnivača (Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar [NZJZ], 2019., enciklopedija.hr, n. dj., The Association of Schools of Public Health in the European Region [ASPHER], 2019).

Tridesetih godina 20. stoljeća Andrija Štampar utemeljio je zdravstvenu službu u tadašnjoj Jugoslaviji, između osnovanih 250 ustanova i Školu narodnoga zdravlja u Zagrebu uz potporu Rockefellerove zaklade. Poslije je radio kao stručnjak Higijenske organizacije Društva naroda u europskim zemljama i SAD-u, sudjelovao u reorganizaciji javnog zdravlja u Kini, a nakon Drugoga svjetskog rata postaje ravnatelj Škole narodnoga zdravlja u Zagrebu, dekan Medicinskoga fakulteta, rektor Sveučilišta u Zagrebu, predsjednik JAZU-a (1947. – 1958.) i osnivač Instituta za higijenu rada.

Godine 1946. bio je izabran za prvoga potpredsjednika Ekonomsko-socijalnog vijeća UN-a. Predsjedao je prvoj Svjetskoj zdravstvenoj skupštini Svjetske zdravstvene organizacije u Ženevi 1948. godine, nakon čega je kao izaslanik SZO-a proučavao javno zdravstvo i medicinsko školstvo u Afganistanu, Egiptu, Sudanu i Etiopiji. (NZJZ 2019; enciklopedija.hr, n. dj.).

Iste te, 1948. godine, tijekom prvog zasjedanja Svjetske zdravstvene skupštine Svjetske zdravstvene organizacije u Ustav SZO-a upisana je definicija zdravlja koju je 1926. godine dao Andrija Štampar: **„Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti.“** (NZJZ 2014).

Koliko su ideje Andrije Štampara bile vizionarske najbolje govori niže naveden isječak iz njegova govora prilikom obraćanja delegatima prvog zasjedanja Svjetske zdravstvene skupštine Svjetske zdravstvene organizacije:

„U posljednjih 25 godina svoga rada i suradnje na polju međunarodnog zdravlja došao sam do čvrstog uvjerenja, da se veliki rezultati u našim nastojanjima za proširenje i bolje zdravlje mogu postići izmjenom misli i iskustava. Znanost nas je naučila, kako da osiguramo *zdravlje za svakoga,* ali rezultati znanstvenih istraživanja ne mogu postati realnost i zaživjeti, ako se postojeći odnosi među narodima ekonomske, socijalne i drugih vrsta ne unaprijede. Na svojim brojnim putovanjima po cijelom svijetu shvatio sam, da mi jedan od drugoga možemo toliko toga naučiti. *Mi ne možemo, to je jasno, prići rješenju zdravstvenih problema u svim zemljama na isti način*. Svaka zemlja ima svoje osobitosti te se ono, što je dobro za jednu ne može primijeniti na drugu. Ali postoji jedna osnovna istina koja se odnosi na sve, a to je, da *svaki čovjek ima pravo na zdravlje*. Upravi li naša Organizacija svoje djelatnosti u tom smjeru, njezina će nastojanja biti sigurno okrunjena trajnim dostignućima. Bolest nije posljedica samo fizičkih i bioloških faktora. *U pitanjima zdravlja sve veću ulogu igraju ekonomski i socijalni faktori*, i ti se problemi trebaju rješavati ne samo s tehničkog već isto tako i sa sociološkog stajališta. Iako je medicina stara preko 5.000 godina, a moderna znanost oko 150 godina, ta je ideja uznapredovala tek u posljednjih 50 godina. *Zdravlje treba biti faktor stvaranja boljeg i sretnijeg života.* Budući da je zdravlje osnovno pravo svakog ljudskog bića, zajednica je dužna osigurati ljudima što potpuniju zdravstvenu zaštitu. Prema tome, uvod u naš Ustav predstavlja veliku pobjedu, jer sadržava ispravnu koncepciju javnog zdravstva i baca svjetlo, koje će nas voditi na dugačkom i teškom putu, koji je pred nama. *Medicinska znanost treba prihvatiti pozitivan a ne obrambeni stav*. Svjetsku zdravstvenu organizaciju očekuju veliki zadaci na tom području. Njezini će uspjesi u budućnosti uvelike ovisiti o sposobnosti, kojom će te ideje provesti u praksi...“ (*Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 2005.).

Iz isječka Štamparova govora starog preko sedamdeset godina može se vidjeti dalekovidnost njegovih ideja i ciljeva koje je postavio pred sebe i netom osnovan SZO. Neke od tih ideja još su i danas vrlo svježe i aktualne, a neke koje se danas čine vrlo zdravorazumskima, kao što je „zdravlje za svakoga“ tada, kada su bile upisane u Ustav SZO, predstavljale su svojevrsnu revoluciju i veliki napredak u razmišljanju i poimanju zdravlja.

Štampar već tada, pedesetih godina prošlog stoljeća, potpuno razumije blagodati individualnog pristupa kako čovjeku tako i zdravstvenim sustavima, te ne propisuje jednak pristup svima, nego štoviše uvažava različitosti te naglašava važnost međusobnog pomaganja i suradnje.

Osim toga ističe utjecaj socijalnih i ekonomskih čimbenika, što je ideja koja se do dana današnjeg nije promijenila, već je samo pokrijepljena mnogobrojnim istraživanjima, statistikama i analizama populacije.

Zatim ističe važnost medicinske znanosti i stava koji zauzima prilikom provođenja navedenih ideja u praksu, kao što se i danas ističe u djelima koja se bave segmentom javnog zdravstva – ključ implementacije jest u educiranim i voljnim pružateljima zdravstvene skrbi.

Deset načela dr. Andrije Štampara kojima sažima svoja saznanja iz segmenta javnog zdravstva i socijalne medicine te ih postavlja pred sebe i svoje kolege, ali i šire, kao ciljeve rada, i danas su relevantni kao što su bili prije skoro devedeset godina.

Načela dr. Andrije Štampara:

1. Važnije je obavještavanje naroda od zakona.
2. Najvažnije je pripremiti u jednoj sredini teren i pravilno shvaćanje o zdravstvenim pitanjima.
3. Pitanjem narodnog zdravlja i radom na njegovom unapređenju trebaju se baviti svi, bez razlike.
4. Socijalna terapija bitnija je od individualne.
5. Liječnik ne smije biti ekonomski ovisan o bolesniku.
6. Ne smije se raditi razlika između ekonomski jakih i slabih.
7. U zdravstvenoj organizaciji liječnik treba tražiti bolesnika, a ne obrnuto, kako bi se obuhvatili svi oni koji trebaju zaštitu.
8. Liječnik treba biti narodni učitelj.
9. Pitanje narodnog zdravlja je od većeg ekonomskog nego humanitarnog značaja.
10. Glavno mjesto liječničkog djelovanja je tamo gdje ljudi žive, a ne ordinacija. (NZJZ 2019).

Iz načela dr. Andrije Štampara iščitava se njegovo pronicljivo shvaćanje sveobuhvatnosti zdravstvene pismenosti. Informiranje stanovništva postavlja se kao prvi cilj, kao prioritet koji je čak iznad zakona, jer dr. Štampar istinski razumije, čak i u ono vrijeme, koliko je znanje imperativ i kako sve od znanja kreće, odnosno kako sve druge aktivnosti i inicijative nemaju šansu za uspjeh ako nije zadovoljen taj prvi uvjet. Jednako tako nastavlja naglašavati važnost znanja i edukacije u drugom načelu te važnost pripreme populacije na daljnje aktivnosti kako bi one bile što bolje prihvaćene.

Ono što se danas nalazi kao ključna komponenta svih važnih publikacija koje se bave zdravstvenom pismenosti Štampar je naglašavao od početka, a to je uključivanje svih dionika u skrb o zdravlju i njegovu unapređenju (zdravstveni sustav, školski sustav, društvo u cijelosti).

Zatim, u Štamparovim vizionarskim načelima stoji i ono što su danas potvrdila mnogobrojna istraživanja, a to je ekonomska važnost, tj. povezanost razine zdravstvene pismenosti i troškova zdravstva. Ukratko, sva načela zdravstvene pismenosti koja se postavljaju kao imperativ u modernom društvu i zdravstvu 21. stoljeća sažeta su unutar Štamparovih načela i upravo u tome počiva njegov genij i njegovo vizionarstvo. Osim toga, iz Štamparovih načela iščitava se njegova posvećenost preventivnoj medicini i svim koristima koje iz te posvećenosti izviru, ne samo za pojedinca nego i za društvo u cjelini.

Sumarno, sve je naveo i sam dr. Štampar u osmom načelu u kojemu kaže: „Liječnik treba biti narodni učitelj“ gdje naglašava ulogu pružateljā zdravstvene skrbi i stavlja ih na prvo mjesto kad govorimo o edukaciji bolesnika, ali i edukaciju postavlja kao prvi zadatak njihova rada.

Sve navedeno govori u prilog potrebi da pružatelji zdravstvene skrbi moraju biti senzibilizirani kako bi mogli prepoznati i educirani kako bi znali pristupiti bolesniku koji je niže razine zdravstvene pismenosti ili je zbog specifičnosti svoga zdravstvenog stanja u takvom emocionalnom statusu koji onemogućuje korištenje postojećih znanja i kognitivnih kapaciteta u kontaktu s navedenim pružateljem zdravstvene skrbi.

Zdravstvena pismenost slojevit je problem i u kontekstu ovog rada ključan je utjecaj zdravstvene pismenosti na adherenciju. Nerazumijevanje dobivenih uputa i preporuka, nerazumijevanje svog zdravstvenog stanja, svoje bolesti i načina na koji se za sebe treba skrbiti, nemogućnost

razumijevanja pročitanog, bilo da se radi o uputama za lijekove, nalazima ili drugoj medicinskoj dokumentaciji, vodi do zbunjenosti i osjećaja nemoći, koje vrlo lako vodi u frustraciju i odustajanje od terapije ili do pogrešna uzimanja terapije, čime raste potencijal od nastanka nuspojava koji sam po sebi vodi u lošiju adherenciju.

Istraživanja pokazuju da se zdravstvena pismenost može poboljšati (za 22 % kod bolesnika kod kojih je provedena neka od intervencija za poboljšanje zdravstvene pismenosti), a poboljšanje zdravstvene pismenosti ima izravan utjecaj na poboljšanje adherencije pa su bolesnici koji edukacijom podignu svoju razinu zdravstvene pismenosti i 16 % adherentniji (Miller 2016).

Što bi značilo poboljšanje zdravstvene pismenosti za 22 %? Po HLS – EU istraživanju, u osam zemalja EU-a (Sørensen i dr. 2015) 47 % ispitanika ima nedovoljnu/problematičnu razinu zdravstvene pismenosti (nedovoljna 12 % i problematična 35 %). Po ovome, jedinom dostupnom i relevantnom istraživanju može se procijeniti da u Europskoj uniji od postojećih 508 (Europska unija [EU], n. dj.) milijuna stanovnika oko 238 milijuna stanovnika ima nisku razinu zdravstvene pismenosti. Poboljšanje zdravstvene pismenosti od 22 % poboljšalo bi, stoga, živote i zdravstvene ishode za oko 52,5 milijuna stanovnika Europske unije.

Zdravstvena pismenost omogućuje bolesniku da bude informiran, da ravnopravnije sudjeluje u razgovoru s pružateljima zdravstvene skrbi te ga osnažuje za donošenje odluka i motivira za skrb o sebi samom. Zdravstveno pismeni pojedinci biraju zdravije izbore i donose zdravije odluke, žive zdravijim životnim stilom (ne puše, ograničeno konzumiraju alkohol, redovito se kreću, održavaju zdravu razinu tjelesne mase itd.), odlaze na redovite liječničke preglede, sudjeluju u preventivnim programima te mogu služiti kao primjer drugima, štoviše, na taj način mogu pozitivno utjecati na širu zajednicu motivirajući druge da se na jednak način skrbe za sebe. Zdravi i produktivni pojedinci doprinose više svojim obiteljima i društvu u cjelini.

5. Teorije zdravstvenog ponašanja

Jedan dio bolesti današnjice od kojih obolijeva i umire najveći broj osoba jesu bolesti povezane s nekom vrstom rizičnog ponašanja kakvo je npr. prekomjerno konzumiranje visokokalorične prerađene hrane bogate zasićenim mastima i solju, konzumiranje previše zaslađene hrane i pića, seksualna aktivnost bez prikladne zaštite, manjak kretanja, pušenje itd. Većina osoba koje prakticiraju navedena rizična ponašanja znaju da su ta ponašanja loša. Razgovori s pružateljima zdravstvene skrbi, kao i javno zdravstvene aktivnosti, pozitivno utječu na zdravstvenu prosvijećenost. Pojedincima su danas, u vremenu digitalizacije, zdravstvene informacije dostupne u svakom trenutku te je informiranost o povezanosti rizičnih ponašanja i loših ishoda široko dostupna. Međutim, pojedinci i dalje odabiru ponašanja kojima narušavaju svoje zdravlje, od zdravih individua postaju kroničnim bolesnicima, a kao takvi nerijetko nastavljaju s istim ponašanjima i lošim navikama koje su potencirale nastanak bolesti. Teorije zdravstvenog ponašanja nastoje objasniti i predvidjeti ponašanje zdravih pojedinaca i oboljelih kako bi pomogle pružateljima zdravstvene skrbi u odabiru pristupa prilikom pružanja zdravstvene skrbi.

Zdravstvena ponašanja, uzevši u obzir činjenicu radi li se o zdravom ili već oboljelom pojedincu, možemo podijeliti u primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju. Primarna prevencija podrazumijeva sve aktivnosti koje služe održavanju zdravlja, odlazak na redovite preventivne preglede, odazivanje na preventivne zdravstvene akcije, pravilna prehrana, redovito vježbanje, dovoljno sna, izbjegavanje rizičnih ponašanja. Sekundarna prevencija podrazumijeva sve aktivnosti koje se provode nakon što je bolest otkrivena i započeta terapija uz odgovarajuće higijensko-dijetetske mjere, koje omogućuju da se bolest dobro regulira te da se preveniraju sva oštećenja organa i organskih sustava koja bi mogla nastati kao posljedica primarne bolesti. Tercijarna prevencija podrazumijeva sve aktivnosti koje služe prevenciji progresije bolesti (Martin i dr. 2010: 4-5).

Postoji više teorija koje nastoje razjasniti rizično, zdravstveno ponašanje koje možemo podijeliti u dvije osnovne skupine:

- **Teorije osobine ličnosti** – počivaju na pretpostavci da su određene osobine ličnosti povezane s određenim rizičnim ponašanjima. Istraživanja pokazuju da su ekstraverzija, otvorenost za iskustva, neuroticizam i psihoticizam pozitivno povezani s rizičnim zdravstvenim ponašanjima kao što je konzumacija cigareta, alkohola, vožnja pod utjecajem alkohola te rizična seksualna ponašanja.
- **Teorije kognitivnih, afektivnih, motivacijskih i situacijskih čimbenika** temelje se na pretpostavci da je ljudsko ponašanje racionalno i namjerno. Te teorije dijelimo u dvije skupine: socijalno-kognitivne teorije i modele faza, a razlikuju se po tome kako organiziraju koncepte. U modelima faza, kako samo ime kaže, promjena ponašanja događa se u odvojenim fazama (Maglica 2010).

Zajednička svim teorijama kognitivnih, afektivnih, motivacijskih i situacijskih čimbenika jest sljedeća premisa: odluka osobe da se ponaša na neki određeni način ovisi o potencijalnim izborima, posljedicama izabrana ponašanja, okružju, tj. dostupnosti resursa, ravnoteži dobitaka i gubitaka povezanih sa svakim potencijalnim izborom te socijalnom utjecaju i pritisku u korist ili protiv tog izbora (Maglica 2010).

U okviru ovog rada naglasak će biti na socijalno-kognitivnim modelima pa će u nastavku biti više riječi o socijalno-kognitivnoj teoriji, modelu uvjerenja vezanih uz zdravlje, teoriji razložne akcije i teoriji planirana ponašanja.

Socijalno-kognitivna teorija uglavnom se vezuje uz rad kanadskog psihologa Alberta Bandure. Bandura je sedamdesetih godina prošlog stoljeća na temeljima Millerove i Dollardove teorije socijalnog učenja izgradio socijalno-kognitivnu teoriju. Ova teorija polazi od premise da je oponašanje drugih, tj. učenje opservacijom i modeliranjem ključno. Osim ovoga temeljnog koncepta, ova teorija uključuje još nekoliko važnih koncepata, pogotovo u okviru zdravstvenog ponašanja, kao što su:

- nagrada (tzv. dishinhibitorni efekt koji nastaje kad pojedinac promatra model koji je nagrađen za vlastito ponašanje) i kazna (tzv. inhibitorni efekt koji nastaje kad pojedinac promatra model koji je kažnjen za vlastito ponašanje)

- očekivanje ishoda (osoba koja promatra i uči iz nekog ponašanja druge osobe, očekuje jednak rezultat za sebe ako ponovi promatrano ponašanje)
- identifikacija (ako osoba koja promatra neko ponašanje osjeća snažnu psihološku povezanost s osobom koja izvodi određeno ponašanje povećava se vjerojatnost učenja)
- sposobnost osobe da izvede neko ponašanje
- samopouzdanje da će određenu aktivnost moći izvesti, takozvana samoefikasnost (Miller 2005: 252-254).

Bandura naglašava da su percipirana samo-efikasnost i očekivani ishod dvije ključne odrednice ponašanja (Bandura, 1986). Samo-efikasnost govori u prilog samopouzdanju pojedinca da će moći izvesti željeno ponašanje („Svaki tjedan mogu smršaviti pola kilograma kako bih za pola godine imao oko 10 kg manje.“), a očekivani ishod govori o (pozitivnom ili negativnom) ishodu koje pojedinac očekuje kao posljedicu svog ponašanja („Ako budem težio 10 kg manje moći ću se brže i duže kretati bez bolova u zglobovima.“). Samo-efikasnost bolesnika jedan je od značajnih prediktora dobre adherencije (Krueger, Berger i Felkey 2005).

Dakle, za socijalno-kognitivnu teoriju važno je učenje promatranjem modela, kreiranjem vlastitih očekivanja na osnovi promatranih efekata ponašanja, uz elemente motivacije, sposobnosti i samopouzdanja.
Različite javno zdravstvene aktivnosti koje uključuju atraktivne i /ili prepoznatljive i slavne modele temelje se na ovom modelu te se raščlambom istih može prepoznati većina spomenutih koncepata.

Model uvjerenja vezanih uz zdravlje jedan je od najstarijih socijalno-kognitivnih modela zdravstvenog ponašanja, razvijen je u Sjedinjenim Američkim Državama pedesetih godina prošlog stoljeća, a kako bi se otkrilo zašto građani sudjeluju odnosno ne sudjeluju u javnozdravstvenim akcijama i preventivnim programima (Martin i dr. 2010: 5). Rosenstock (1974.) u članku „Historical Origins of Health Belief Model“ naglašava osnovne komponente modela; naime, pojedinac, kako bi poduzeo određenu zdravstvenu aktivnost mora:

- vjerovati kako je podložan određenoj bolesti – percipirana podložnost bolesti („U mojoj obitelji svi imaju visoki tlak i ja ću ga sigurno dobiti.“)

- da je bolest dovoljno ozbiljna da značajnije utječe na neki aspekt života pojedinca – percipirana ozbiljnost bolesti („Visoki tlak bio je samo početak, poslije su svi umrli od infarkta.“)
- da bi poduzimanje određene aktivnosti smanjilo podložnost pojedinca toj bolesti ili ako bi bolest nastupila smanjilo njezinu težinu – percipirana korist („Moj stariji brat jedini je dobro, ali on se stvarno pazi, pije lijekove, pazi što jede i pogotovo je pažljiv koliko soli hranu.“)
- vjerovanje da će moći zaobići barijere u postizanju i održavanju zdravlja (trošak, bol, neugoda) („Vidim po bratu da to nije tako strašno, jedna tableta ujutro, izmjeri tlak i ide dalje za svojim poslom.“).

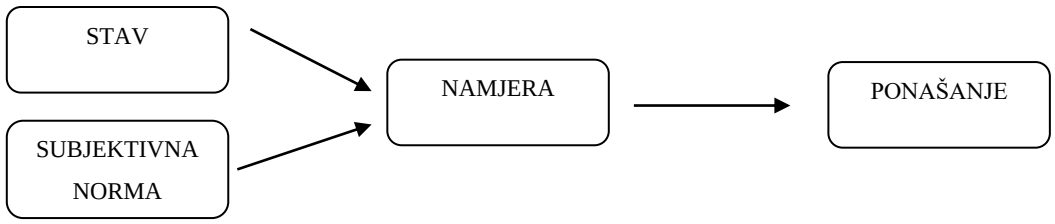
Poslije se model nadograđuje demografskim karakteristikama (dob, spol) i vanjskim utjecajima koji potiču na aktivnost, a koji mogu biti unutarnji (određeni simptom kao što je bol, povišena tjelesna temperatura ili kašalj) ili vanjski (preporuke pružatelja zdravstvene skrbi, prijatelja, informacije iz drugih izvora kao što su mediji) (Martin i dr. 2010: 6; Rosenstock 1974).

Devedesetih se modelu dodaju još dvije važne komponente, a to su samoefikasnost i ponašajna namjera. Samoefikasnost, kako je bilo navedeno, dio je socijalno-kognitivne teorije, a odnosi se na vjerovanje pojedinca da je sposoban provesti određenu aktivnost, dok se ponašajna namjera odnosi na spremnost pojedinca da se u budućnosti ponaša na određeni način (Maglica 2010). Ovaj model bio je temelj za nadogradnju i konceptualizaciju ostalih kognitivnih modela.

Teorija razložne akcije Ajzena i Fishbeina, koncipirana krajem 1970-ih, počiva na premisi da je ponašanje pojedinca vođeno namjerom koja je produkt kombinacije stavova pojedinca i subjektivnih normi u svezi određena ponašanja, dakle, razmatra povezanost stavova i ponašanja. Ova teorija potječe iz uvida da stavovi nisu uvijek usko vezani uz ponašanja (Miller 2005: 126-127; Martin i dr. 2010: 8) .

Naprimjer, netko može imati stav da je prevencija najbolji način da se spriječi neka bolest, ali zbog osjećaja srama ili neugodnosti koje očekuje tijekom pregleda propusti otići na preventivni pregled. Za teoriju razložne akcije važno je naglasiti da pojačava naglasak na vjerovanjima koja u različitim omjerima utječu na oblikovanje stava (Miller 2005: 126). Promjena ponašanja, po ovom modelu, moguća je ako dođe do promjene vjerovanja. Namjera da se neko ponašanje promijeni vođena je

stavovima koje pojedinac ima i subjektivnim normama (vjerovanja o tome što drugi misle o tom ponašanju i je li pojedincu uopće stalo što njegova okolina o tome misli) (Martin i dr. 2010: 8).



Slika 3. Shematski prikaz teorije razložne akcije

Teorija razložne akcije ima dokazanu vrijednost u predviđanju širokog raspona ponašanja nad kojima pojedinac ima svjesnu kontrolu (Martin i dr. 2010: 11).

Teorija planiranog ponašanja nadogradnja je opisane teorije razložne akcije. Ajzen (1991.) je dodatkom još jedne varijable proširio postojeći model te se na taj način poboljšala razina predikcije, osobito za ona ponašanja nad kojima pojedinac nema potpunu svjesnu kontrolu. Ta nova varijabla naziva se percipirana ponašajna kontrola – razina kontrole za koju pojedinac vjeruje da ima nad određenim ponašanjem, tj. očekivana lakoća izvođenja određena ponašanja (Ajzen 2011; Maglica: 2010).

Percipirana ponašajna kontrola kod različitih pojedinaca i u različitim situacijama u različitom omjeru uz stav oblikovan vjerovanjima i subjektivnu normu utječe na formiranje ponašajne namjere. Percipirana ponašajna kontrola u navedenom kontekstu najsličnija je Bandurinoj samoefikasnosti (Ajzen 1991), obje teorije, naime, govore u prilog snažnu utjecaju povjerenja u vlastite sposobnosti na ponašanje i na ishod.

Sve tri navedene teorije zdravstvenog ponašanja nisu sveobuhvatne u kontekstu apsolutnog predviđanja svakoga zdravstvenog ponašanja. Njihova je vrijednost u činjenici da stavljaju naglasak na vjerovanja, stavove, subjektivnu normu (utjecaj socijalnoga konteksta) i percipiranu ponašajnu kontrolu (povjerenje u vlastite sposobnosti) koji oblikuju namjeru, a namjera je ključan prediktor ponašanja. Što je namjera da se određeno ponašanje poduzme snažnija, to veća je i vjerojatnost da će se planirano ponašanje zaista i realizirati (Ajzen 1991).

Uzevši u obzir sve navedene varijable prilikom pristupanja određenom bolesniku pružatelj zdravstvene skrbi može bolje predvidjeti ponašanje bolesnika, utjecati na buduće odluke i ponašanje bolesnika, te prevenirati neželjena ponašanja, pa na taj način teorije zdravstvenog ponašanja postaju dijelom rješenja u nastojanju da bolesnici postanu adherentni. Navedeni čimbenici stoga mogu utjecati na odabir i prilagodbu komunikacijske strategije koju će pružatelj zdravstvene skrbi odabrati kako bi osigurao maksimalni pozitivni efekt interpersonalne komunikacije s bolesnikom.

Pri izboru navedenih aktivnosti valja uzeti u obzir i **transteorijski model** promjene (Prochaska i DiClemente 1983), jedan od najistraživanijih modela faza, koji naglašava da pojedinac na putu promjene prolazi kroz nekoliko različitih faza i da se pristup prilikom facilitacije promjena treba prilagoditi fazi u kojoj se pojedinac trenutačno nalazi. Prema autorima ovog modela (Prochaska i DiClemente 1983), prolazak kroz faze nije linearan, naime, pojedinac se može vraćati i prelaziti iz faze u fazu, završiti ciklus i potaknut relapsom opet završiti u prvoj fazi. Faze ovog modela jesu: predkontemplacija (osoba još nema namjeru mijenjati ponašanje), kontemplacija (osoba razmišlja o promjeni ponašanja i potencijalnim strategijama), priprema (osoba definira svoju namjeru), akcija (promjena ponašanja s različito dugom uspješnom fazom), održavanje (dugoročno održavanje promjene) i posrtaj odnosno relaps koji se ne smatra fazom modela nego uobičajenom pojavom koja započinje novi ciklus (Martin i dr. 2010: 11-16). Transteorijski model promjene može pružateljima zdravstvene skrbi biti vrijedno usmjerenje pri odabiru intervencija i pristupa bolesniku, prilagodba je nužna ovisno o fazi u kojoj se bolesnik trenutno nalazi što je potpuno usklađeno s individualiziranim pristupom koji se potencira u suvremenoj medicini. Važnost interpersonalne komunikacije kroz potencijal da se bolesnika informira i motivira, te na bolesnika persuazivno djeluje, može značajno utjecati na prelazak iz jedne faze u drugu.

Teorije zdravstvenog ponašanja važne su jer pružateljima zdravstvene skrbi mogu dati dodatan uvid u trenutačno ponašanje bolesnika te im omogućuju da preciznije predvide buduća ponašanja bolesnika. Interpersonalna komunikacija kroz aspekte verbalne i neverbalne komunikacije omogućuje pružateljima zdravstvene skrbi da prikladno djeluju na komponente koje oblikuju ponašanje bolesnika (vjerovanja, stavove, subjektivnu normu, percipiranu ponašanju kontrolu) kako bi se to ponašanje primjereno korigiralo u svrhu poboljšanja zdravstvenog stanja bolesnika.

6. Čimbenici adherencije

Kada smo bolesni, teško je raditi, a učenje je još i teže. Bolest otupi kreativnost, umanjuje prilike. Ako se posljedice bolesti ne spriječe ili barem umanje, bolest će podrovati ljude i odvesti ih u patnju, beznađe i siromaštvo. (Sabaté 2003)
Kofi A. Annan, bivši glavni tajnik Ujedinjenih naroda (1997. – 2006.) i dobitnik Nobelove nagrade za mir (2001.) (UN 2019)

Bolest je specifična po tome da paralizira napredak, individualni, ali i napredak koji bi taj pojedinac donio svojoj obitelji i široj zajednici. Osim toga, ne samo da nema napretka nego, kako je naglasio i K. Anaan, vodi u propadanje – patnju, beznađe i siromaštvo. Dakle, bolest oduzima ono što je moglo biti i ono što već postoji.
Mnoge se bolesti mogu spriječiti, ne samo zarazne bolesti dobro poznatim preventivnim mjerama, nego i nezarazne kronične bolesti, bolesti moderna čovjeka koje nastaju potpomognute nezdravim stilom života koji uključuje nezdravu i preobilnu prehranu, manjak tjelovježbe, višak kilograma, pušenje… Međutim, taj proces prevencije često zakaže, i to ne samo na individualnoj, nego i na kolektivnoj razini. Vlade, zdravstveni sustavi, obrazovni sustavi, zdravstvene organizacije, pružatelji zdravstvene skrbi, sve su to dijelovi kolektiva koji su odgovorni i trebali bi sudjelovati u očuvanju zdravlja, propagiranju zdravog stila života, zdravstvenom opismenjavanju populacije kako bi pomogli pojedincu, educirali i motivirali ga za zdravi stil života i očuvanje zdravlja.
Ako ipak dođe do bolesti, isti ti dijelovi kolektiva trebaju sudjelovati zajedno s bolesnikom i pomoći da se zdravlje povrati ili učinci bolesti minimiziraju, a na to presudno utječu promjena životnih navika i primjereno uzimanje terapije, tj. slijeđenje uputa dogovorenih s pružateljem zdravstvene skrbi, na taj su način posljedice na individualnoj i kolektivnoj razini najmanje.

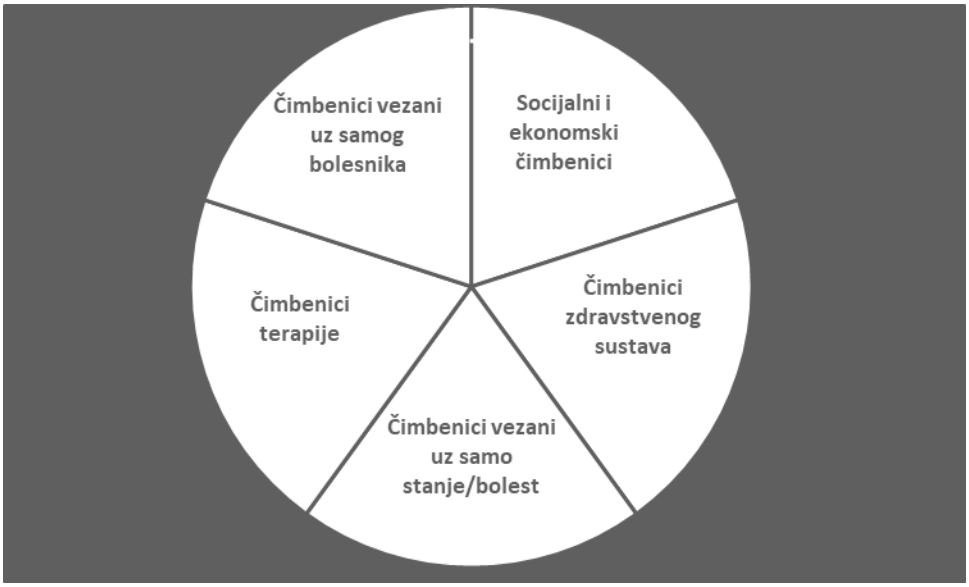
Kako postoji cijeli niz čimbenika koji utječu na pojavu neke bolesti, tako postoji i cijeli niz čimbenika koji utječu na adherenciju bolesnika. U ovom poglavlju svi ti čimbenici bit će detaljno raščlanjeni.

Mnogobrojna istraživanja čimbenika koji utječu na adherenciju i intervencija kako bi se unaprijedila usmjeravaju pozornost na područje komunikologije. Interpersonalna komunikacija s bolesnikom opetovano se pokazuje ključnom za kvalitetu i stupanj adherencije (Gongola i dr. 2019). Međutim, prije detaljnog fokusiranja na ovaj čimbenik, važno je navesti i sve ostale čimbenike koji utječu na adherenciju. Svjetska zdravstvena organizacija (Sabaté 2003) napravila je velik iskorak 2003. godine izdavanjem knjige posvećene adherenciji (*Adherence to long-term therapies: evidence for action*), koja objedinjuje podatke, istraživanja i iskustva prikupljena na globalnoj razini, te jasno pokazuje da se ne radi o izoliranom problemu karakterističnom za određenu geografiju, etničku, socijalnu ili dobnu skupinu, već da se radi o sveprisutnom problemu koji je u nekim uvjetima još izraženiji.

Po Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (Sabaté 2003: 27), čimbenike koji utječu na adherenciju možemo podijeliti u pet skupina:

1. Socijalni i ekonomski čimbenici
2. Čimbenici zdravstvenog sustava
3. Čimbenici vezani uz stanje/bolest
4. Čimbenici terapije
5. Čimbenici vezani uz bolesnika.

U daljnjem tekstu detaljnije će se razmatrati ovih pet čimbenika, i to slijedeći navedenu podjelu Svjetske zdravstvene organizacije. Neki autori veći naglasak stavljaju na jednu grupu čimbenika ili potpuno zanemaruju neke čimbenike. Čimbenici adherencije, kako ih grupiraju i opisuju Sabaté i drugi autori u knjizi *Adherence to long-term therapies: evidence for action,* daju cjelovit, objektivan i izbalansiran prikaz čimbenika, stoga će upravo ta podjela biti korištena kao baza za opis čimbenika adherencije.



Slika 4. Shematski prikaz čimbenika koji utječu na adherenciju
Izvor: (Gongola i dr. 2019)

6.1. Socijalni i ekonomski čimbenici

Socijalni i ekonomski čimbenici koji imaju negativan učinak na adherenciju jesu: rat, loš socioekonomski status, siromaštvo, nepismenost, niska razina obrazovanosti, nezaposlenost, manjak djelotvorne društvene mreže koja nudi potporu bolesniku, nestabilni uvjeti života, udaljenost pružatelja zdravstvene skrbi, visoki troškovi transporta, visoki troškovi liječenja, promjene okoliša, kultura i temeljna vjerovanja o bolesti i liječenju te poremećeni obiteljski odnosi (Sabaté 2003: 28).

Poseban naglasak stavit će se na određene čimbenike, a to su:

1. Dob (s naglaskom na starije bolesnike i djecu/adolescente)
2. Rat
3. Etničku pripadnost
4. Siromaštvo / loš socioekonomski status.

6.1.1. Dob bolesnika

Dob bolesnika je važan, ali nekonzistentan čimbenik, po preporuci SZO-a adherenciju s obzirom na dob treba istraživati izdvojeno za svaku razvojnu dobnu skupinu: djeca ovisna o roditeljima, adolescenti, odrasli i stariji bolesnici (Sabaté 2003: 28).

U ovom poglavlju naglasak će biti na starijim bolesnicima iz dvaju razloga. Prvi je fragilnost te skupine bolesnika koji zbog slabljenja kognitivnih funkcija trebaju posebnu pažnju, a drugi je starenje populacije što dovodi do povećanja broja bolesnika unutar te skupine. To stvara posebno breme za zdravstvene sustave i pružatelje zdravstvene skrbi pa je naglasak na toj skupini bolesnika motiviran navedenim – njihovom brojnošću i potrebom da se s dodatnom pažnjom pristupi u svakom kontaktu.

Druga skupina bolesnika na koju se u ovom poglavlju stavlja naglasak jesu djeca ovisna o roditeljima i adolescenti. Slično kao i za skupinu starijih bolesnika, zbog izazova koje nosi skrb i liječenje djece (komunikacija ne samo s bolesnikom, nego primarno s roditeljem/skrbnikom te ovisnost liječenja o njihovoj participaciji i logističkoj potpori) i adolescenata (otegotne okolnosti uvjetovane odrastanjem i stjecanjem autonomije od roditelja/skrbnika, te još uvijek prisutna potreba za participacijom, financijskom i logističkom potrebom roditelja/skrbnika), ovaj se rad podrobnije bavi specifičnostima te skupine bolesnika.

Dob bolesnika – stariji bolesnici

Starijim bolesnicima treba posvetiti posebnu pažnju zbog komorbiditeta s kojim se suočavaju te su zbog toga njihovi režimi liječenja vrlo kompleksni, a sami su dodatno opterećeni kognitivnim i funkcionalnim poremećajima što u toj kombinaciji može izrazito negativno utjecati na adherenciju (Sabaté 2003: 28).

Starenje i migracije stanovništva dva su ključna trenda koja pod utjecajem globalizacije mijenjaju zdravstvenu skrb. Jedna od pozitivnih posljedica globalizacije jest otvaranje radnih mjesta i podizanje standarda za milijune stanovnika (Stiglitz 2002). Podizanjem životnog standarda produžio se životni vijek, osim toga smanjenje fertiliteta već je godinama trend, pogotovo u razvijenim dijelovima svijeta. Stanovništvo je sve starije i samim tim sve bolesnije, starost danas traje duže nego nekad.

U Hrvatskoj, prema popisu stanovništva 2011. godine, Republika Hrvatska imala je 758 633 stanovnika u dobi od 65 i više godina, s udjelom starijih osoba od 17,7 % u ukupnoj populaciji (Hrvatski zavod za javno zdravstvo [HZJZ] 2017.).

Po redovitom izvješću Ujedinjenih naroda iz lipnja 2017. svjetska populacija brojila je 7,6 milijardi stanovnika, a do 2030. očekuje se da će porasti na skoro 10 milijardi stanovnika. Populacija raste za oko 83 milijuna ljudi godišnje i premda se stope fertiliteta smanjuju, ukupan porast stanovništva nastavit će se sličnim tempom do 2100. godine. Smanjenje fertiliteta u izravnoj je vezi sa starenjem stanovništva. Predviđa se da će se broj osoba starijih od 60 godina života udvostručiti do 2050. u usporedbi s današnjim podacima (porast sa sadašnja 962 milijuna na 2,1 milijardu). U Europi je već četvrtina stanovništva starija od 60 godina, a po projekcijama do 2050. ta brojka će porasti na 35 %. Danas u svijetu živi 137 milijuna osoba starijih od 80 godina, očekuje se da će se do 2050. taj broj utrostručiti. Trend starenja populacije imat će snažan utjecaj na ekonomije, socijalne politike i zdravstvo.

Važno je naglasiti da su razlike između razvijenijih i ekonomski manje razvijenih zemalja i dalje značajne u vezi očekivanja trajanja života te udjela starijih osoba u ukupnoj populaciji, ali te se razlike sve više smanjuju i očekuje se da će do 2050. gotovo nestati. Mnogi su čimbenici koji utječu na produljenje života: kao prvo, manji mortalitet u dječjoj dobi (do pete godine života mortalitet se smanjio za 30 % u 89 zemalja svijeta kad uspoređujemo razdoblja 2000. – 2005. s 2010. – 2015.), zatim bolja zdravstvena skrb, osobito kod HIV/AIDS bolesnika, te bolja zdravstvena skrb kod infektivnih i drugih nezaraznih bolesti (Ujedinjeni narodi World Population Prospects 2017).
Osim što je stanovništvo starije, sve je i bolesnije, zdravstvena skrb većini je stanovništva pristupačnija, dijagnostičke su metode (pogotovo kod najčešćih kroničnih bolesti kao što je hipertenzija, dijabetes ili najčešćih vrsta raka) dostupnije, povoljnije i jednostavnije pa se više bolesnika dijagnosticira.
Možemo navesti hrvatski primjer, koji je vrlo ogledan i u svjetskim razmjerima, a govori o porastu oboljelih kardiovaskularnih i malignih bolesti upravo u skupini građana starijih od 65 godina.
Prema podacima o umrlima Državnog zavoda za statistiku, 2017. godine umrla je 44 301 (u 2016. 42 425) osoba u dobi 65 i više godina, koji čine 83 % svih umrlih osoba te godine. U dobnoj skupini 65 i više godina najviše ljudi umire od kardiovaskularnih bolesti, i to 21 163 osobe, tj. 48 % svih

umrlih. Na drugom mjestu uzroka smrti maligne su bolesti od kojih je umrlo 10 227 osoba, zatim slijede bolesti dišnog sustava od kojih je umrlo 2895 osoba. Poredak prvih triju bolesti od kojih umiru stariji građani ostao je jednak u usporedbi s prethodnom godinom (Ćorić i dr. 2018: 9).

Kako je već spomenuto, radi se o kroničnim bolestima karakterističnim za čovjeka modernog doba i pogotovo razvijenijih zemalja, gdje su uvjeti života takvi da se za većinu građana može očekivati da će dosegnuti stariju dob i s time biti izloženi svim otegotnim okolnostima za dobru adherenciju – kognitivnim i funkcionalnim slabljenjem, komorbiditetima s tim povezanim kompleksnim režimima liječenja. Iz izvješća Svjetske zdravstvene organizacije (SZO 2017) jasno je da je depresija sve češća kod starijih osoba. Prema istraživanju provedenom 2013. godine u Hrvatskoj (Ajduković, Ručević i Majdenić 2013), depresija u starijoj životnoj dobi češća je kod žena, osoba slabije funkcionalne sposobnosti i lošijeg procijenjenog psihičkog zdravlja. Valja imati na umu kako je upravo depresija jedan od najsnažnijih prediktora loše adherencije, adherencija je naime 27 % niža kod bolesnika koji su depresivni (DiMatteo, Lepper i Crogan 2000).

Zatim, treba uzeti u obzir i drugu, već navedenu, ključnu kategoriju globalizacije, a to su migracije. U Hrvatskoj povijesti migracije su u nekoliko navrata značajnije utjecale na demografiju, a u novije vrijeme izrazito od 2013. godine nakon priključenja Europskoj uniji. Karakteristika recentnog iseljavanja iz Hrvatske jest iseljavanje mladih radno aktivnih ljudi s djecom (Državni zavod za statistiku [DZS] 2018a) zbog čega ove migracije možemo okarakterizirati trajnima.
Međutim, osim negativnog utjecaja na demografski profil Hrvatske, ovaj intenzivni trend iseljavanja ostavlja mnoge starije osobe bez potpore i skrbi njihovih najbližih, što negativno utječe na njihovu adherenciju i dodatno pogoršava njihovo zdravstveno stanje, stvarajući svojevrsni začarani krug.
Za kraj razmatranja utjecaja dobi na adherenciju može se zaključiti da se, kao prvo, promijenio trend pobola i preuranjene smrti zbog zaraznih bolesti u dužu starost, obolijevanje i umiranje od kroničnih nezaraznih bolesti kakve su primarno kardiovaskularne bolesti i maligne bolesti. Liječenje osnovne bolesti i pogotovo njezinih komplikacija danas je mnogo duže i mnogo skuplje nego što je liječenje infektivnih bolesti ikada bilo, sve to značajno je opterećenje za zdravstvene sustave, pružatelje zdravstvene skrbi, ali i bolesnike. Slijeđenje uputa kod akutne terapije ipak zahtjeva puno kraću obvezu, motivacija u obliku simptoma (povišena temperatura, bol, kašalj itd.) je konkretnija, a efekt liječenja je puno brže i jasnije vidljiv. Potreban je manji angažman pružatelja zdravstvene skrbi jer

je motivacija samih bolesnika veća te je režim terapije jednostavniji u usporedbi s kroničnim bolestima, pogotovo kod bolesnika s komorbiditetima.
Kad se uz jasan trend starenja stanovništva uzme u obzir recentni trend iseljavanja iz Hrvatske mladih, radno aktivnih, jasno je da će adherencija i općenito zdravstvena skrb starijih osoba biti dodatno otežana te je u toj dobnoj skupini potrebna posebna prilagodba komunikacijskog stila i velika pažnja pri odabiru strategije za pridržavanje preporučenoj terapiji, higijensko-dijetetskim mjerama i redovitim kontrolama kako bi se postigao željeni terapijski učinak.

Dob bolesnika – djeca i adolescenti

Druga skupina kojoj treba posvetiti posebnu pozornost jesu djeca i pogotovo adolescenti. Adolescencija je dob karakterizirana osamostaljivanjem pa se često adolescentima prepušta briga o vlastitoj terapiji, međutim istraživanja pokazuju (Fiese i Everhart 2006; Sabaté 2003: 29) da adolescenti koji rano preuzimaju brigu o svojoj terapiji imaju nižu razinu adherencije i lošiju kontrolu bolesti nego oni kod kojih su roditelji/skrbnici ostali duže involvirani. (Pre)rano prepuštanje brige adolescentima rezultira lošijom razinom adherencije u usporedbi s mlađom djecom o kojoj se roditelji intenzivnije brinu. Općenito adherencija djece i adolescenata u razvijenim zemljama jest u prosjeku 58 %. (Sabaté 2003: 28).
Adolescenti su posebno ranjivi jer su, osim što prolaze nužnu fazu osamostaljivanja tijekom koje roditeljska/skrbnička kontrola nad uzimanjem lijekova i općenito slijeđenjem preporuka dogovorenih s pružateljima zdravstvene skrbi slabi, dodatno izloženi procesu sazrijevanja koji podrazumijeva razvoj vještina procjene rizika, nošenja s problematičnim situacijama i prihvaćanje vlastite ranjivosti. Tijekom odrastanja prisutno je stalno ispitivanje granica što može uključivati i neuzimanje lijekova kao svojevrsno eksperimentiranje, rizično ponašanje ili pobunu protiv autoriteta kojima su adolescenti općenito skloniji (Taddeo i dr. 2008).

Adherenciju kod djece i adolescenata, za razliku od odraslih, dodatno determinira participacija članova obitelji u liječenju i različita, u svezi s odrastanjem promjenjiva, razina kognitivnoga kapaciteta, stoga adherenciju kod djece i adolescenata treba promatrati odvojeno od odraslih. Jednostavna translacija intervencija koje su dokazano dobre u populaciji odraslih bolesnika na djecu i adolescente nije efikasna (Dean i dr. 2010).

Osnovni uvjet, dakle, da bi adherencija kod djece i adolescenata uopće bila moguća jest participacija roditelja/skrbnika. To je ključna razlika kad se uspoređuje adherencija djece i adolescenata s adherencijom odraslih osoba. Da bi dijete ili adolescent uopće došao do pružatelja zdravstvene skrbi ili lijeka, potrebna je logistička i financijska potpora roditelja/skrbnika.

Sve navedeno jasno govori u prilog važnosti edukacije roditelja jer oni u toj ranoj dobi itekako utječu na zdravlje i budućnost svoga djeteta, stvaraju navike, stavove i vjerovanja koje će determinirati odnos spram zdravlja i bolesti svog djeteta.

Prethodno je naglašena važnost financijsko/logističke potpore obitelji, koja je ključna za redovite odlaske liječniku, redovitu imunizaciju, nabavku lijekova i prehranu prilagođenu zahtjevima bolesti, međutim, adherenciju kod djece i adolescenata dodatno oblikuju još dva čimbenika, a to su strukturirana dnevna rutina i emocionalna stabilnost u obitelji.
Strukturirana dnevna rutina podrazumijeva da je uzimanje lijekova, fizička aktivnost, pripremanje obroka i sve drugo što je dogovoreno s pružateljem zdravstvene skrbi, a bitno je za liječenje djeteta, uklopljeno u dnevni ritam obitelji. Treći važan čimbenik jest emocionalna stabilnost obitelji, koja se ogleda kroz koheziju, odnosno sposobnost obitelji da timski djeluje. Obitelji u kojima je timski rad prisutan, postoji razumijevanje i konstruktivno rješavanje problema, sredine su u kojima je moguća dobra razina adherencije (Fiese i Everhart 2006).

Još jedan važan čimbenik utječe na adherenciju kod adolescenata, a to je veza koju stvaraju s pružateljem zdravstvene skrbi. Taj odnos predstavlja temelj na koji se intervencije za poboljšanje adherencije mogu naknadno nadograđivati. Adolescenti preferiraju pružatelje zdravstvene skrbi koji ih ne osuđuju, iskreni su i otvoreni, izražavaju brigu i empatiju, poštovanje za bolesnika i njegovu obitelj. Razgovor s adolescentom nasamo dodatno produbljuje taj odnos i jasno šalje poruku da pružatelj zdravstvene skrbi vjeruje adolescentu i ima povjerenja u njegove kapacitete da sam upravlja svojim liječenjem. Sve navedeno bitno je za stvaranje pravog partnerstva i zajedničko donošenje odluka (Taddeo i dr. 2008).

Prije je bilo više riječi o intervencijama za poboljšanje adherencije i općenito se može reći da kombinacija više intervencija donosi bolji rezultat (Haynes i dr. 2008), bez obzira na dob bolesnika,

kod adherencije djece i adolescenata važno je naglasiti da se presudnom pokazala kombinacija edukacije i bihevioralnih tehnika kakve su postavljanje ciljeva, nagrađivanje, povezivanje uzimanja terapije s ostalim dnevnim obvezama, držanje lijeka na mjestu na kojem će ga adolescent sigurno vidjeti, ostavljanje poruka/podsjetnika na uzimanje terapije i slično, kombinacija tih intervencija kod djece i adolescenata dovodi do veće adherencije nego kad se samo primjeni jedna intervencija – najčešće je to samo edukacija o bolesti i terapiji (Sabaté 2003: 29; DiMatteo 2004b; Dean i dr. 2010; Taddeo i dr. 2008).

Kod razmatranja adherencije u djece valja uzeti u obzir sve veću stopu razvoda kao dodatnu otegotnu okolnost. Hrvatska prati negativan globalni trend porasta broja razvoda. Prema izvještaju Državnog zavoda za statistiku, broj razvoda 1950. godine bio je 83 na 1000 brakova, a 2016. godine 344 na 1000 brakova (DZS 2018b). Više od četiri puta više razvoda u razdoblju od 66 godina sigurno je značajna otegotna okolnost za roditelja koji ostaje sam s djetetom, a to je u hrvatskim prilikama u cijelom ovom razdoblju od promatranih 66 godina u većini slučajeva majka (79 % – 83 % slučajeva) (DZS 2018b). U tim se okolnostima sva skrb oko djeteta, pa tako i liječenje, većinu vremena svodi na jednog roditelja, u većini slučajeva na majku, s čime se povećava mogućnost slabije adherencije (Hullmann i dr. 2015) u usporedbi sa situacijom u kojoj više odraslih osoba brine o liječenju djeteta.

Posljedice loše adherencije kod djece i adolescenata još su izraženije nego kod odraslih soba na njihovo zdravlje, obiteljsku dinamiku, kvalitetu i duljinu života, obrazovanje, radnu sposobnost, društvo općenito i zdravstvene sustave (Taddeo i dr. 2008). Posvećenost adherenciji kod djece i adolescenata uvijek mora biti na najvišoj razini kako bi se izbjegle komplikacije i smrt kao krajnja posljedica loše adherencije.

6.1.2. Rat i krizni događaji

Istraživanja pokazuju da rat nosi za posljedicu više smrti i stradavanja od bilo koje bolesti, uništava zajednice i obitelji te onemogućuje napredak (Murthy i Lakshminarayana 2006).

Rat je posebna kategorija koju svakako treba uzeti u obzir kao ključan i presudan čimbenik koji može utjecati na adherenciju. Tijekom i nakon rata adherencija je ugrožena zbog teške ekonomske situacije, izostanka zdravstvene skrbi, fatalizma i anarhije (Sabaté 2003: 28).

Teška ekonomska situacija u ratnim uvjetima, ali i nakon završetka sukoba ili krize, često je udružena s nestašicom resursa, pa tako i lijekova (Muyinda i Mugisha 2015) što potpuno anulira mogućnost adherencije. Ratna zbivanja uzrokuju intenzivne migracije stanovništva. Procjenjuje se da je oko 60 milijuna ljudi prisiljeno napustiti svoj dom zbog rata i progona (UNHCR 2015).

Takve osobe nemaju odgovarajuću dostupnost zdravstvene skrbi, a produžena izloženost ratnim traumama i neizvjesnost koju nosi izbjeglištvo ili progonstvo, pogotovo socioekonomska nesigurnost, dodatno pridonosi narušavanju mentalnog zdravlja i pojavi depresije, raznih vrsta anksioznih poremećaja i PTSP-a (posttraumatskoga stresnog poremećaja) (Bogic i dr. 2015). Rat značajno ugrožava mentalno zdravlje svih involviranih, aktivnih sudionika, ali i civila.
Među civilima ugroženije su žene u odnosu na muškarce, djeca pogotovo adolescentske dobi, stariji i osobe s invaliditetom (Murthy i Lakshminarayana 2006). Psihološki poremećaji koji se javljaju tijekom, a pogotovo nakon rata, generiraju povećane troškove liječenja i financijski opterećuju zdravstvene sustave pogođenih zemalja (Sabes-Figuera i dr. 2012). Adherencija je stoga otežana ne samo zbog financijskog pritiska na sustav, nego i još više zbog činjenice da je adherencija kod bolesnika koji pate od bolesti iz segmenta mentalnog zdravlja, pogotovo depresije, lošija u usporedbi s pojedincima koji tih problema nemaju (DiMatteo i dr. 2000).

6.1.3. Etnička pripadnost

Etnička pripadnost smatra se jednim od ključnih čimbenika u okviru socijalnih i ekonomskih čimbenika. Međutim, kad se detaljnije prouči taj čimbenik, postaje jasno da je nešto drugo, osim same etničke pripadnosti, bitno za samu adherenciju. Etnička pripadnost vrlo često unutar svoje kategorije nosi inkorporirane i neke druge čimbenike koji snažno utječu na adherenciju, a koji onda stvaraju privid da se radi isključivo o etničkoj pripadnosti. Dubljom analizom postaje jasno da su u podlozi vrlo često siromaštvo ili kulturne različitosti i vjerovanja bolesnika.
Kako navodi SZO, etnička pripadnost jedan je od bitnih čimbenika koji utječu na adherenciju, posebno zbog kulturnih različitosti (Sabaté 2003: 28). Međutim, kako je već naglašeno, valja uzeti u obzir socioekonomski utjecaj, ali i jezičnu barijeru kao modificirajuće faktore koji mogu oblikovati adherenciju. Ta dva razloga mogu „maskirati“ efekt etničke pripadnosti i najvjerojatnije su odgovorna za nižu adherenciju nebijelaca (Theofilou i Panagiotaki 2012). Istraživanja pokazuju da

jednaka etnička pripadnost i jezik pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika stvaraju poveznicu koja pozitivno utječe na adherenciju (Taylor i dr. 2010), što govori u prilog da etnička pripadnost nije toliko bitna kategorija kad se eliminiraju kulturne različitosti i jezična barijera.

6.1.4. Siromaštvo / loš socioekonomski status

Od 2000. godine broj siromašnih gotovo se prepolovio, ali i dalje ostaje jednim od ključnih neriješenih problema na globalnoj razini. Ujedinjeni narodi (UN) procjenjuju da preko 11 %, odnosno preko 780 milijuna ljudi živi ispod granice siromaštva (s manje od 1,90 USD dnevno). Većina ekstremno siromašnih živi u zemljama u razvoju, pogotovo u području istočne i jugoistočne Azije i Supsaharske Afrike, a siromaštvo je često prisutno u ratnim područjima i zemljama opterećenim sukobima (Ujedinjeni narodi [UN], Ending poverty, 2018).
U takvim uvjetima gdje su dostupnost pitke vode i osnovnih prehrambenih namirnica upitni, troškove koje zahijjeva odlazak liječniku i nabavku lijekova gotovo je nemoguće snositi.
Za takve bolesnike, koji žive u zemljama u razvoju, visoki troškovi lijekova i medicinske skrbi osnovna su zapreka adherenciji (Sabaté 2003: 31), a uporaba lijekova opada usporedno sa socioekonomskim prilikama pa je najmanja u najsiromašnijim zemljama, što te bolesnike stavlja pod dodatni rizik (Yusuf i dr. 2011).
Ujedinjeni narodi su stoga 2015. godine kao prvi cilj svog projekta SDG (Suitainable Development Goals – ciljevi za održivi razvoj) postavili upravo iskorjenjivanje siromaštva u svakom obliku u idućih 15 godina, tj. do 2030. godine (UN, Ending poverty, 2018).
Postizanje toga cilja omogućilo bi milijunima ljudi da očuvaju svoje zdravlje boljom prehranom, korištenjem čiste vode i boljih higijenskih uvjeta. Osim toga, omogućili bi se i bolji uvjeti za dostup do zdravstvene skrbi i na kraju adherencije.

Za neke bolesnike zdravstvena skrb i lijekovi su nedostupni, za druge su dostupniji, međutim, različiti su udjeli u kojima bolesnici participiraju u trošku samog lijeka. Postoje različiti zdravstveni sustavi, u zapadnom svijetu najveća je razlika između Europe, koja ima različite socijalne sustave koji djelomično ili potpuno subvencioniraju lijekove, i Sjedinjenih Američkih Država gdje sustav socijalnog zdravstva i ne postoji, nego građani sami u potpunosti financiraju svoje lijekove i liječenje.

Može se očekivati da će samofinanciranje lijekova pozitivno djelovati na adherenciju te da će bolesnici koji sami plaćaju svoju terapiju u usporedbi s onima koji ostvaruju svoja prava i dobivaju „besplatne“ lijekove, u državama čiji zdravstveni sustavi imaju potpuno ili većinski refundirane troškove za lijekove, biti barem nešto motiviraniji do kraja konzumirati ono što su platili vlastitim novcem, međutim, to nije tako. U dobrim socioekonomskim uvjetima razina adherencije vrlo je usporediva npr. u Europi gdje većina država i zapadne i istočne Europe ima neku razinu refundiranja troškova receptnih lijekova u usporedbi sa Sjevernom Amerikom gdje bolesnici kupuju sve lijekove koji im se propišu na recept (Rodrigues i dr. 2013).

U ovom poglavlju detaljno smo analizirali socijalne i ekonomske čimbenike i njihov utjecaj na adherenciju. Jasno je da su to temeljni čimbenici bez kojih je mogućnost adherencije gotovo nepostojeća (Gongola 2019: 257).

6.2. Čimbenici zdravstvenog tima i sustava

Druga važna, ali slabo istražena, skupina čimbenika jesu čimbenici zdravstvenog tima i sustava. U skupinu ovih čimbenika spada i interpersonalna komunikacija pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika te obuhvaća individualne karakteristike pružatelja zdravstvene skrbi, njihove prirodne i stečene kapacitete i sklonosti interpersonalnoj komunikaciji te količini edukacije i treninga. Osim tih čimbenika koji su domena komunikologije i psihologije, mnogi su čimbenici organizacije i funkcioniranja sustava zdravstva koji mogu negativno utjecati na adherenciju (Gongola i dr. 2019).

Svjetska zdravstvena organizacija navodi slijedeće: slabo razvijene zdravstvene usluge, neadekvatno ili nepostojeće zdravstveno osiguranje, loša distributivnost lijekova, nedostatno znanje i obrazovanje pružatelja zdravstvenih usluga, preopterećeni pružatelji zdravstvenih usluga, manjak poticaja i povratne informacije, kratke konzultacije, slab kapacitet sustava za obrazovanje bolesnika, nemogućnost uspostavljanja odgovarajuće društvene potpore, manjak znanja o adherenciji i manjak znanja o načinima na koje se može unaprijediti (Sabaté 2003: 29).

Uzevši u obzir sve spomenuto, Svjetska zdravstvena organizacija stavlja naglasak na pet glavnih skupina čimbenika koji negativno utječu na adherenciju, tj. smatraju se zaprekama adherenciji, a to su:

- nedostatak svjesnosti ili znanja o adherenciji
- nedostatak alata koji služe pružateljima zdravstvene skrbi kako bi procijenili adherenciju i adekvatno intervenirali
- nedostatak bihevioralnih tehnika i alata koji bi mogli pomoći bolesnicima
- manjkavosti u skrbi za kronične bolesti
- manjkava komunikacija između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi (Sabaté 2003: 33).

Kako bi intervencije za poboljšanje adherencije bile uspješne moraju se individualno prilagoditi zahtjevima bolesti i bolesnika. Međutim, prije samih intervencija potrebno je razviti tehnike i metode koje omogućuju pružateljima zdravstvene skrbi da točno odrede stupanj adherencije i čimbenike koji su za adherenciju toga specifičnog bolesnika presudni. Kako bi pružatelji zdravstvene skrbi mogli vršiti takve procjene i intervencije, moraju biti prikladno educirani i trenirani (Sabaté 2003: 33). Takav trening i edukacija moraju biti sustavno provedeni i podržani kako bi pristup ovom problemu bio kvalitetan i dugoročno održiv, pri čemu je ključan naglasak na interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom. Prije same edukacije usmjerene na unapređenje vještina potrebno je osvijestiti onaj dio pružatelja zdravstvene skrbi koji još nema percepciju o važnosti elementa interpersonalne komunikacije s bolesnikom za samu adherenciju (Gongola i dr. 2019). Sustavan pristup takvoj edukaciji i treningu zasada nije osmišljen i implementiran u zdravstvene sustave i primijenjen u praksi niti na svjetskoj razini niti u Hrvatskoj.

Ključni segmenti takva treninga trebali bi sadržavati: relevantne informacije o adherenciji, klinički primjenjive intervencije, bihevioralne tehnike za kreiranje i održavanje željenih ponašanja (Sabaté 2003: 33-34), zatim informacije o dostupnim alatima za provjeru adherencije i edukaciju o korištenju istih, uz naglasak na procjeni adherencije bez osude bolesnika (Osterberg i Blaschike 2005) te edukaciju iz područja interpersonalne komunikacije i persuazije.

6.3. Čimbenici vezani uz stanje/bolest

Čimbenici povezani uz samu bolest koji utječu na adherenciju jesu ozbiljnost simptoma, razina invalidnosti (tjelesne, psihološke, društvene i profesionalne), brzina napredovanja i težina bolesti te dostupnost učinkovita liječenja. Utjecaj ovih čimbenika ovisi o njihovu učinku na: percepciju rizika bolesnika, važnost nastavka liječenja i prioritet koji predstavlja sama adherencija (Sabaté 2003: 30). Ako je uz osnovnu bolest prisutan neki komorbiditet kao npr. depresija, alkoholizam ili zlouporaba droga, adherencija se znatno modificira (DiMatteo i dr. 2000) pa je tako npr. dokazano da je neadherencija triput veća kod depresivnih bolesnika, dok su alkoholičari u 1,7 do 4,3 puta većoj opasnosti od neadherencije (Braithwaite i dr. 2005).

Duljina trajanja same bolesti bitan je čimbenik jer kronični karakter bolesti u pravilu ima negativan utjecaj na adherenciju (Kardas i dr. 2012: 60). Kako je već spomenuto, prisutnost, tj. ozbiljnost simptoma utječe na adherenciju tako da odsutnost simptoma bolesti, tj. asimptomatske bolesti ne motiviraju dovoljno bolesnike da bi bili adherentni dok povećanje jačine i broja simptoma pozitivno utječe na adherenciju, kao i pojava invalidnosti (Kardas i dr. 2012: 59).
Međutim, ozbiljnost simptoma i progresija bolesti nije uvijek jednako proporcionalna (boljoj) adherenciji. Paradoksalno, oni koji su najteži bolesnici u najvećoj su opasnosti od loše adherencije (Gongola 2019: 268). Metaanaliza DiMattea i suradnika iz 2007. naglašava potrebu da se teškim bolesnicima (npr. rak, srčano zatajivanje, zadnji stadiji bubrežnog zatajenja itd.) mora obratiti dodatna i posebna pozornost kad govorimo o adherenciji jer su skloni svojevrsnoj samosabotaži. Naime, zbog mnogih razloga kao što su kompliciran režim liječenja, loše zdravstveno i fizičko stanje, depresija, osjećaj ravnodušnosti i uzaludnosti da ustraju u liječenju, ti su bolesnici manje adherentni od onih oboljelih od manje opasnih i smrtonosnih bolesti (DiMatteo i dr. 2007). Ovo je indikativan primjer kako svi čimbenici nemaju jednaku težinu i kako je ključna edukacija pružatelja zdravstvene skrbi o istima kako bi što bolje znali procijeniti rizike za svakoga pojedinog bolesnika.

6.4. Čimbenici terapije

Mnogi čimbenici vezani uz terapiju utječu na adherenciju, a najznačajnije: kompleksnost režima uzimanja terapije, trajanje terapije, prijašnji terapijski neuspjesi, česte promjene terapije, izostanak

pozitivnih učinaka terapije, nuspojave i dostupnost podrške kako bi se bolesnik s njima nosio (Sabaté 2003: 30).

Najveći fokus dosadašnjih istraživanja iz ove skupine čimbenika bio je na kompleksnost režima uzimanja terapije i pojavnost nuspojava pa tako postoji cijeli niz istraživanja koja potvrđuju negativan učinak nuspojava na adherenciju.

U opsežnoj analizi dostupne literature na temu čimbenika koji utječu na adherenciju, u sklopu ABC projekta (Ascertaining Barriers for Compliance), navodi se 20 istraživanja raznih bolesti (multiple skleroze, osteoporoze, kroničnoga nemalignog bola, HIV-a, tuberkuloze, glaukoma, bubrežnog zatajenja, cistične fibroze itd.) kod kojih pojavom nuspojava pada razina adherencije, dok se u dva istraživanja manje nuspojava povezuje s pozitivnim učinkom na adherenciju (Kardas i dr. 2012: 61).

Valja uzeti u obzir rezultate istraživanja uzroka nuspojava u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji ukazuju da se velik postotak nuspojava može spriječiti ili ublažiti (čak 39 % prema navedenu istraživanju) iz razloga što se u velikom dijelu mogu pripisati pogreškama koje su nastale zbog manjkave komunikacije i razumijevanja između pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika (Ghandi i dr. 2003). Premda navedeno istraživanje ima značajne limitacije, ukazuje na povezanost nuspojava i manjkave interpersonalne komunikacije između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi.

Što se tiče kompleksnosti uzimanja terapije, u ABC projektu navodi se 12 istraživanja koja povezuju kompleksnost režima doziranja, također kod različitih bolesti, s manjom adherencijom (Kardas i dr. 2012: 61), ovdje će se staviti naglasak na povezanost antihipertenzivne terapije, kompleksnosti režima uzimanja terapije i adherenciju.

Posljednjih godina hipertenzija je zbog svoje incidencije, prevalencije, kroničnoga karaktera, kompleksnosti liječenja, izostanka simptoma, a između ostaloga i s tim u vezi slabe adherencije, te ozbiljnih posljedica na zdravlje bolesnika, često bila fokusom mnogobrojnih istraživanja.

Postoji više istraživanja i metaanaliza koji dokazuju korisnost smanjenja kompleksnosti doziranja antihipertenziva u smislu povećanje adherencije (Gerbino i Shoheiber 2007; Gupta i dr. 2017; Iskedjian i dr. 2002; Wald i dr. 2009; Mancia i dr. 2019).

Godine 2018. izdane su nove američke (Whelton i dr. 2018) i europske (Williams i dr. 2018) smjernice za liječenje hipertenzije koje prvi put kao prvi terapijski odabir sugeriraju kombiniranu antihipertenzivnu terapiju (dva lijeka ili više lijekova u jednoj tableti/kapsuli).

Ta je preporuka ključna jer u sebi objedinjuje intenciju povećanja učinkovitosti terapije sinergističkim djelovanjem dvaju ili više lijekova, ali i jednako tako poboljšanja adherencije. Smatra se da su loša adherencija uz inerciju liječnika dva ključna čimbenika koji pridonose lošoj kontroli krvnog tlaka i posljedičnim većim kardiovaskularnim rizicima (Williams i dr. 2018).

Dakle, iz svega navedenog valja zaključiti da terapija treba biti odabrana na način da ne izaziva nuspojave te da je režim doziranja što jednostavniji kako bi se pozitivno utjecalo na adherenciju.
Ako bolesnik ima više od jedne bolesti, tj. uzima više različitih skupina lijekova, adherencija se uvođenjem novih lijekova dodatno otežava. U tim uvjetima broj prije propisanih lijekova značajan je prediktor adherencije na način da će veći broj prethodno propisanih lijekova negativno utjecati na adherenciju za novo propisane lijekove (Chapman i dr. 2005).

6.5. Čimbenici vezani uz bolesnika

Bolesnike treba podržati, a ne osuđivati. (Sabaté 2003: 19)

Uz bolesnika su vezani mnogi čimbenici koji oblikuju adherenciju, kao što su resursi, znanje, stavovi, vjerovanja, percepcija i očekivanja bolesnika. Znanje i vjerovanja koja bolesnici imaju u vezi svoje bolesti, motivacija da njome upravljaju, samopouzdanje u sposobnost da mogu poduzeti aktivnosti kojima će upravljati svojom bolesti, očekivani ishod liječenja i posljedice loše adherencije su u interakciji i utječu na adherenciju na načine koji još nisu do kraja razjašnjeni (Sabaté 2003: 30).
Znanje kojim bolesnik raspolaže jedan je od ključnih, a potencijalno i presudan čimbenik adherencije (DiMatteo i dr. 2012).
U okviru ovog dijela i razmatranja čimbenika koji utječu na adherenciju bitno je naglasiti važnost informacija kojima bolesnik raspolaže, bolesnici mogu pratiti upute ako je zadovoljen prvi uvjet, a to je da ih razumiju (DiMatteo i dr. 2012). Ako bolesnik ne razumije ono što mu je pružatelj zdravstvene skrbi savjetuje, tada ne može biti adherentan, odnosno javlja se nova opasnost, a to je da može doći do pogrešnog uzimanja terapije što potencijalno može rezultirati dodatnim narušavanjem zdravlja. Razumijevanje dobivenih uputa, bilo pismenim ili usmenim putem, spada u domenu zdravstvene pismenosti o čemu je zbog relevantnosti problema i utjecaja na adherenciju posvećeno cijelo poglavlje ove disertacije.

Osim razumijevanja informacija o uzimanju terapije, važno je znanje u vezi svih drugih aspekata bolesti i procesa liječenja. Zato je u okviru davanja informacija i obogaćivanja znanja bolesnika važno bolesnicima dati priliku da postavljaju pitanja te dobiju jasne odgovore, zatim je važno provjeriti razumijevanje dobivenih informacija i na kraju involvirati bolesnika u sam proces odučavanja. Sve navedeno ne samo da povećava razinu znanja i razumijevanja bolesnika nego pozitivno utječe i na motivaciju bolesnika jer ako je izvedeno kako treba, izgradit će povjerenje, osnažiti i ohrabriti bolesnike kako bi bili što kompetentniji preuzeti vlastiti dio brige oko svoje bolesti i terapije (DiMatteo i dr. 2012).

Motivacija bolesnika kompleksna je komponenta adherencije na koju utječe više različitih čimbenika, a najviše ovisi o sljedećim trima: vjerovanja bolesnika, odnos koji pružatelj zdravstvene skrbi razvija s bolesnikom te zajedničko donošenje odluka (DiMatteo i dr. 2012).
Većina bolesnika želi dobiti informaciju o svim opcijama liječenja i nakon toga žele sudjelovati u donošenju odluka koje se tiču njihova zdravlja i liječenja što sve posljedično dovodi do bolje adherencije i ishoda liječenja (Guadagnoli i Ward 1998).
Osim navedenoga, na adherenciju utječu i uvjerenja bolesnika tako da moraju vjerovati kako je predložena strategija liječenja učinkovita i da će biti sposobni provesti je u djelo, te da će liječenje biti korisno, odnosno da će posljedice neadherencije za njih biti teške kako bi bili motivirani pridržavati se uputa dogovorenih s pružateljem zdravstvene skrbi (DiMatteo i dr. 2012).

Najnovije, smjernice za liječenje hipertenzije Europskog društva za kardiologiju i Europskog društva za hipertenziju iz 2018. godine također naglašavaju pozitivan učinak koji na adherenciju imaju znanje o bolesti i terapiji koje bolesnik stječe edukacijom te motiviranje bolesnika (Williams i dr. 2018). Motivacija bolesnika posebno je istaknuta kroz angažman bolesnika koji se, kod ove specifične bolesti, postiže redovitim samomjerenjima tlaka te vođenjem evidencije i dnevnika mjerenja, na taj se način bolesnika aktivno uključuje u brigu oko svoje bolesti i terapije (Whelton i dr. 2018).
Tek kada se bolesnici osjete sposobnima preuzeti teret skrbi za svoje liječenje, što znači da imaju dovoljno informacija i znanja, da su razumjeli sve upute koje su dobili, da mogu ponoviti uputu dobivenu od pružatelja zdravstvene skrbi, da su otklonjene sve prepreke koje preveniraju

adherenciju u praktičnom smislu, da razumiju vrijednost liječenja, tj. da razumiju težinu posljedica ako se ne liječe, stvoreni su početni uvjeti za adherenciju.

Neki od čimbenika koje navodi Svjetska zdravstvena organizacija, vezanih uz bolesnika, koji negativno utječu na adherenciju jesu: zaboravljanje, stres, strah od nuspojava, slaba motivacija, neadekvatno znanje o simptomima i liječenju, nedostatak potrebe za liječenjem, nerazumijevanje i neprihvaćanje bolesti, neprihvaćanje dijagnoze, nerazumijevanje rizika povezanih uz bolest, nerazumijevanje uputa za liječenje, nedostatna očekivanja od liječenja, neodlazak na kontrole i savjetovanja, beznađe i druge negativne emocije, frustracija prema pružateljima zdravstvene skrbi, strah od ovisnosti o drugima, stres zbog kompleksnog režima uzimanja terapije i strah od stigme koju nosi bolest (Sabaté 2003: 30). Upravo zato ključna je podrška obitelji i bliskih osoba jer kako je prije naglašeno, istraživanja pokazuju da bolesnici koji imaju praktičnu podršku kohezivne obitelji imaju vjerojatnost biti triput adherentniji od bolesnika koji takvu podršku nemaju ili je obiteljska dinamika opterećena sukobom (DiMatteo 2004a).

Sami bolesnici kao najčešće razloge za nisku razinu adherencije navode: zaboravljanje (30 %), druge obveze (16 %), namjerno propuštanje doze lijeka (11 %), manjak informacija (9 %) te emocionalne čimbenike (7 %) (Osterberg i Blaschike 2005).

Percepcija potrebe za liječenjem pod utjecajem je simptoma, očekivanja, iskustava i stanja bolesti. Zabrinutost zbog liječenja obično proizlazi iz vjerovanja o nuspojavama i poremećaja životnog stila koje liječenje donosi te nekih apstraktnijih briga kao što su dugoročni učinak lijekova i ovisnost o drugima. Bolesnikova motivacija da bude adherentan pod utjecajem je važnosti praćenja propisana režima terapije i pouzdanja u svoje sposobnosti da je takav režim sposoban pratiti (Sabaté 2003: 30).

Na kraju važno je naglasiti da se adherencija često percipira kao bolesnikov „problem“ i sva se odgovornost stavlja na bolesnika. Međutim, iz svega je razvidno da je adherencija slojevita i da na dobru ili lošu adherenciju može utjecati cijeli niz čimbenika daleko izvan moći i samokontrole svakoga pojedinačnog bolesnika. Pritom je utjecaj pružatelja zdravstvene skrbi iznimno važan jer pružatelji zdravstvene skrbi mogu utjecati na količinu informacija i znanja kojima bolesnici raspolažu, mogu svojim nastupom i komunikacijskim stilom osigurati ne samo razumijevanje nego i stvoriti povjerenje kod bolesnika i na taj način dodatno utjecati na motivaciju te mogu odabrati onu intervenciju, tj. onaj pristup koji je najbolji, uzevši u obzir toga specifičnog bolesnika, njegovu bolest i raspoloživa sredstva kako bi utjecaj na adherenciju i liječenje maksimizirali.

Pregledom čimbenika koji utječu na adherenciju bolesnika jasno je da su mnogi bolesnici neadherentni zbog čimbenika kojima sami ne mogu upravljati. Jednako tako mnogi čimbenici su izvan područja utjecaja pružatelja zdravstvene skrbi, čak i zdravstvenih sustava. Međutim, važno je uvijek imati na umu da interpersonalna komunikacija kao sveprisutni i integralni dio života svakog pojedinca ostaje uvijek na raspolaganju te da može i u najtežim uvjetima biti čimbenik koji će pozitivno utjecati na bolesnika. To je prava vrijednost interpersonalne komunikacije u ovom kontekstu, uz napomenu da je, osim što je sveprisutna, interpersonalna komunikacija besplatna, ne zahtijeva vrijeme, novac ni sustav da se uvede i primijeni. Jedino ulaganje koje zahtijeva jest ono u edukaciju i trening u svrhu unapređenja vještina interpersonalne komunikacije pružatelja zdravstvene skrbi što je u usporedbi s utjecajem ili korekcijom drugih čimbenika daleko ostvarivije i manje zahtjevno.

7. Razmjeri i farmakoekonomske implikacije neadherencije

Već je prethodno naglašeno da je prosječna adherencija kod kroničnih bolesti u razvijenu svijetu oko 50 %, a pretpostavlja se da je u nerazvijenim zemljama, pod teretom loših socioekonomskih uvjeta, političke nestabilnosti, neadekvatno razvijenih zdravstvenih sustava, slabo dostupne zdravstvene skrbi i drugih otegotnih čimbenika još i manja (Sabaté 2003: 7). Dodatno, oko polovice svih odraslih osoba i 7 % djece u dobi od 5 do 17 godina kronični su bolesnici (Cutler i dr. 2018).

Loša adherencija dovodi do zdravstvenih komplikacija i smanjuje kvalitetu života bolesnika, ima svoje psihosocijalne posljedice i zadnje, ali ne manje važno, financijski opterećuje zdravstvene sustave (Sabaté 2003: 11). U tim uvjetima zdravstveni sustavi nisu u mogućnosti uložiti u novije, inovativnije i često skuplje terapije jer velik broj uloženih sredstava propada zbog niske razine adherencije. Valja naglasiti da, iako niska razina adherencije kod kroničnih bolesti nosi najteže posljedice (po definiciji SZO-a kronične bolesti imaju jednu ili više ovih karakteristika: trajne su, posljedično uzrokuju invalidnost, zahtijevaju rehabilitaciju i mogu zahtijevati duže razdoblje nadgledanja i skrbi) (Sabaté 2003: 4) i pridaje joj se najviše pažnje, adherencija kod akutnih bolesti na jednakoj je prosječnoj, neadekvatnoj, razini od oko 50 % (Haynes i dr. 2008).
Troškove koji nastaju kao posljedica neadherencije možemo podijeliti na izravne i neizravne (Sabaté 2003: 11, 12, 20, 21, 41, 71, 88).
Izravni troškovi neadherencije jesu:

- trošak lijekova koje bolesnik nije konzumirao
- trošak nastao zbog akutnih komplikacija osnovne bolesti – hitne medicinske pomoći, hospitalizacije, dodatnih dijagnostičkih i terapijskih zahvata i dodatno u tu svrhu propisanih lijekova
- trošak nastao zbog kroničnih komplikacija osnovne bolesti i nastanka novih bolesti.

Neizravni troškovi adherencije jesu:

- troškovi nastali zbog smanjene produktivnosti zaposlenika na radnome mjestu
- troškovi nastali zbog izostanka s posla ili školovanja
- preuranjen odlazak u (invalidsku) mirovinu

- troškovi nastali narušenom kvalitetom života
- povećana i preuranjena smrtnost
- trošak ulaganja u razvoj novih lijekova zbog rezistencije koja se javlja zbog loše adherencije na postojeće lijekove (odnosi se na antiinfektive).

Ne postoje egzaktni podaci o financijskim razmjerima neadherencije, istraživanja je mnogo, metodologije i uzorci su različiti, pa na kraju manjka i pouzdanih metaanaliza. Radi se uglavnom o procjenama koje se temelje na usporedbi istraživanja razine adherencije za pojedine bolesti i troška lijekova za liječenje tih istih bolesti. Međutim, i takvi su podaci zabrinjavajući i pozivaju na daljnja istraživanja i akciju u svrhu poboljšanja adherencije.

Procjene ukupne neadherencije (za sve bolesti) na svjetskoj razini govore o trošku neadherencije od 100 do 290 milijardi USD u Sjedinjenim Američkim Državama, 1,25 milijardi eura u Europi i 10 milijardi australskih dolara u Australiji. Dodatno je važno napomenuti da se 10 % svih hospitalizacija odraslih bolesnika pripisuje neadherenciji za propisanu terapiju, a neadherentan bolesnik zahtijeva tri posjeta liječniku više od adherentnog bolesnika u godinu dana (Cutler i dr. 2018).

Starenje stanovništva, porast ukupnog broja stanovnika, urbanizacija, sjedilački način života koji karakterizira minimalna fizička aktivnost i nezdrava prehrana, napredak medicine, otkrića novih lijekova, niske razine adherencije koje dovode do komplikacija koje same po sebi stvaraju nove, veće troškove, sve su to čimbenici koji stvaraju začarani krug i pridonose stalnom porastu troškova za zdravstvo pa se na primjeru Sjedinjenih Američkih Država može vidjeti kako trošak za zdravstvo kontinuirano raste iz godine u godinu. Godine 1970. taj je trošak iznosio 74,6 milijardi USD, pa je porastao preko 1,4 bilijuna u 2000. da bi se trošak gotovo udvostručio do 2017. na 3,5 bilijuna USD (Health System Tracker 2018).

Unatoč činjenici da ne postoje točni financijski pokazatelji neadherencije u Hrvatskoj, uzevši u obzir da se godišnje troši oko 3,5 milijarde kuna na lijekove u ljekarničkom kanalu, a da je prosječna adherencija na svjetskoj razini oko 50 %, gruba je procjena da hrvatske porezne osiguranike neadherencija godišnje stoji najmanje 1,5 milijardu kuna (Gongola i dr. 2019), i to uz pretpostavku

da su bolesnici u bolničkim uvjetima potpuno adherentni. Ova procjena odnosi se samo na trošak lijekova koji se ne uzmu, ostali izravni, a pogotovo neizravni troškovi, s podacima kojima se raspolaže teško se mogu procijeniti.

Ukupan trošak neadherencije u Hrvatskoj također se može pokušati procijeniti ako se primijene poznati podaci Sjedinjenih Američkih Država. Ako je ukupan trošak za zdravstvo u Sjedinjenim Američkim Državama u 2017. iznosio 3,5 bilijuna USD (Health System Tracker 2018), a ukupan trošak neadherencije se procjenjuje na oko 290 milijardi USD (Cutler i dr. 2018), tom grubom računicom dolazimo do procjene da na neadherenciju otpada minimalno 8,3 % ukupnog izdvajanja za zdravstvo. Prevođenjem ovog postotka u hrvatski kontekst, dolazi se ponovno do iznosa od oko milijardu kuna troška neadherencije (ako uzmemo u obzir da je proračun za zdravstvo u 2018. iznosio 11,5 milijardi kuna) (Ministarstvo financija [MFIN] 2018).

Milijarda kuna neadherencije godišnje vrlo je konzervativna procjena, ali i takva zasigurno sugerira da je daljnje istraživanje nužno i poziva na hitnu akciju jer je taj izdatak jednak godišnjem proračunu nekih od ministarstava, kao što je Ministarstvo kulture ili Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije (MFIN 2018). Opravdano je pitanje što bi se sve moglo postići unapređenjem adherencije ne samo u smislu ulaganja tih milijardu kuna u druge sektore nego i vrijednosti koja bi se dodatno stvorila poboljšanjem ishoda za bolesnike.

Slijedom iznesenoga postaje razvidno da je vrlo teško procijeniti troškove neadherencije, metodologije su razne, istraživanja su različite kvalitete i vrijednosti, teško su usporediva, ali i takva govore u prilog da se milijuni i milijarde svake godine bacaju jer se na ovom problemu sustavno i temeljito ne radi.

Zdravstveni sustavi često taj rastući trošak liječenja pokušavaju kompenzirati smanjenjem cijene lijekova koji imaju generičku paralelu, međutim, vrijeme je pokazalo da je to nastojanje, iako opravdano samo po sebi, neadekvatna mjera da bi se pariralo ovoj vrsti troška iz dvaju osnovnih razloga. Prvi je taj što smanjenje cijena dijela lijekova ne adresira izvor problema, a to je niska razina adherencije jer iako tako lijekove čini dostupnijima, ne rješava njihovo uzimanje ili neuzimanje od strane bolesnika. Drugi je razlog taj što cijena novih lijekova koji dolaze na tržište

(posljednjih godina prednjače lijekovi za liječenja malignih, autoimunih i genetskih bolesti) višestruko premašuje bilo kakve uštede koje nastaju kontrolom i smanjenjem cijena generičkih lijekova.

Stoga se može zaključiti kako je kontrola cijena lijekova obvezna mjera, ali ne i ona koja može dovesti do značajnijeg zaustavljanja rasta zdravstvene potrošnje. Potrebna je korjenita promjena koja bi pomogla pružateljima zdravstvene skrbi i bolesnicima da dobiju maksimum iz svoje interakcije kako bi se poboljšali ishodi i za bolesnika i za sustav.

8. Problem, cilj i hipoteze istraživanja

Interpersonalna komunikacija zbog svoje sveprisutnosti i dokazane učinkovitosti (Haskard Zolnierek i DiMatteo 2009) predstavlja najdostupniji proces kojim se adherenciju može pozitivno oblikovati. Kakva je percepcija pružatelja zdravstvene skrbi u Hrvatskoj o interpersonalnoj komunikaciji i njezinu utjecaju na bolesnika u različitim aspektima, a poglavito njezin utjecaj na adherenciju bolesnika nepoznato je.
Stoga je primarni cilj istraživanja bio ispitati percepciju anketiranih pružatelja zdravstvene skrbi u Hrvatskoj o ulozi interpersonalne komunikacije s bolesnikom u kontekstu adherencije.

Osim toga željelo se dati odgovor na sljedeća pitanja:

- kako pružatelji zdravstvene skrbi percipiraju važnost adherencije za terapijski ishod
- kako percipiraju važnost interpersonalne komunikacije za informiranje i motivaciju bolesnika te komuniciranje strategija za poboljšanje adherencije,
- kako percipiraju važnost zdravstvene pismenosti i prilagođavaju li svoj komunikacijski stil u ovisnosti o procijenjenoj razini zdravstvene pismenosti bolesnika
- kako percipiraju važnost povratne informacije, neverbalne komunikacije, *storytellinga* i persuazije u kontekstu interpersonalne komunikacije s bolesnikom
- postoji li percepcija interpersonalne komunikacije kao vještine koja se sukladno tomu uči i razvija
- kako percipiraju utjecaj informacija koje bolesnici dobivaju iz medija, primarno interneta na adherenciju bolesnika.

Pružatelji zdravstvene skrbi mogli bi na osnovi podataka dobivenih ovim istraživanjem dobiti nove informacije i spoznaje o ulozi koju interpersonalna komunikacija ima u interakciji s bolesnicima, napose o ulozi koju interpersonalna komunikacija ima na adherenciju bolesnika, te bi se mogle identificirati potrebe za dodatnim obrazovanjem na tom području.

Sukladno s navedenim ciljevima istraživanja postavljene su sljedeće hipoteze (H):

H1 Pružatelji zdravstvene skrbi smatraju da postoji značajan utjecaj interpersonalne komunikacije na razinu adherencije njihovih bolesnika.

H2 Razina percepcije pružatelja zdravstvene skrbi o adherenciji bolesnika povezana je s razinom njihovih interpersonalnih komunikacijskih vještina.

H3 Pružatelji zdravstvene skrbi za postizanje adherencije bolesnika najčešće rabe neverbalnu komunikaciju i prilagodbu razini zdravstvene pismenosti bolesnika.

H4 Nove informacijske tehnologije umanjuju napore pružatelja zdravstvene skrbi za postizanjem adherencije.

H5 Pružatelji zdravstvene skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj na jednakoj su razini posvećenosti adherenciji kao njihovi kolege iz 10 zemalja Europske unije (Clyne i dr. 2016).

H6 Većina anketiranih pružatelja zdravstvene skrbi smatra interpersonalnu komunikaciju vještinom koja se može naučiti.

H7 Većina anketiranih pružatelja zdravstvene skrbi pozitivnim percipira utjecaj interpersonalne komunikacije na temeljne komponente IMS modela (Information – Motivation – Strategy) (DiMatteo i dr. 2012).

H8 Većina pružatelja zdravstvene skrbi rabi (najmanje tri) tehnike dobronamjernog uvjeravanja u radu s bolesnicima.

H9 Vrijeme koje pružatelj zdravstvene skrbi ima za interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom u pozitivnoj je korelaciji s posvećenosti adherenciji (učestalosti provjere adherencije).

9. Metodologija, rezultati istraživanja i rasprava

9.1. Metodologija

Metodologija istraživanja obuhvatila je kvantitativne i kvalitativne metode. U prvoj fazi provodila se kvalitativna metoda dubinskog intervjua, a zatim anketna metoda anketnim upitnikom.

Prije distribucije sadržaj upitnika vrednovala je odabrana skupina stručnjaka metodom dubinskog intervjua. Provedena su četiri individualna dubinska intervjua s liječnikom obiteljske medicine, liječnikom specijalistom, medicinskom sestrom i ljekarnikom s ciljem provjere relevantnosti predloženih pitanja i tvrdnji za svaku od anketiranih skupina. Dubinski intervjui provedeni su na namjernom uzorku (sveučilišni profesori, docent i magistar znanosti) jer se smatra da takva ciljana skupina raspolaže relevantnim informacijama i uvidima zbog svog položaja, visoke razine edukacije, iskustva i stručnosti. Sudionicima intervjua jamčena je povjerljivost podataka, stoga su njihovi odgovori anonimizirani.
Na osnovi informacija dobivenih dubinskim intervjuima anketni upitnik prilagođen je na način da su određene tvrdnje korigirane kako bi jasnije bio prezentiran sadržaj svake pojedinačne tvrdnje te je određenim tvrdnjama dodano objašnjenje kako bi se osigurala jednoznačnost sljedećih pojmova: *adherencija, konotativno značenje* i *storytelling metoda*, te objašnjenje određenih tehnika dobronamjernog uvjeravanja (*strah, uzajamnost, oskudica, konzistentnost* i *konsenzus*). Također, na osnovi dubinskih intervjua određene su tvrdnje izbačene iz anketnog upitnika,te je postavljenim pitanjima/tvrdnjama izmijenjen redoslijed.

Osnovna metoda koja je korištena pri izradi istraživanja jest anketna metoda[8]. Anketni upitnik s 36 pitanja i tvrdnji bio je distribuiran putem mrežnog servisa *Google Forms* tijekom lipnja 2020. Korištena je metoda snježne grude, na način da je snježna gruda pokrenuta slanjem poveznice na anketu e-poštom, u svakoj od ispitivanih skupina u svakoj od pet regija, na koje je Hrvatska za

[8] Anketna istraživanja odnose se na postavljanje unaprijed određenog broja pitanja ispitanicima preko anketnog upitnika. Anketnim se istraživanjima nazivaju istraživanja kojima se žele procijeniti vrijednosti, stavovi, ponašanje, mišljenja i sl. neke populacije (Šundalić i Pavić 2013:161).

potrebe ovog istraživanja podijeljena (Zagreb i okolica, središnja Hrvatska, Slavonija, Istra/Rijeka/Gorski kotar/Lika i Dalmacija).
Anketni upitnik sastojao se od tri dijela. Prvi dio upitnika odnosio se na demografske podatke (regija, specijalnost, godine staža i spol).

Drugi dio upitnika odnosio se na tvrdnje kojima se istražio stav ispitanika prema adherenciji (tvrdnje 6. – 10.). Skupinom tvrdnji iz drugog dijela upitnika istražila se percepcija pružatelja zdravstvene skrbi spram adherencije, njene važnosti za terapijske ishode, aktivne provjere adherencije te povezanosti provjere adherencije i količine vremena koju pružatelji zdravstvene skrbi imaju na raspolaganju za svakoga pojedinog bolesnika.
Važno je naglasiti da je pitanje broj 8., uz dopuštenje autora, preneseno iz istraživanja Clyne i suradnika (2016), te je poslužilo za usporedbu anketiranih pružatelja zdravstvene skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite iz Hrvatske s kolegama iz deset zemalja Europske unije koji su sudjelovali u navedenu istraživanju (Austrija, Belgija, Engleska, Francuska, Njemačka, Mađarska, Nizozemska, Poljska, Portugal i Švicarska).

Treći dio upitnika odnosio se na tvrdnje kojima se istražila percepcija utjecaja interpersonalne komunikacije na temeljne komponenti IMS modela (DiMatteo i dr. 2012). IMS model nastao je na temelju mnogobrojnih istraživanja i analiza literature o povezanosti adherencije bolesnika i interpersonalne vještine pružatelja zdravstvene skrbi (tvrdnje 11. – 13.). Predstavlja heuristički model koji vodi pružatelje zdravstvene skrbi kroz sve komponente važne za postizanje adherencije bolesnika. Njegova je prednost u sveobuhvatnosti i fleksibilnosti jer se komponente koje će biti naglašene odabiru na osnovi individualnih potreba svakog bolesnika, a nedostatak u potrebi detaljnog znanja pune kompleksnosti svake od kategorija kako bi se izvršio adekvatan izbor unutar kategorije.

Zatim slijedi 19 tvrdnji (14. – 19.) koje su temeljene na komunikološkim teorijama i grupirane u devet kategorija interpersonalne komunikacije.
Tvrdnje od 14. do 19. temeljene su na: teoriji koja svoje ishodište ima u Aristotelovoj teoriji komunikacije, koji sugerira potrebu da sudionici u komunikacijskom procesu prije početka interpersonalne komunikacije definiraju riječi kako bi izbjegli nesporazume (Reardon 1998), preko

utjecaja zdravstvene pismenosti na adherenciju i zdravstvene ishode bolesnika (Miller 2016), do razlike konotativnog i denotativnog značenja određenih termina (Reardon 1998).

Tvrdnje 20. i 21. temeljene su na teoriji procesa interpersonalne komunikacije i važnosti odsutnosti buke u komunikacijskom kanalu u svrhu točnog i nesmetanog prijenosa poruke (Kunczik i Zipfel 2006) koja je važna u kontekstu interpersonalne komunikacije između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi jer omogućuje ostvarivanje međusobnog razumijevanja.

Tvrdnje od 22. do 24. temeljene su na teoriji povratne informacije i važnosti iste za razumijevanje izrečenog, ali i demonstraciju empatije, zanimanja za bolesnika i stvaranje dobrog odnosa s bolesnikom (Lepper i dr. 1995, Roter i Hall 2006). Tvrdnje 25. – 27. temeljene su na teoriji neverbalne komunikacije i važnosti ispravnog enkodiranja i dekodiranja neverbalnih poruka tijekom interpersonalne komunikacije između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi (DiMatteo i dr. 1980, DiMatteo, Hayes i Prince 1986, Gallagher i dr. 2005, Martin i Friedman 2005, Martin i dr. 2010, Robinson 1998).

Tvrdnja 28. odnosi se na Berger-Calabreseovu teoriju komunikacijske neizvjesnosti (Sviličić 2019), koja naglašava važnost fokusa na smanjenje neizvjesnosti koja se javlja u komunikacijskom odnosu kada se sudionici nedovoljno poznaju ili prvi put susreću, što je česta situacija, pogotovo za liječnike specijaliste.

Tvrdnje 29. i 30. odnose se na teoriju narativne paradigme (Miller 2005, Sviličić 2019) koja govori u prilog prezentaciji informacija u formatu priče što utječe na prihvaćanje i pamćenje iznesenih informacija, dok se tvrdnje 31. i 32. ishodište nalaze u teoriji persuazije / dobronamjernog uvjeravanja koja govori u prilog važnosti djelovanja određenim tehnikama kako bi se povećala mogućnost utjecanja na drugu osobu (Benoit, W. i Benoit, P. 2008, Pratkanis 2007).

Tablica 3. Povezanost istraživanih kategorija interpersonalne komunikacije i anketnog upitnika

KATEGORIJA INTERPERSONALNE KOMUNIKACIJE	**REDNI BROJ TVRDNJE IZ ANKETNOG UPITNIKA**
1. Poznavanje značenja i simbola	17. i 18.
2. Dovoljno slična denotacija i konotacija	19.
3. Poznavanje sugovornika i prilagodba poruke	14. – 16.
4. Odsutnost smetnji u komunikacijskom kanalu i optimizacija konteksta	20. i 21.
5. Mogućnost davanja i primanja feedbacka (povratne informacije)	22. – 24.
6. Usklađenost verbalnog i neverbalnog aspekta komunikacije	25. – 27.
7. Aktivno djelovanje na smanjenje komunikacijske neizvjesnosti, pogotovo na početku procesa interpersonalne komunikacije	28.
8. Uvjerljivo, upečatljivo i zapamtljivo prenošenje poruke (storytelling)	29. i 30.
9. Korištenje tehnika dobronamjernog uvjeravanja (persuazije)	31. i 32.

Tvrdnja 33. provjerava imaju li pružatelji zdravstvene skrbi percepciju interpersonalne komunikacije kao vještine (Hargie 2011), što je ključna i polazna točka da se na interpersonalnu komunikaciju (ako je percipiraju kao vještinu) pozitivno utječe obrazovanjem i vježbom.

Tvrdnje 33. – 36. odnose se na utjecaj informacija koje bolesnici pronalaze na mrežnim stranicama na interpersonalnu komunikaciju s pružateljima zdravstvene skrbi i adherenciju. Tim se pitanjem pokušalo, u okviru teorija zdravstvenog ponašanja, saznati kako pružatelji zdravstvene skrbi percipiraju utjecaj informacija koje bolesnici pronalaze na mrežnim stranicama na formiranje ponašanja kojima je cilj postizanje adherencije.

Ispitanici koji su sudjelovali u istraživanju pružatelji su zdravstvene skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene skrbi: liječnici specijalisti internisti, kardiolozi, gastroenterolozi, nefrolozi, dijabetolozi/endokrinolozi, pulmolozi, onkolozi / internistički onkolozi i hematolozi (sekundarna i tercijarna razina zdravstvene zaštite), liječnici obiteljske medicine i specijalisti obiteljske medicine, ljekarnici i medicinske sestre / medicinski tehničari (primarna razina zdravstvene zaštite).
Istraživanje je fokusirano na ove odabrane skupine pružatelja zdravstvene skrbi zato što zajednički skrbe o kroničnim bolesnicima čiji su nastanak bolesti i progresija djelomično uzrokovani

neadekvatnim životnim navikama (pušenje, konzumacija rafinirane kalorične hrane, prekomjerna konzumacija soli, prekomjerna konzumacija alkohola, manjak kretanja itd.). Stoga su odabrani pružatelji zdravstvene skrbi ključan element za uspješnost liječenja koje počiva na adekvatnom davanju informacija o bolesti, dijagnostičkim i terapijskim opcijama te prezentaciji intervencija za postizanje i poboljšanje adherencije, kako bi se bolesnicima omogućilo da se dugoročno pridržavaju dogovorene strategije liječenja. Kako je prethodno u radu prikazano, adherencija kroničnih bolesnika predstavlja najveći izazov i opterećenje za pružatelje zdravstvene skrbi, zdravstvene sustave i obitelji bolesnika te ostavlja značajne posljedice.

Vrsta metode uzorkovanja spada u neprobabilističke metode, te se koristila, ranije spomenuta, tehnika snježne grude. Veličina potrebnog uzorka pružatelja zdravstvene skrbi određena je statističkom analizom snage testa uz pretpostavku da će se statističko testiranje hipoteza provesti na razini statističke značajnosti 95 % te da je snaga testa 90 %. Određivanje potrebne veličine uzorka napravljeno je s pomoću licenciranog programa STATISTICA ver. 6.1, StatSoft Inc, USA. Korišten je programski modul Power Analysis-Sample Size Calculation.

Veličina populacije odabranih skupina pružatelja zdravstvene skrbi dobivena je iz relevantnih izvora: HZZO (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje), HZJZ (Hrvatski zavod za javno zdravstvo), HLJK (Hrvatska ljekarnička komora) i HLK (Hrvatska liječnička komora).

Tablica 4. Veličine populacija i izvori podataka

POPULACIJA	VELIČINA POPULACIJE	IZVOR PODATAKA I POVEZNICA NA IZVOR PODATAKA
Liječnici obiteljske medicine i specijalisti obiteljske medicine	2336	HZZO (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje) https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/
Medicinske sestre i tehničari	2213	HZJZ (Hrvatski zavod za javno zdravstvo) https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2018-tablicni-podaci/
Ljekarnici	4004	HLJK (Hrvatska ljekarnička komora) http://www.hljk.hr/Registri/RegistarljekarnikauRH/tabid/68/Default.aspx
Liječnici specijalisti	1415	HLK (Hrvatska liječnička komora) http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/
UKUPNO	**9968**	

9.2. Rezultati i interpretacija istraživanja

Istraživanjem percepcije uloge interpersonalne komunikacije u interakciji bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi obuhvaćena su 424 ispitanika s područja čitave Hrvatske.
Ispitanici iz osnovnog skupa od 9968 pružatelja zdravstvene skrbi dali su odgovore u anketnom upitniku koji je dostupan u Prilogu 1. Odgovori svih 424 ispitanika sistematizirani su u Excel datoteku, te importirani u STATISTICA datoteku. Statistička analiza ankete rađena je s pomoću licenciranog programa STATISTICA 6.1 StatSoft inc., USA, 1983-2003. U okviru statističke obrade podataka korištene su metode deskriptivne statistike i metode inferencijalne statistike.

Za potrebe statističke odrade odgovori na pitanja bodovani su prema Likertovoj skali s 5 stupnjeva:
1 – ne slažem se
2 – djelomično se slažem
3 – ne znam
4 – uglavnom se slažem
5 – slažem se
Odgovor na tvrdnju 35 bodovan je u suprotnom redoslijedu.

1 – nikad
2 – rijetko
3 – ponekad
4 – često
5 – uvijek
Odgovor na tvrdnju 17 bodovan je u suprotnom redoslijedu.

9.2.1. Deskriptivna statistička analiza

Kako je ranije navedeno prva skupina pitanja/tvrdnji odnosila se na demografske podatke (regija, specijalnost, godine staža i spol).

Tablica 5. Raspodjela pružatelja zdravstvene skrbi prema regijama

Regija	Broj	%
Istra, Rijeka, Gorski kotar, Lika	58	13,7
Središnja Hrvatska	42	9,9
Zagreb i okolica	139	32,8
Slavonija	79	18,6
Dalmacija	106	25,0
Ukupno	**424**	**100,0**

Tablica 6. Raspodjela pružatelja zdravstvene skrbi prema specijalnosti

Specijalnost	Broj	%
Liječnik/ca obiteljske medicine/specijalist obiteljske medicine	121	28,5
Medicinska sestra/tehničar	107	25,2
Ljekarnik/farmaceut	100	23,6
Liječnik/ca specijalist ukupno	96	22,6
Ukupno	**424**	**100,0**
Liječnik/ca medicine – specijalist gastroenterolog	14	3,3
Liječnik/ca medicine – specijalist kardiolog	25	5,9
Liječnik/ca medicine – specijalist internist	16	3,8
Liječnik/ca medicine – specijalist nefrolog	11	2,6
Liječnik/ca medicine – specijalist pulmolog	10	2,4
Liječnik/ca medicine – specijalist dijabetolog/endokrinolog	3	0,7
Liječnik/ca medicine – hematolog	8	1,9
Liječnik/ca medicine – specijalist onkolog/internistički onkolog	9	2,1

Tablica 7. Populacija i uzorak pružatelja zdravstvene skrbi prema specijalnosti

Specijalnost	Veličina populacije	Veličina uzorka	Uzorak/populacija (%)
Liječnici obiteljske medicine i specijalisti obiteljske medicine	2.336	121	5,2
Medicinske sestre i tehničari	2.213	107	4,8
Ljekarnici	4.004	100	2,5
Liječnici specijalisti ukupno	1.415	96	6,8
Ukupno	**9.968**	**424**	**4,3**
Liječnici specijalisti po specijalnostima			
Liječnici medicine – specijalist internist	329	16	4,9
Liječnici medicine – specijalist kardiolog	329	25	7,6
Liječnici medicine - pecijalist gastroenterolog	166	14	8,4
Liječnici medicine - pecijalist nefrolog	119	11	9,2
Liječnici medicine – specijalist dijabetolog/endokrinolog	114	3	2,6
Liječnici medicine – specijalist pulmolog	148	10	6,8
Liječnici medicine – specijalist onkolog/internistički onkolog	135	9	6,7
Liječnici medicine – hematolog	75	8	10,7

Tablica 8. Raspodjela pružatelja zdravstvene skrbi prema stažu

Staž	Broj	%
do 5	87	20,5
od 6 do 10	59	13,9
od 11 do 15	60	14,2
16 – 20	72	17,0
više od 20	146	34,4
Ukupno	**424**	**100,0**

Tablica 9. Raspodjela pružatelja zdravstvene skrbi prema stažu i specijalnosti

Specijalnost	Staž do 5	Staž 6 – 10	Staž 11 – 15	Staž 16 – 20	Staž više od 20	Ukupno
Liječnik/ca obiteljske medicine/ specijalist obiteljske medicine	25	8	10	17	61	121
	20,66%	6,61%	8,26%	14,05%	50,41%	
Medicinska sestra/tehničar	29	15	10	11	42	107
	27,10%	14,02%	9,35%	10,28%	39,25%	
Ljekarnik/farmaceut	26	14	17	20	23	100
	26,00%	14,00%	17,00%	20,00%	23,00%	
Liječnik/ca specijalist	7	22	23	24	20	96
	7,29%	22,92%	23,96%	25,00%	20,83%	
Ukupno	**87**	**59**	**60**	**72**	**146**	**424**

U okviru deskriptivne statistike biti će prikazani i odgovori na pitanja 27. i 32.

Tablica 10. Broj i postotak pružatelja zdravstvene skrbi koji koriste pojedini neverbalni znak pojedinačno ili u kombinaciji s drugim neverbalnim znakovima (analiza odgovora na pitanje 27.)

Neverbalni znak	Broj ispitanika koji ga koristi	%
kontakt očima	**356**	**84,0**
osmijeh	**342**	**80,7**
kimanje glavom	**305**	**71,9**
otvoren stav rukama	135	31,8
verbalni inputi kao poticaj na daljnje izlaganje (aha, da)	220	51,9
primjeren tjelesni prostor između bolesnika i mene (proksemija)	156	36,8
okrenutost i nagnutost tijela prema bolesniku	163	38,4
dodir	74	17,5
topao ton glasa	**282**	**66,5**

Iz tablice 10. vidljivo je da većina pružatelja zdravstvene skrbi koristi više neverbalnih znakova (od ukupno 2033 odabrana neverbalna znaka što je u prosjeku 4,8 po anketiranom pružatelju zdravstvene skrbi) pri čemu su najčešće korišteni neverbalni znakovi: kontakt očima, kimanje glavom, osmijeh i topao ton glasa. Teorije interpersonalne komunikacije, a napose neverbalne

komunikacije naglašavaju vrijednost neverbalnih znakova za stvaranje odnosa, demonstraciju interesa, komuniciranje empatije, što je potvrđeno mnogobrojnim istraživanjima neverbalne komunikacije na relaciji bolesnik – pružatelj zdravstvene skrbi (DiMatteo i dr. 1980, Robinson, 1998, Gallagher i dr. 2005, Martin i dr. 2010, Henry i dr. 2012), pa ovaj nalaz govori u prilog dobrih neverbalnih komunikacijskih vještina anketiranih pružatelja zdravstvene skrbi.

Tablica 11. Broj i postotak pružatelja zdravstvene skrbi koji koriste pojedinu tehniku dobronamjernog uvjeravanja bolesnika pojedinačno ili u kombinaciji s drugim tehnikama (analiza odgovora na pitanje 32.)

Tehnika dobronamjernog uvjeravanja	**Broj ispitanika koji je koristi**	**%**
strah	117	27,6
uzajamnost	163	38,4
oskudica	145	34,2
demonstracija autoriteta	21	5,0
konzistentnost	148	34,9
izrazi simpatije i sviđanja	138	32,5
dijeljenje vlastitih iskustava i primjera	**294**	**69,3**
davanje komplimenata/pohvala	**283**	**66,7**
konsenzus	**223**	**52,6**

Analizom tvrdnje 31. (prikazano na grafikonu 19.) *Smatram da je persuazija (dobronamjerno uvjeravanje) važna tehnika u interpersonalnoj komunikaciji s bolesnikom (u kontekstu postizanja adherencije bolesnika)* dolazi se do zaključka kako je većina pružatelja zdravstvene skrbi sklona koristiti tehnike dobronamjernog uvjeravanja, njih 419 od 424 anketiranih (98,8 %).

419 pružatelja zdravstvene skrbi koji koriste tehnike dobronamjernog uvjeravanja u prosjeku koristi više tehnika, tj. 3,6 tehnika po anketiranom pružatelju zdravstvene skrbi, a iz gore navedene tablice 11. vidljivo je da su tri najčešće korištene tehnike dijeljenje vlastitih iskustava i primjera, davanje komplimenata/pohvala i konsenzus (dijeljenje saznanja s bolesnikom da je većina drugih bolesnika u istoj situaciji postupila tako kako je predloženo).

Osim ove tri tehnike koje su najzastupljenije, pružatelji zdravstvene skrbi u značajnom postotku koriste i uzajamnost (pružanje/davanje određene "usluge" bolesniku čime se povećavaju izgledi da će bolesnik pristati na ono što pružatelj zdravstvene skrbi sugerira), konzistentnost (traženje da bolesnik ispuni manju obvezu koju slijedi veća, značajnija obveza/promjena za koju je pružatelju zdravstvene skrbi važno da je bolesnik prihvati), oskudicu (isticanje onog što je jedinstveno u onom što pružatelj zdravstvene skrbi nudi bolesniku i što može izgubiti ako ne posluša) i izraze simpatije. Pregledom teorijske osnove dobronamjernog uvjeravanja razvidno je da postoji cijeli niz tehnika i taktika kojima se pružatelji zdravstvene skrbi mogu služiti kako bi persuazivno djelovali na bolesnika (Cialdini 2007, Pratkanis, 2007), ovim istraživanjem utvrđeno je koje persuazivne tehnike pružatelji zdravstvene skrbi najčešće odabiru kako bi svoje bolesnike uvjerili u nužnost određenih aktivnosti ili promjena, a u svrhu postizanja željenog ishoda liječenja.

9.2.2. Testiranje hipoteza

Tablica 12. Deskriptivna statistika ordinarnih odgovora bodovanih po Likertovoj skali

Pitanje	N	Prosječna vrijednost	Središnja vrijednost	Minimum	Maksimum	Donji kvartil	Gornji kvartil	Standardno odstupanje
P6	424	4,8	5,0	1	5	5	5	0,53
P7	424	4,7	5,0	2	5	5	5	0,56
P8	424	3,7	4,0	1	5	3	4	0,90
P9	424	4,1	4,0	1	5	4	5	1,16
P10	424	4,6	5,0	2	5	4	5	0,69
P11	424	4,8	5,0	2	5	5	5	0,49
P12	424	4,7	5,0	1	5	5	5	0,65
P13	424	4,7	5,0	1	5	5	5	0,66
P14	424	4,8	5,0	1	5	5	5	0,54
P15	424	3,8	4,0	1	5	3	4	0,94
P16	424	3,8	4,0	1	5	2	5	1,37
P17	424	3,4	3,0	2	5	3	4	0,67
P18	424	4,2	4,0	1	5	4	5	0,80
P19	424	3,8	4,0	1	5	3	4	0,87
P20	424	3,7	4,0	1	5	3	4	0,99
P21	424	3,9	4,0	1	5	3	5	0,88

Pitanje	N	Prosječna vrijednost	Središnja vrijednost	Minimum	Maksimum	Donji kvartil	Gornji kvartil	Standardno odstupanje
P22	424	4,2	4,0	2	5	4	5	0,77
P23	424	4,4	5,0	2	5	4	5	0,66
P24	424	3,4	3,0	1	5	3	4	0,98
P25	424	4,6	5,0	1	5	4	5	0,74
P26	424	4,7	5,0	1	5	4	5	0,64
P28	424	4,3	4,0	2	5	4	5	0,66
P29	424	3,8	4,0	1	5	4	4	1,03
P30	424	3,1	3,0	1	5	3	4	0,81
P31	424	4,0	4,0	1	5	4	5	0,95
P33	424	4,0	4,0	1	5	4	5	1,02
P34	424	2,5	2,0	1	5	2	4	1,32
P35	424	3,9	4,0	1	5	4	5	1,05
P36	424	3,0	2,0	1	5	2	4	1,24
Percepcija adherencije	424	13,3	13,0	7	15	13	14	1,38
Interpersonalne komunikacijske vještine	424	67,9	68,0	36	83	64	72	7,19
Neverbalna komunikacija	424	4,6	5,0	2	5	5	5	0,63
Zdravstvena pismenost	424	4,3	4,3	2	5	4	5	0,54
Ostale kategorije interpersonalne komunikacije	424	3,8	3,8	2	5	4	4	0,45
Određivanje razine adherencije	424	8,5	9,0	4	10	8	9	1,21

H1: Pružatelji zdravstvene skrbi smatraju da postoji značajan utjecaj interpersonalne komunikacije na adherenciju njihovih bolesnika.

Tablica 13. Analiza odgovora na tvrdnju 10: *Smatram da je interpersonalna komunikacija s bolesnikom važna za adherenciju*

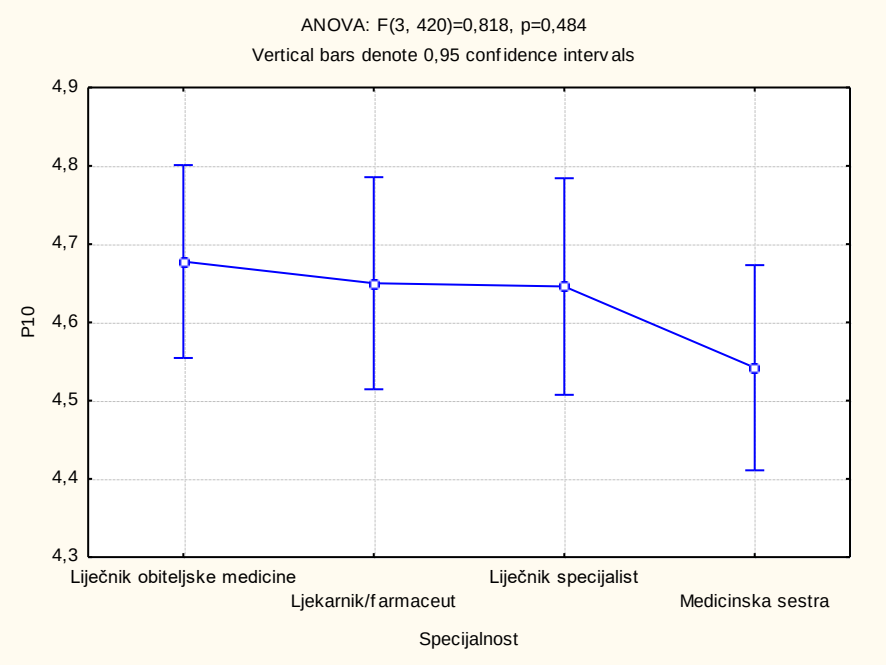
P10	Broj	%
djelomično se slažem	17	4,0
uglavnom se slažem	106	25,0
slažem se	301	71,0
Ukupno	424	100,0

Tablica 14. Analiza odgovora na tvrdnju 10. (usporedba specijalnosti): *Smatram da je interpersonalna komunikacija s bolesnikom važna za adherenciju*

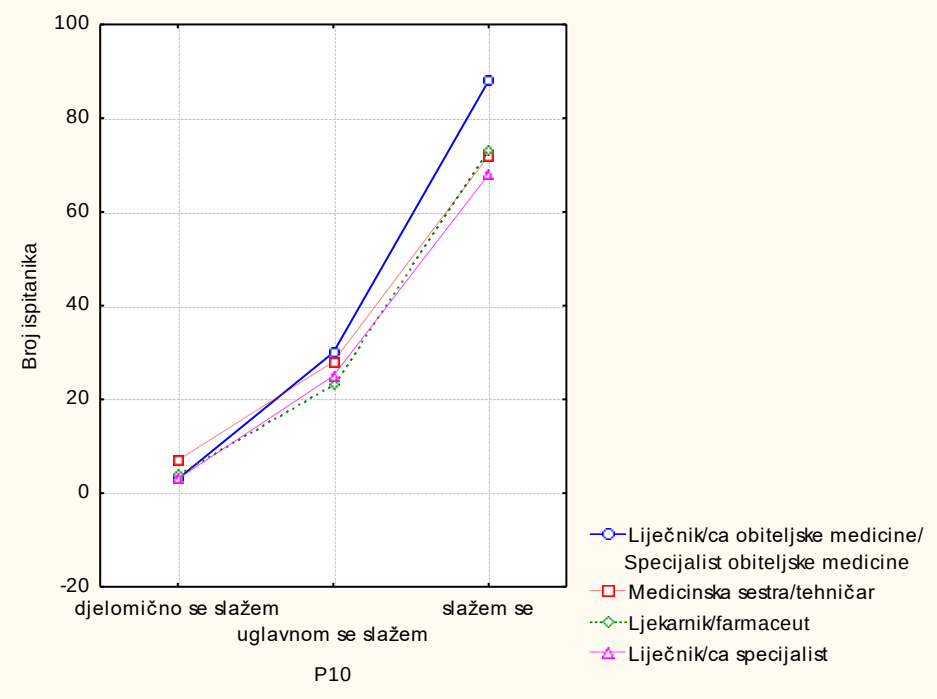
Specijalnost	P10 Djelomično se slažem	P10 Uglavnom se slažem	P10 slažem se	Ukupno
Liječnik/ca obiteljske medicine/ specijalist obiteljske medicine	3	30	88	121
	2,48%	24,79%	72,73%	
Medicinska sestra/tehničar	7	28	72	107
	6,54%	26,17%	67,29%	
Ljekarnik/farmaceut	4	23	73	100
	4,00%	23,00%	73,00%	
Liječnik/ca specijalist	3	25	68	96
	3,13%	26,04%	70,83%	
Ukupno	**17**	**106**	**301**	**424**

Tablica 15. Hi kvadrat test odgovora na tvrdnju 10: *Smatram da je interpersonalna komunikacija s bolesnikom važna za adherenciju* – usporedba specijalnosti

Specijalnosti (4) x P10 (3)			
	Hi - kvadrat	**Stupnjevi slobode (Df)**	**p**
Pearson Hi - kvadrat	3,183	6	0,786



Grafikon 1. Analiza varijance (ANOVA) odgovora na pitanje: *Smatram da je interpersonalna komunikacija s bolesnikom važna za adherenciju*



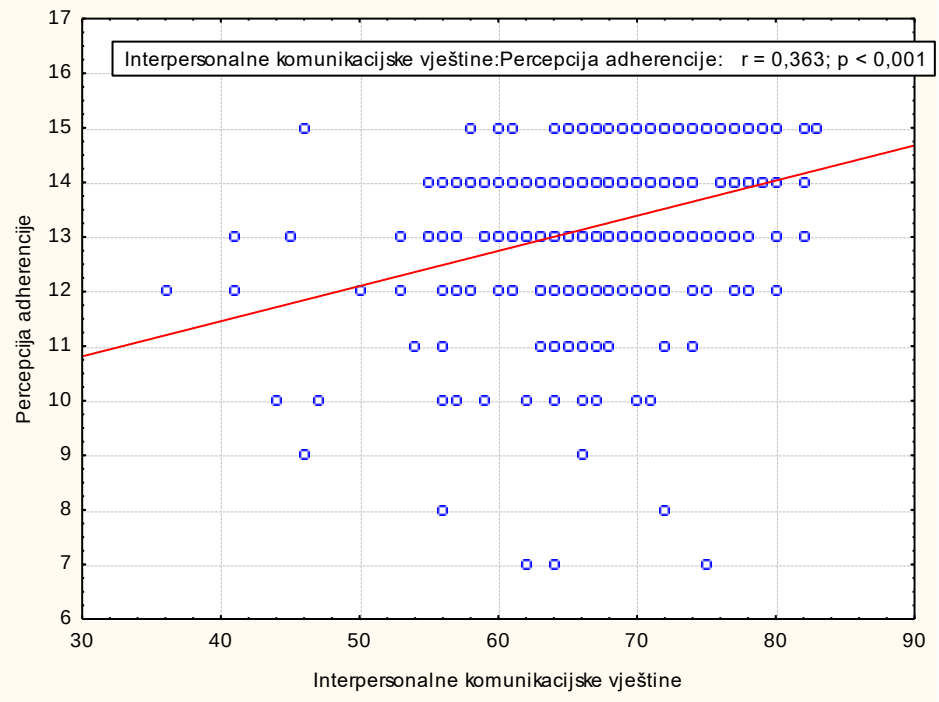
Grafikon 2. Usporedba specijalnosti prema odgovoru na pitanje: *Smatram da je interpersonalna komunikacija s bolesnikom važna za adherenciju*

Iz prethodno prikazane tablice 13. je vidljivo da se svi anketirani pružatelji zdravstvene skrbi slažu se da je interpersonalna komunikacija s bolesnikom važna za adherenciju, s time da se 71 % pružatelja zdravstvene skrbi slaže s navedenom tvrdnjom, a ostatak anketiranih pružatelja zdravstvene skrbi se djelomično ili uglavnom slaže. Nijedan od 424 anketirana pružatelja zdravstvene skrbi nije odabrao odgovor „ne slažem se“, time je hipoteza H1 potvrđena.

Osim navedenog, valja uzeti u obzir i odgovor na tvrdnju 9. *Smatram da bi moji bolesnici bili adherentniji kada bih imao/la više vremena za razgovor (interpersonalnu komunikaciju) s njima*, sa kojom se 80,9 % pružatelja zdravstvene skrbi slaže i uglavnom slaže, što dodatno govori u prilog visoke percepcije važnosti interpersonalne komunikacije za adherenciju bolesnika.

Hi-kvadrat test prikazan u tablici 15. i grafikonima 1. i 2. pokazuje da ne postoji statistički značajna razlika između specijalnosti pružatelja zdravstvene skrbi u odnosu na stav da je interpersonalna komunikacija s bolesnikom važna za adherenciju ($p>0,05$). Ovo je ključni nalaz koji povezan s ostalim nalazima koji slijede govori u prilog značajne percepcije koju pružatelji zdravstvene skrbi imaju o važnosti koju interpersonalne komunikacije ima za adherenciju bolesnika.

H2: Razina percepcije pružatelja zdravstvene skrbi o adherenciji bolesnika povezana je s razinom njihovih interpersonalnih komunikacijskih vještina.



Grafikon 3. Povezanost između interpersonalnih komunikacijskih vještina i razine percepcije adherencije

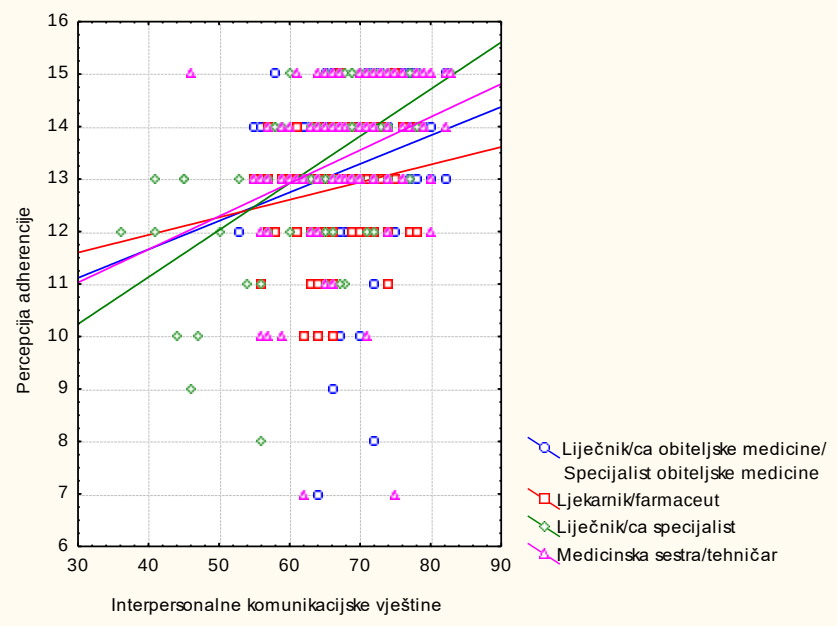
U grafikonu 3. prikazani Spearman Rank Order koeficijent korelacije (r=0,363, p<0,001) i pravac regresije pokazuju da postoji statistički značajna povezanost između interpersonalnih komunikacijskih vještina i razine percepcije adherencije.

Interpersonalne komunikacijske vještine su procijenjene analizom odgovora na tvrdnje: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 i 26, te tvrdnje 28, 29, 30 i 31, odnosno zbrojem bodova po Likertovoj skali za navedenih 17 odgovora (14. – 26. i 28. – 31.). Maksimalan broj bodova je 17*5=85. Percepcija adherencije procijenjena je analizom odgovora na tvrdnje: 6, 7 i 8, odnosno zbrojem bodova po Likertovoj skali od 3 odgovora (6. – 8.). Maksimalni broj bodova je 3*5=15.
Odgovori na pitanja 14. do 32., (izuzev pitanja 27. i 32.) pokazuju da prosječno 76,4 % pružatelja zdravstvene skrbi ima visoku razinu interpersonalnih komunikacijskih vještina (raspon 40,1 % – 97,9 %).

Iz gore prikazana grafikona vidljivo je da je percepcija adherencije visoka kod onih pružatelja zdravstvene skrbi koji imaju, jednako tako, visoku razinu interpersonalnih komunikacijskih vještina, time je hipoteza H2 potvrđena.

S ovom hipotezom se pretpostavilo da je usmjerenost na bolesnika jedinstvena kategorija koja se može ogledati kroz određene komponente interpersonalne komunikacije ili kroz usmjerenost na adherenciju. Pružatelji zdravstvene skrbi kojima je važno da ih je bolesnik razumio, da se tijekom interpersonalne komunikacije osjeća dobro, prihvaćeno i saslušano, kojima je važno da demonstriraju empatiju jesu isti oni pružatelji zdravstvene skrbi kojima je važno provjeriti je li njihov bolesnik redovito uzima terapiju i pridržava se dogovorenih higijensko-dijetetskih mjera. Skrb za bolesnika ogleda se kroz sve aspekte njihova rada.

Niže u grafikonu 4. i tablici 16. prikazan je odnos razine interpersonalnih komunikacijskih vještina i percepcije adherencije po specijalnostima iz kojeg je vidljivo da kod liječnika specijalista percepcija adherencije najbrže raste s porastom interpersonalnih komunikacijskih vještina, podjednako kod liječnika obiteljske medicine i medicinskih sestara, a najsporije kod ljekarnika.

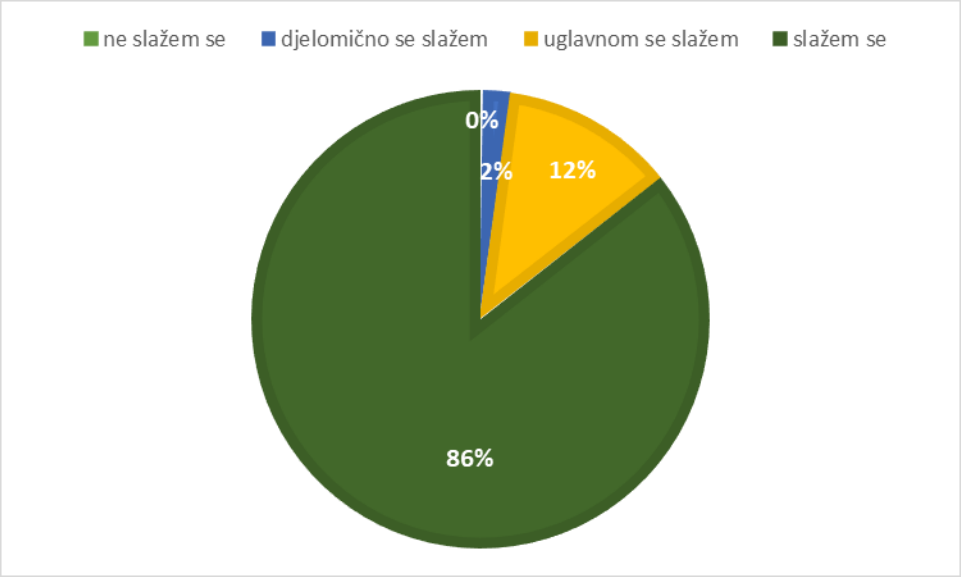


Grafikon 4. Povezanost između interpersonalnih komunikacijskih vještina i razine percepcije adherencije po specijalnosti

Tablica 16. Spearman Rank Order koeficijent korelacije između percepcije adherencije i interpersonalnih komunikacijskih vještina po specijalnostima

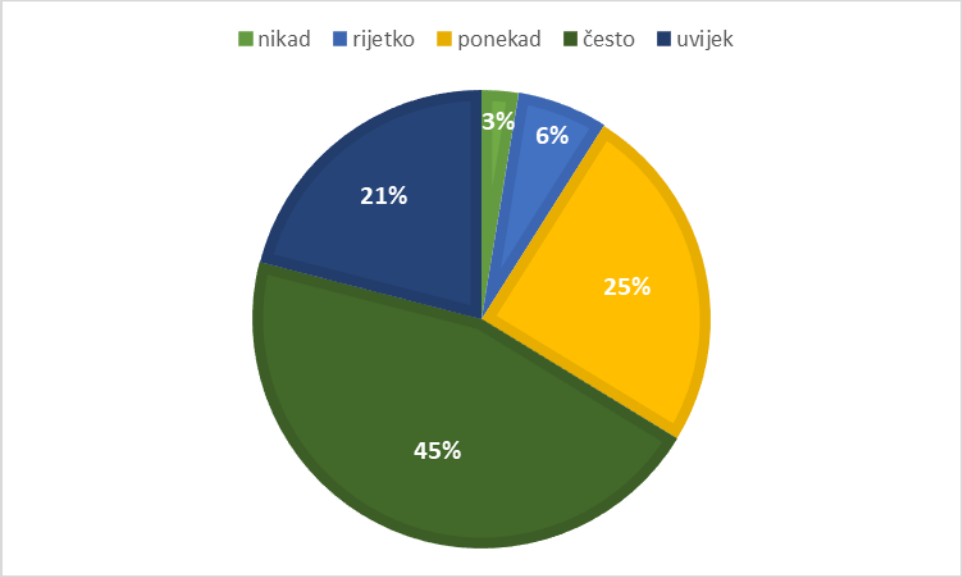
Specijalnost	**Spearman Rank Order koeficijent korelacije**
Liječnici obiteljske medicine i specijalisti obiteljske medicine	0,279, p=0,002
Medicinske sestre i tehničari	0,388, p<0,001
Ljekarnici/farmaceuti	0,182, p=0,070
Liječnici specijalisti ukupno	0,569, p<0,001

Slijedi prikaz analize odgovora na sve pojedinačne tvrdnje (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 i 26, 28, 29, 30 i 31) koje su po teorijskoj osnovi korištene za procjenu razine interpersonalne komunikacijske vještine pružatelja zdravstvene skrbi.



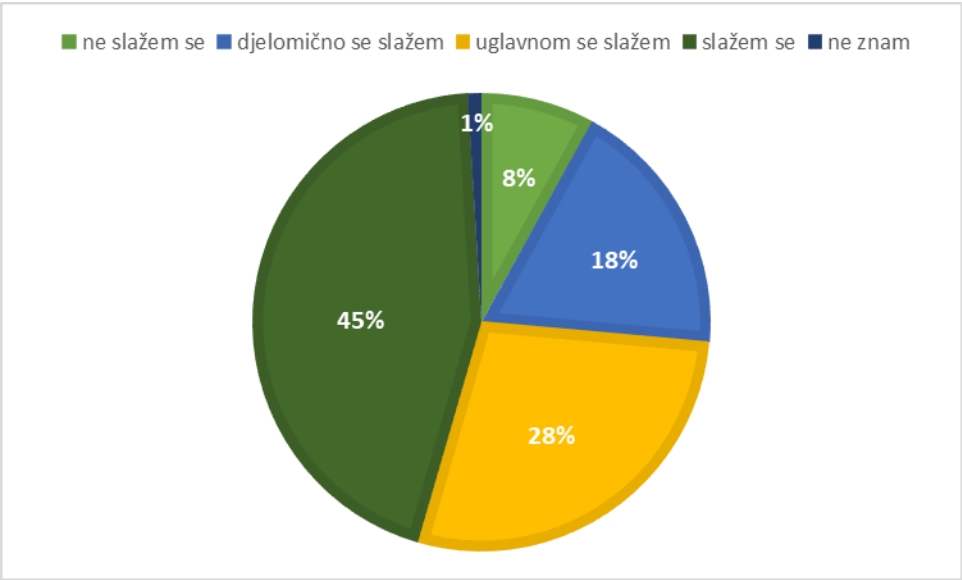
Grafikon 5. Analiza odgovora na tvrdnju 14: *Smatram da je interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom važno prilagoditi bolesnikovoj razini zdravstvene pismenosti*

Prema analizi prikazanoj na grafikonu 5., većina, tj. 97,9 % pružatelja zdravstvene skrbi, je odgovorila da se slaže (363 ispitanika) ili uglavnom slaže (52 ispitanika) s navedenom tvrdnjom, stoga se može zaključiti da navedeni postotak anketiranih u ovoj kategoriji ima visoku razinu interpersonalnih komunikacijskih vještina. Svjesnost o važnosti prilagodbe bolesnikovoj razini zdravstvene pismenosti temeljna je karakteristika učinkovite interpersonalne komunikacije jer osigurava razumijevanje izrečenog.



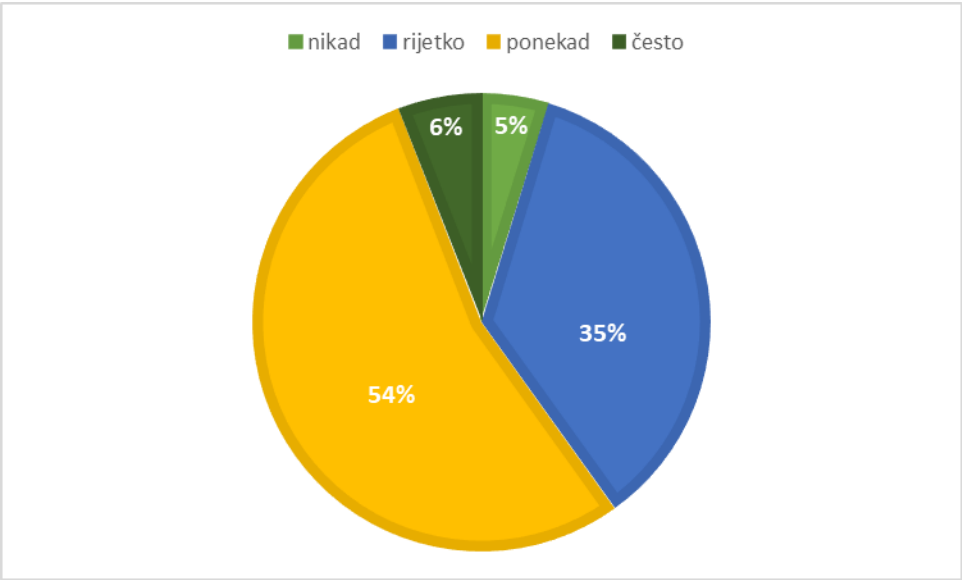
Grafikon 6. Analiza odgovora na tvrdnju 15: *Svojim bolesnicima nastojim odrediti razinu zdravstvene pismenosti*

Prema analizi prikazanoj na grafikonu 6., 66,3 % pružatelja zdravstvene skrbi sklono je uvijek ili često odrediti razinu zdravstvene pismenosti svojim bolesnicima, stoga se može zaključiti da navedeni postotak anketiranih u ovoj kategoriji (poznavanje sugovornika i prilagodba poruke) ima visoku razinu interpersonalnih komunikacijskih vještina. Jasno je također da postoji razlika između prilagodbe bolesnikovoj razini zdravstvene pismenosti i razini aktivnog određivanja razine zdravstvene pismenosti. Ovu bi razliku valjalo u narednim istraživanjima podrobnije istražiti.



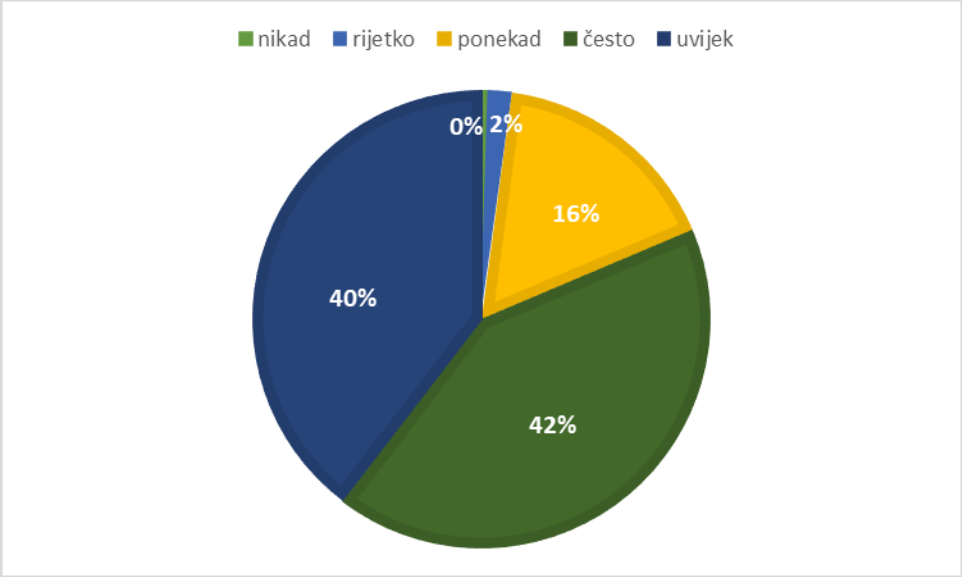
Grafikon 7. Analiza odgovora na tvrdnju 16: *Smatram da je interpersonalna komunikacija uspješnija s bolesnicima koje dobro poznajem*

Prema analizi prikazanoj na grafikonu 7., 72,7 % pružatelja zdravstvene skrbi smatra da je interpersonalna komunikacija s bolesnicima koje poznaju uspješnija. Ovaj nalaz također govori u prilog visokoj razini interpersonalnih komunikacijskih vještina pružatelja zdravstvene skrbi jer su svjesni vrijednosti ulaganja u odnos s bolesnikom pa je s takvim bolesnicima komunikacija i uspješnija.



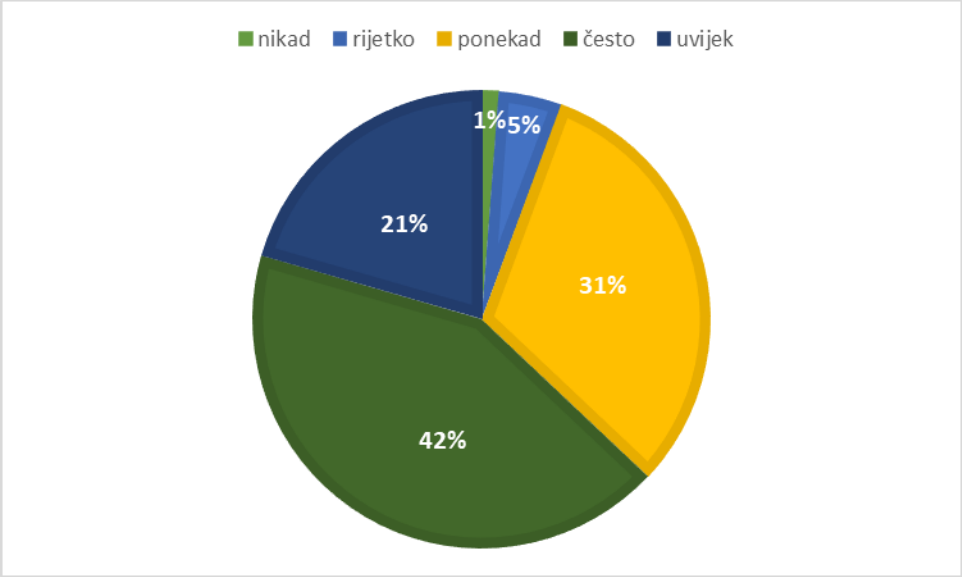
Grafikon 8. Analiza odgovora na tvrdnju 17: *Tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnicima koristim stručnu medicinsku terminologiju*

40,1 % pružatelja zdravstvene skrbi ima visoku razinu interpersonalnih komunikacijskih vještina jer su svjesni važnosti jednostavne i jasne komunikacije s bolesnicima, pa njih 35,4 % rijetko, a 5 % nikad ne koriste stručnu medicinsku terminologiju. 54 % anketiranih pružatelja zdravstvene skrbi koristi stručnu terminologiju ponekad, što može biti opravdano jer je usklađeno s bolesnikovom razinom zdravstvene pismenosti ili bolesnikovim znanjem o bolesti i terminologiji povezanom uz bolest, dodatno objašnjenje nudi i odgovor na sljedeću tvrdnju 18. *Objasnim bolesniku stručne termine, one za koje procjenjujem da ih bolesnik ne razumije*, iz kojeg se zaključuje da velika sklonost pružatelja zdravstvene skrbi da objasne bolesniku nepoznate stručne termine (81,3 %) opravdava njihovo korištenje u određenim situacijama jer se u konačnici radi o edukaciji bolesnika koji na taj način povećavaju kapacitete za razumijevanje u sljedećim interakcijama s istim ili drugim pružateljima zdravstvene skrbi.



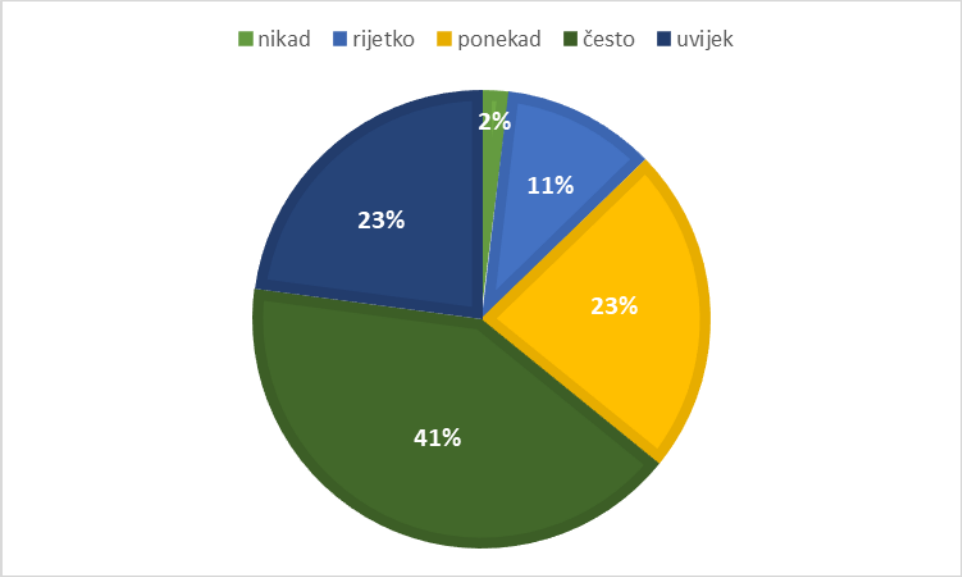
Grafikon 9. Analiza odgovora na tvrdnju 18: *Objasnim bolesniku stručne termine, one za koje procjenjujem da ih bolesnik ne razumije*

Prema analizi prikazanoj u grafikonu 9., kako je već naglašeno, pružatelji zdravstvene skrbi u visokom postotku (81,3 %) skloni su bolesniku objasniti stručne termine koje koriste tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnikom te na taj način pozitivno utječu na razumijevanje, ali i razinu zdravstvene pismenosti bolesnika. Ovaj nalaz također govori u prilog visokoj razini interpersonalnih komunikacijskih vještina pružatelja zdravstvene skrbi.



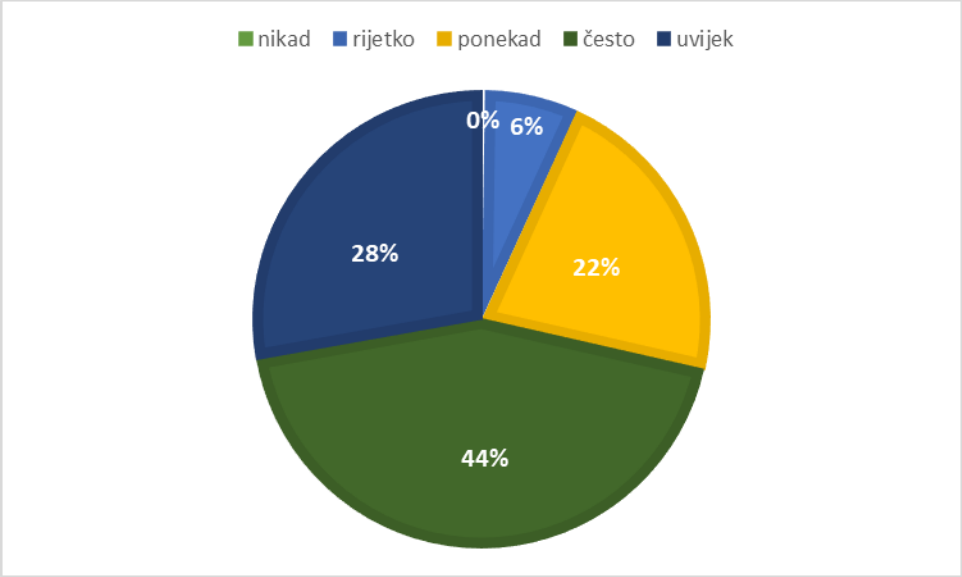
Grafikon 10. Analiza odgovora na tvrdnju 19: *Tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnikom vodim brigu o mogućnosti da određeni termini za bolesnika mogu imati drugačije konotativno značenje (osobno značenje temeljeno na vlastitom iskustvu, ono koje ne mora biti zajedničko s drugima)*

Prema analizi prikazanoj na grafikonu 10., većina (63 %) pružatelja zdravstvene skrbi vodi brigu o mogućnosti da određeni termini za bolesnika mogu imati drukčije konotativno značenje. Time pružatelji zdravstvene skrbi demonstriraju visoku razinu posvećenosti bolesniku, primarno bolesnikovu emocionalnom stanju. Ovo je važna komponenta interpersonalne komunikacije jer omogućuje razumijevanje, smanjuje mogućnost za nastanak nerazumijevanja i konflikta te djeluje pozitivno na izgradnju empatičnog odnosa karakteriziranog povjerenjem.



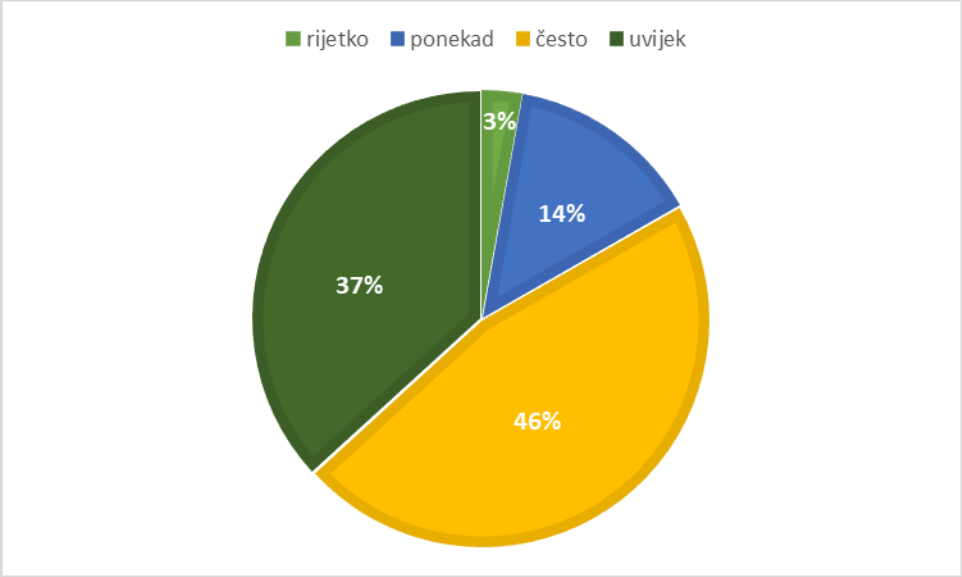
Grafikon 11. Analiza odgovora na tvrdnju 20: *Tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnikom nastojim osigurati da nema smetnji (buke, upadica, zvonjave mobitela i telefona)*

Prema analizi prikazanoj na grafikonu 11., većina (64,2 %) pružatelja zdravstvene skrbi uvijek i često nastoji osigurati komunikacijski kanal bez smetnji, time pokazuju visoku razinu interpersonalnih komunikacijskih vještina i svjesnosti o važnosti nesmetanog protoka informacija, ali i stvaranja sigurnog okružja koje će na bolesnika djelovati stimulativno da iznese svoje brige, zapažanja i pitanja.



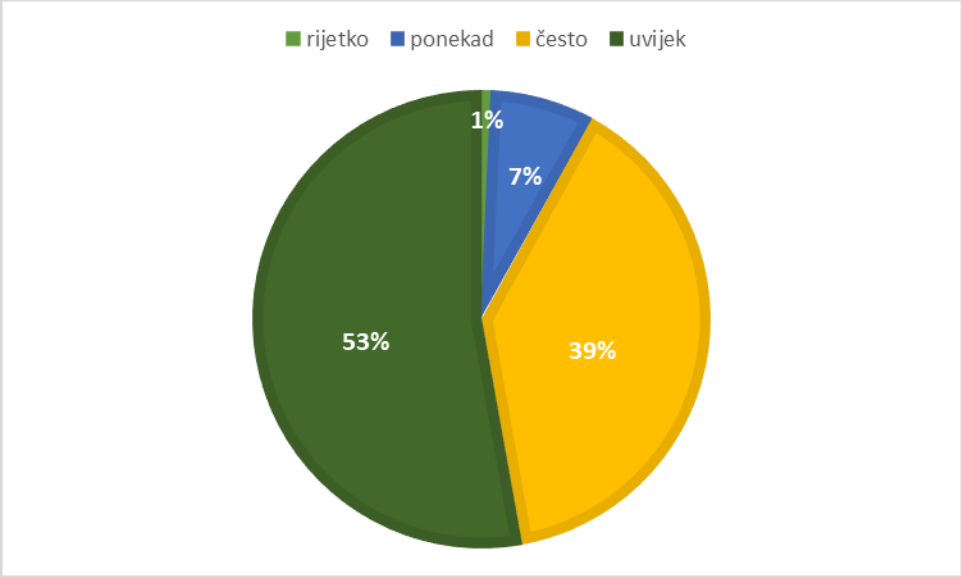
Grafikon 12. Analiza odgovora na tvrdnju 21: *Ukoliko se uvjeti u kojima se odvija interpersonalna komunikacija promjene (upadice, buka, prisustvo drugih osoba) ukoliko je moguće vršim prilagodbu svog načina interpersonalne komunikacije (govorim tiše, prestajem govoriti, čekam dok ostanem nasamo s bolesnikom)*

Prema analizi prikazanoj na grafikonu 12., pružatelji zdravstvene skrbi u velikom postotku (71,4 %) prilagođavaju svoj način interpersonalne komunikacije kako bi osigurali nesmetan tijek informacija i prostor diskrecije za svoje bolesnike pri čemu djeluju na optimizaciju konteksta u kojem se interpersonalna komunikacija odvija. Povezano s rezultatima prikazanima na grafikonu 11. može se zaključiti da je većina pružatelja zdravstvene skrbi posvećena stvaranju povoljnog okružja za interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom i stoga u toj kategoriji imaju visoku razinu interpersonalnih komunikacijskih vještina.



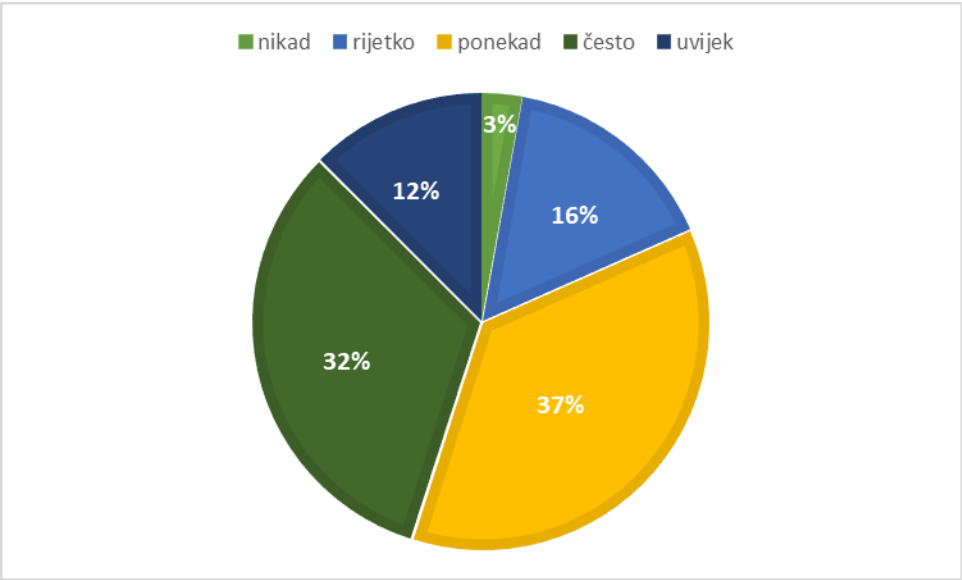
Grafikon 13. Analiza odgovora na tvrdnju 22: *Pitam bolesnike jesu li razumjeli što im govorim*

Prema analizi prikazanoj na grafikonu 13., većina pružatelja zdravstvene skrbi (83,3 %) pita bolesnika jesu li razumjeli što im govore. Radi se o jednoj od najvažnijih kategorija koja osigurava uspješnu izmjenu informacija i stvaranje razumijevanja. Povezano s odgovorima na tvrdnju 17. prikazanu na grafikonu 8. (korištenje stručne medicinske terminologije) i tvrdnju 18. prikazanu na grafikonu 9. (objašnjavanje termina koje bolesnik ne razumije) može se zaključiti da većina pružatelja zdravstvene skrbi ima visoku razinu interpersonalnih komunikacijskih vještina te da se nastoji prilagoditi potrebama bolesnika. Ova je tvrdnja prva od triju koja analizira kategoriju povratne informacije, a niže slijede iduće dvije koje se odnose na davanje prilike bolesnicima da pitaju što ih zanima i utjecaj vremenskog ograničenja konzultacije na mogućnost da se bolesnici izraze.



Grafikon 14. Analiza odgovora na tvrdnju 23: *Dajem bolesnicima priliku da me pitaju što ih zanima*

Više od polovice (53 %) pružatelja zdravstvene skrbi uvijek daje svojim bolesnicima priliku da ih pitaju što ih zanima, često to čini 39 % pružatelja zdravstvene skrbi, što sumarno dovodi do zaključka da većina (92 %) pružatelja zdravstvene skrbi u kategoriji primanja i davanja povratne informacije imaju visoku razinu interpersonalnih komunikacijskih vještina. Prema ranije navedenim istraživanjima (Stewart 1995, Haskard Zolnierek i DiMatteo 2009) davanje mogućnosti bolesnicima da izraze svoje brige, očekivanja i nedoumice utječe pozitivno ne samo na razinu informiranosti bolesnika nego i na odnos s pružateljem zdravstvene skrbi.



Grafikon 15. Analiza odgovora na tvrdnju 24: *Imam dovoljno vremena da me bolesnici mogu pitati sve što ih zanima*

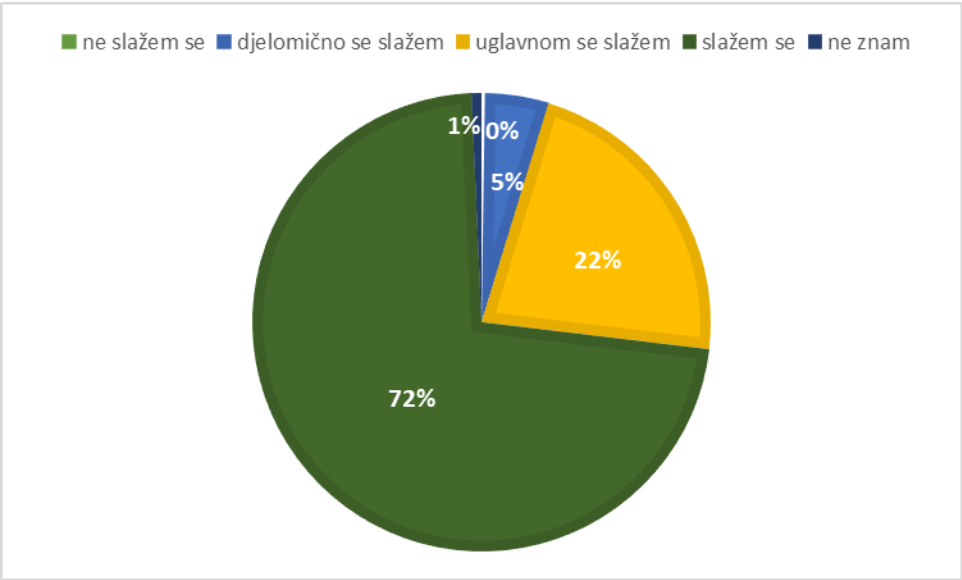
45,0 % pružatelja zdravstvene skrbi ima dovoljno vremena da ih bolesnici pitaju sve što ih zanima i to 12,5 % uvijek, a 32,5 % često što ostavlja većinu pružatelja zdravstvene skrbi u poziciji da pod opterećenjem kratkih konzultacija nisu u prilici češće svojim bolesnicima omogućiti da ih pitaju sve što ih zanima. Kada odgovor na ovu tvrdnju usporedimo s analizom odgovora na tvrdnju 5. (16,5 % pružatelja zdravstvene skrbi ima konzultacije koje traju do 5 minuta, a od svih najviše ljekarnici) i tvrdnju 9. dolazimo do zaključka da postoji negativan utjecaj dužine konzultacija na interpersonalnu komunikaciju i adherenciju bolesnika jer, kako je vidljivo u tablici 18., 80,9 % pružatelja zdravstvene skrbi smatra da bi njihovi bolesnici bili adherentniji kada bi imali više vremena za interpersonalnu komunikaciju s njima.

Tablica 17. Analiza odgovora na tvrdnju 5: *Vremenski za jednog bolesnika izdvojim*

Specijalnost	do 5 min	6-10 min	11-15 min	16-20 min	više od 20 min	Ukupno
Liječnik/ca obiteljske medicine/ specijalist obiteljske medicine	4	47	60	8	2	121
	3,31%	38,84%	49,59%	6,61%	1,65%	
Medicinska sestra/tehničar	15	31	24	10	27	107
	14,02%	28,97%	22,43%	9,35%	25,23%	
Ljekarnik/farmaceut	48	49	3	0	0	100
	48,00%	49,00%	3,00%	0,00%	0,00%	
Liječnik/ca specijalist	3	4	36	28	25	96
	3,13%	4,17%	37,50%	29,17%	26,04%	
Sveukupno	70	131	123	46	54	424

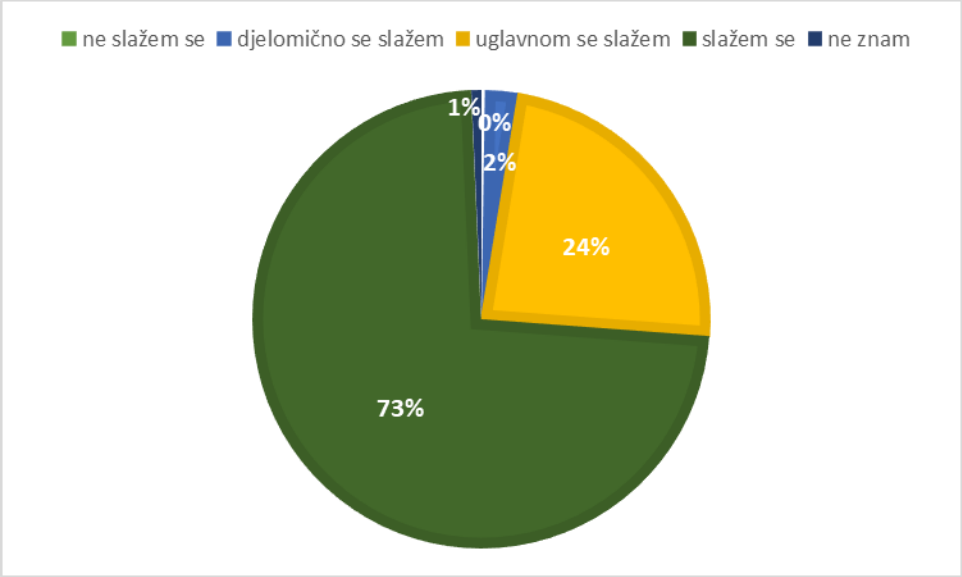
Tablica 18. Analiza odgovora na tvrdnju 9: *Smatram da bi moji bolesnici bili adherentniji kada bih imao/la više vremena za razgovor (interpersonalnu komunikaciju) s njima*

P9	Broj	%
ne slažem se	10	2,4
djelomično se slažem	68	16,0
uglavnom se slažem	136	32,1
slažem se	207	48,8
ne znam	3	0,7
Ukupno	424	100,0



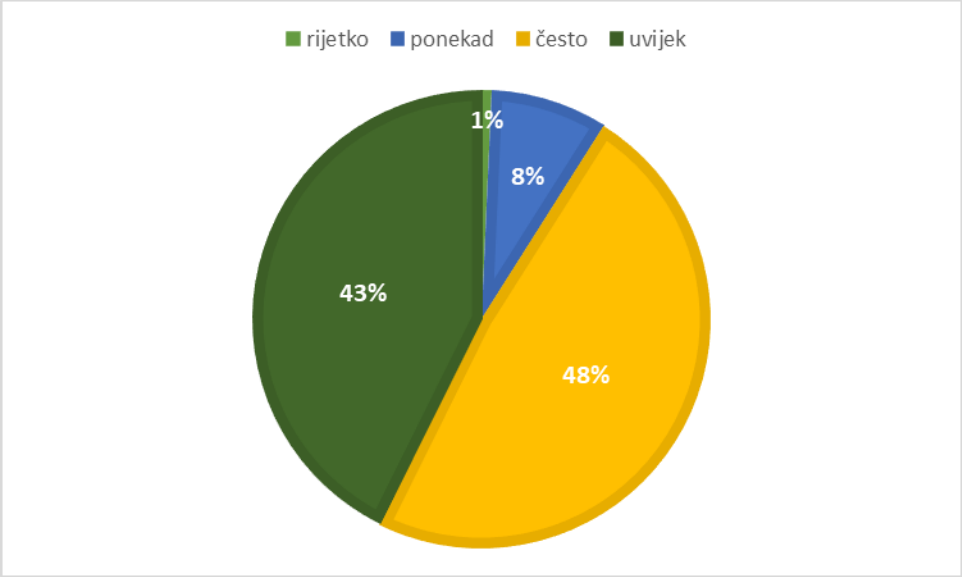
Grafikon 16. Analiza odgovora na tvrdnju 25: *Smatram da je važno aktivno pratiti neverbalne poruke bolesnika*

Iz grafikona 16. vidi se da velika većina pružatelja zdravstvene skrbi, njih 94,6 % ima visoku razinu interpersonalnih komunikacijskih vještina koja se ogleda kroz visoku percepciju neverbalne komunikacije, tj. posvećenosti neverbalnoj komunikaciji bolesnika. Kako je prije naglašeno, praćenje neverbalnih znakova bolesnika iznimno je važno jer omogućuje pružateljima zdravstvene skrbi da „pročitaju“ sve ono što im bolesnik nije poručio riječima, te sukladno tomu prilagode svoje daljnje poruke i način komunikacije kako bi se mogućnost postizanja željenog cilja interpersonalne komunikacije povećala.



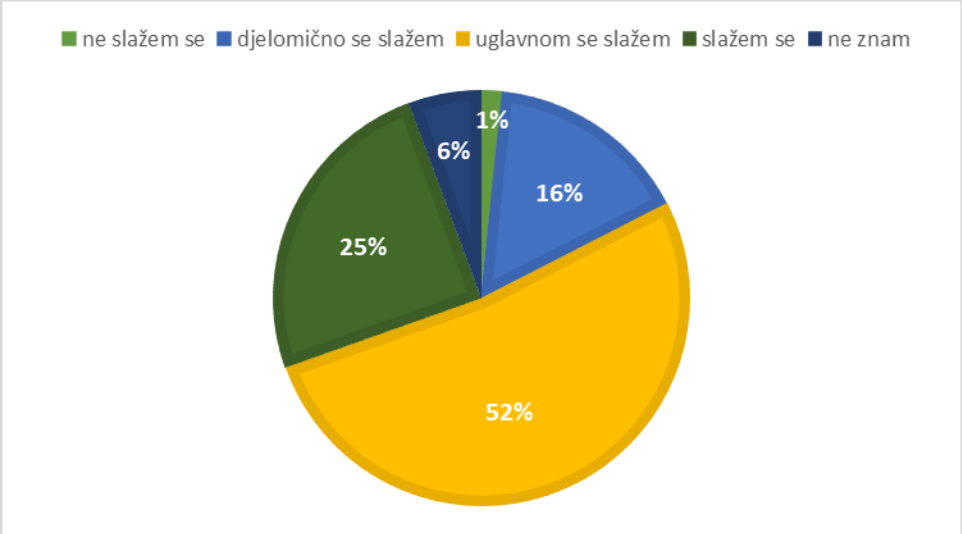
Grafikon 17. Analiza odgovora na tvrdnju 26: *Smatram da je važna usklađenost sadržaja koji govorim s mojom neverbalnom komunikacijom (tijekom razgovora s bolesnikom)*

Odgovori na tvrdnju 26., koja se odnosi na neverbalnu komunikaciju pružatelja zdravstvene skrbi, u vrlo sličnom, visokom, postotku od 96,7 % (pružatelja zdravstvene skrbi koji se slažu ili uglavnom slažu s tvrdnjom) govori u prilog visoke razine interpersonalnih komunikacijskih vještina kroz posvećenost neverbalnoj komunikaciji i osviještenost važnosti usklađenosti sadržaja i vlastite neverbalne komunikacije. Po teoriji neverbalne komunikacije primatelj poruke skloniji je vjerovati neverbalnim signalima, stoga je za konzistentnost poruke i kredibilnost pošiljatelja poruke važna usklađenost obaju navedenih komunikacijskih aspekata.



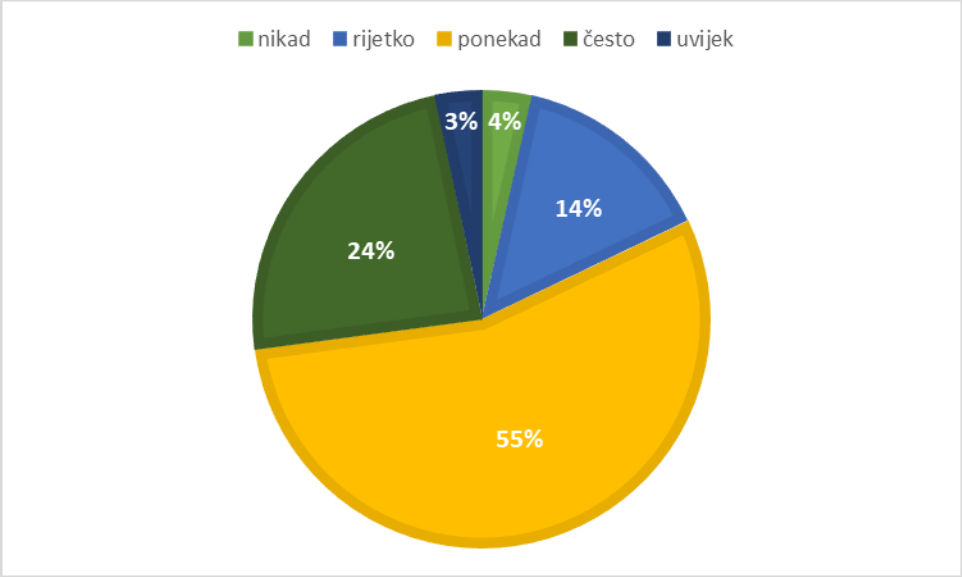
Grafikon 18. Analiza odgovora na tvrdnju 28: *Kada se prvi put susrećem s bolesnikom nastojim biti posebno pažljiv/a u komunikaciji kako bi se bolesnik osjećao što ugodnije i opuštenije*

91,0 % pružatelja zdravstvene skrbi uvijek su i često posvećeni smanjenju komunikacijske neizvjesnosti na početku interpersonalne komunikacije s bolesnikom kojeg susreću prvi put. Time pružatelji zdravstvene skrbi značajno utječu na kvalitetu interpersonalne komunikacije, kvalitetu razmijenjenih informacija te stvaraju dobre uvjete za razvoj dobrog i kvalitetnog odnosa s tim bolesnikom, što će biti temelj za uspješne iduće interakcije.



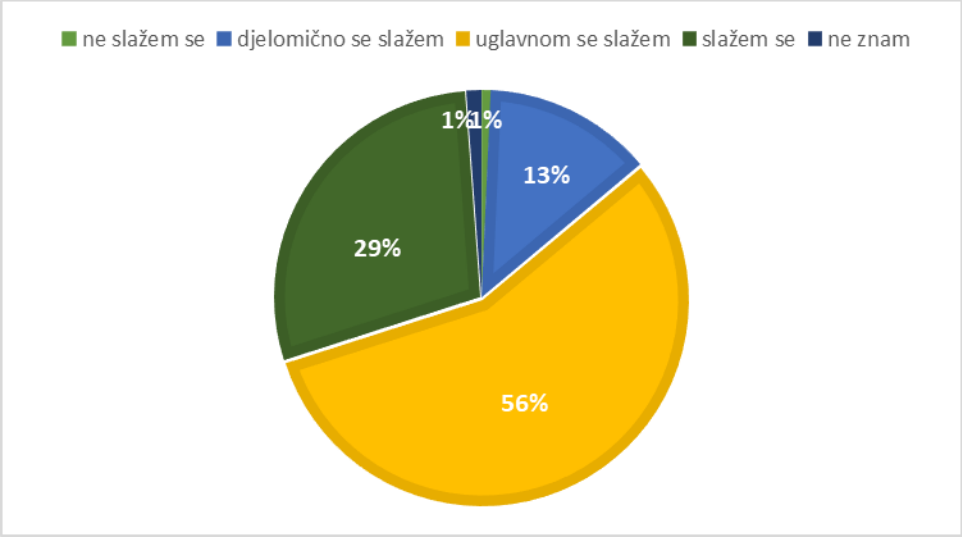
Grafikon 19. Analiza odgovora na tvrdnju 29: *Smatram da prezentiranje intervencija za poboljšanje adherencije ima bolju implementaciju ako se prezentira u "storytelling" formatu (formatu priče)*

Prema analizi prikazanoj u grafikonu 19. 76,9 % pružatelja zdravstvene skrbi prezentira sadržaj svojim bolesnicima (u ovom specifičnom slučaju sadržaj intervencija kojima se nastoji utjecati na poboljšanje adherencije) u formatu priče. Po prije iznesenoj narativnoj teoriji, takav način prezentiranja sadržaja utječe na prihvaćanje i retenciju informacija te govori u prilog tezi o visokoj razini interpersonalnih komunikacijskih vještina pružatelja zdravstvene skrbi, a što je vidljivo i iz analize sljedeće tvrdnje prikazane u grafikonu 20.



Grafikon 20. Analiza odgovora na tvrdnju 30: *Koristim "storytelling" metodu u svom radu s bolesnicima*

Analizom odgovora na tvrdnju 30. prikazanom u grafikonu 20. potvrđuje se da pružatelji zdravstvene skrbi u visokom postotku od 77,1 % koriste „storytelling“ metodu u radu s bolesnicima.

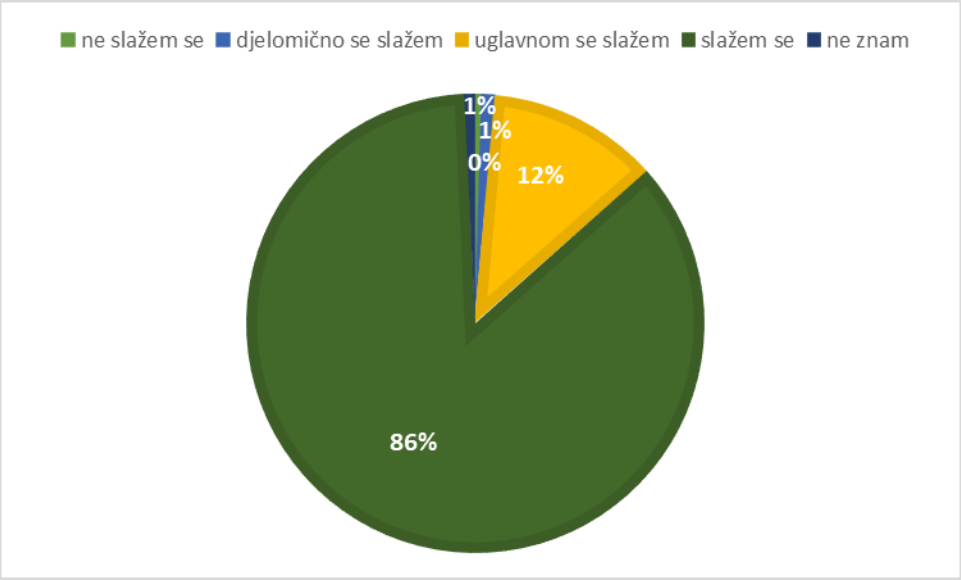


Grafikon 21. Analiza odgovora na tvrdnju 31: *Smatram da je persuazija (dobronamjerno uvjeravanje) važna tehnika u interpersonalnoj komunikaciji s bolesnikom (u kontekstu postizanja adherencije bolesnika)*

Persuaziju, kao ključnu metodu utjecaja na bolesnike, pozitivno percipira 84,9 % pružatelja zdravstvene skrbi, odnosno persuaziju smatraju važnom tehnikom u interpersonalnoj komunikaciji s bolesnikom. Samo pet pružatelja zdravstvene skrbi, od 424 anketirana, ne slaže se s tvrdnjom da je persuazija važna tehnika u okviru interpersonalne komunikacije s bolesnikom.

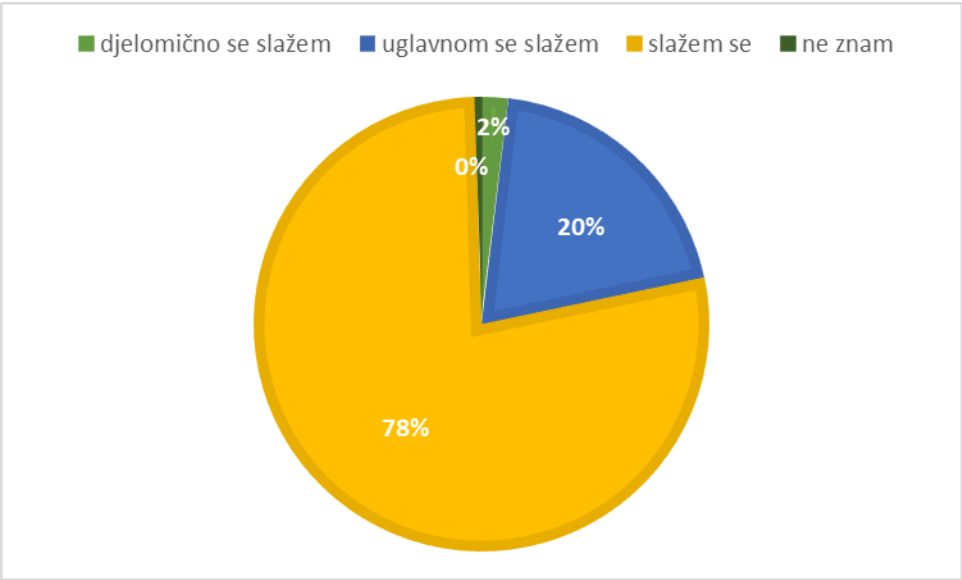
Prije je u tablici 11. prikazana analiza najčešće korištenih tehnika persuazije, a analizom broja korištenih tehnika dolazi se do zaključka da pružatelji zdravstvene skrbi u prosjeku koriste 3,6 tehnika persuazije.

Slijedi prikaz analize odgovora na tri tvrdnje (6, 7 i 8) koje su korištene za procjenu percepcije adherencije.

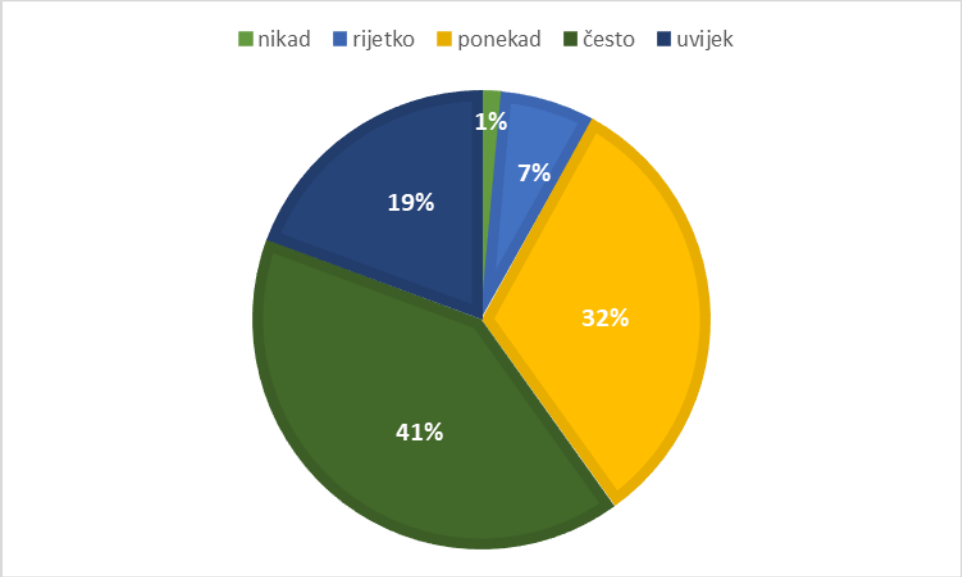


Grafikon 22. Analiza odgovora na tvrdnju 6: *Smatram da je važno provjeriti adherenciju bolesnika (pridržava li se bolesnik dogovorenih terapijskih i higijensko-dijetetskih mjera)*

Prema analizi odgovora na ovu tvrdnju može se zaključiti da velika većina pružatelja zdravstvene skrbi, njih 97,8 %, ima visoku razinu percepcije adherencije, pogotovo uzevši u obzir da se njih 86 % slaže s ovom tvrdnjom. Navedeno poprima još veću važnost analizom sljedeće tvrdnje, tvrdnje 7., što je vidljivo iz grafikona 23. koja govori u prilog visoke razine svjesnosti o povezanosti adherencije i terapijskih ishoda, pa 97,6 % pružatelja zdravstvene skrbi smatra da je adherencija povezana sa zdravstvenim ishodima njihovih bolesnika, odnosno presudna za terapijski ishod.



Grafikon 23. Analiza odgovora na tvrdnju 7: *Smatram da je adherencija presudna za terapijski ishod*



Grafikon 24. Analiza odgovora na tvrdnju 8: *Pitam bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka*

Tvrdnja 8. preuzeta je uz dozvolu autora iz istraživanja Clyne i suradnika (2016) te je bila primarni ishod istraživanja provedena u deset zemalja EU-a. Postavljanje navedena pitanja smatra se prvim preduvjetom provjere adherencije te se iz odgovora može zaključiti da je 59,9 % pružatelja zdravstvene skrbi posvećeno provjeri adherencije, pri čemu 19,3 % pružatelja zdravstvene skrbi

provjerava adherenciju bolesnika uvijek, a 40,6 % često. Odgovori na pitanja 6 do 8 pokazuju da 85,1 % pružatelja zdravstvene skrbi ima visoku razinu percepcije adherencije (raspon 59,9 % – 97,8 %).

H3 Pružatelji zdravstvene skrbi za postizanje adherencije bolesnika najčešće rabe neverbalnu komunikaciju i prilagodbu razini zdravstvene pismenosti bolesnika.

Tablica 19. Usporedba neverbalne komunikacije (odgovori na tvrdnje 25. i 26.) s ostalim kategorijama interpersonalne komunikacije

T test za zavisne uzorke								
	Prosječna vrijednost	Standardno odstupanje	N	Razlika	Standardno odstupanje razlike	t	Stupnjevi slobode	p
Neverbalna komunikacija	4,6	0,63						
Ostale kategorije interpersonalne komunikacije	3,8	0,45	424	0,825	0,563	30,167	423	<0,001

Tablica 20. Usporedba zdravstvene pismenosti (odgovori na tvrdnje 14., 15. i 18.) s ostalim kategorijama interpersonalne komunikacije

T test za zavisne uzorke								
	Prosječna vrijednost	Standardno odstupanje	N	Razlika	Standardno odstupanje razlike	t	df	p
Zdravstvena pismenost	4,3	0,54						
Ostale kategorije interpersonalne komunikacije	3,8	0,45	424	0,431	0,484	18,331	423	<0,001

T-test za zavisne uzorke pokazuje da pružatelji zdravstvene skrbi za postizanje adherencije bolesnika statistički značajno više koriste instrumente neverbalne komunikacije i prilagodbe razini zdravstvene pismenosti bolesnika nego preostale kategorije interpersonalne komunikacije ($p<0,001$), stoga je hipoteza H3 potvrđena. Prilagodba zdravstvenoj pismenosti bolesnika pritom spada u dvije kategorije interpersonalne komunikacije: poznavanja sugovornika i prilagodba poruke, te poznavanje značenja i simbola. Prilagodba zdravstvenoj pismenosti važna je za adekvatno informiranje bolesnika, ali utječe i na motivaciju. Bolesnici najprije moraju imati primjereno razumijevanje da bi mogli biti motivirani i na kraju kako bi mogli provesti potrebne aktivnosti u djelo.

H4 Nove informacijske tehnologije umanjuju napore pružatelja zdravstvene skrbi za postizanjem adherencije.

Tablica 21. Analiza odgovora na tvrdnju 34: *Smatram da previše vremena tijekom konzultacija s bolesnicima nepotrebno trošim na razgovor o informacijama koje su bolesnici dobili na internetskom izvorima*

P34	Broj	%
ne slažem se	102	24,1
djelomično se slažem	176	41,5
uglavnom se slažem	86	20,3
slažem se	43	10,1
ne znam	17	4,0
Ukupno	424	100,0

30,3 % pružatelja zdravstvene skrbi smatra da previše vremena tijekom konzultacija s bolesnicima nepotrebno troše na razgovor o informacijama koje su bolesnici dobili na internetskom izvorima, dok 65,6 % pružatelja zdravstvene skrbi ne percipira da informacije dobivene na internetskim izvorima negativno utječu na tijek interpersonalne komunikacije s bolesnikom. Navedeno posredno govori u prilog postojanja interesa pružatelja zdravstvene skrbi da ulože određeno vrijeme u razjašnjavanje nedoumica svojim bolesnicima te na taj način stručnim tumačenjem određenih informacija utječu na formiranje stava bolesnika.

U okviru teorija zdravstvenog ponašanja opisano je niz faktora kao što su vjerovanja, stavovi, subjektivna norma i percipirana ponašanja kontrola koji oblikuju namjeru (Ajzen 1991), koji u različitim fazama, prema transteorijskom modelu (Prochaska i DiClemente 1983) utječu na ponašanje bolesnika. Mrežni izvori obiljem podataka koje nude mogu značajno utjecati na svaku od navedenih kategorija, a pružateljima zdravstvene skrbi važno je znati o kojim se informacijama radi kako bi mogli utjecati na konačno oblikovanje stava i namjere bolesnika, koji u konačnici utječu na buduće ponašanje bolesnika.

Tablica 22. Analiza odgovora na tvrdnju 35: *Smatram da informiranost bolesnika iz internetskih izvora doprinosi adherenciji bolesnika*

P35	Broj	%
ne slažem se	123	29,0
djelomično se slažem	216	50,9
uglavnom se slažem	46	10,8
slažem se	16	3,8
ne znam	23	5,4
Ukupno	424	100,0

3,8 % pružatelja zdravstvene skrbi se u potpunosti slaže, a 10,8 % uglavnom slaže s pozitivnim utjecajem informiranosti bolesnika s internetskih izvora na adherenciju. Preostalih 79,9 % pružatelja zdravstvene skrbi ne smatra da informiranost bolesnika iz internetskih izvora doprinosi adherenciji bolesnika odnosno ne može procijeniti utjecaj tih informacija na adherenciju.

Tablica 23. Analiza odgovora na tvrdnju 36: *Smatram da informacije koje pacijenti dobiju na internetskim izvorima kompromitiraju preporuke za liječenje*

P36	Broj	%
ne slažem se	24	5,7
djelomično se slažem	192	45,3
uglavnom se slažem	130	30,7
slažem se	58	13,7
ne znam	20	4,7
Ukupno	424	100,0

44,4 % pružatelja zdravstvene skrbi smatra da informacije koje pacijenti dobiju na internetskim izvorima kompromitiraju preporuke za liječenje.

Na osnovi odgovara na sva tri pitanja sumarno 51,5 % pružatelja zdravstvene skrbi smatra da nove informacijske tehnologije umanjuju njihove napore za postizanjem adherencije.
Razgovor o informacijama koje bolesnici pronađu na mrežnim stranicama većim dijelom ne opterećuje pružatelje zdravstvene skrbi (65,6 %), a polovica pružatelja zdravstvene skrbi ne smatra da kompromitiraju preporuke za liječenje (51 %), međutim 79,9 % pružatelja zdravstvene skrbi smatra da informiranost bolesnika iz internetskih izvora ne doprinosi adherenciji, stoga se H4 smatra potvrđenom.
Ova analiza pokazuje da polovica pružatelja zdravstvene skrbi smatra da informacije dobivene na mrežnim stranicama negativno utječu na postizanje adherencije, međutim postoji i visok postotak pružatelja zdravstvene skrbi (49,5 %) koji smatraju da taj utjecaj nije negativan. Ovo pitanje i utjecaj informacija dobivenih na mrežnim stranicama na informiranost, stavove i adherenciju bolesnika stoga zahtijeva detaljniju i slojevitiju obradu te će biti predmetom budućih istraživanja.

H5 Pružatelji zdravstvene skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj na jednakoj su razini posvećenosti adherenciji kao njihovi kolege iz deset zemalja Europske unije (Clyne i dr. 2016).

U istraživanju Clyne i suradnika (2016) pitanje *„Pitam bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka"* bilo je primarni cilj istraživanja, a rezultat pokazuje da tek 50 % pružatelja zdravstvene skrbi na razini primarne zdravstvene zaštite (liječnici obiteljske medicine, ljekarnici i medicinske sestre) u deset europskih zemalja koje su sudjelovale u istraživanju aktivno provjerava adherenciju svojih bolesnika. Pitanje *„Jeste li propustili koju dozu lijeka"* – prema istraživanjima predstavlja jednu od najboljih metoda za procjenu adherencije bolesnika (Sabaté 2003).
Slijede rezultati za pružatelje zdravstvene skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite u Hrvatskoj (primjenom jednake metodologije kao u originalnom istraživanju Clyne i dr.)

Tablica 24. Analiza odgovora pružatelja zdravstvene skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite na tvrdnju 8: *Pitam bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka*

P8	Broj	%
nikad	4	1,2
rijetko	24	7,3
ponekad	110	33,5
često	134	40,9
uvijek	56	17,1
Ukupno	328	100,0

58,0 % pružatelja zdravstvene skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite (liječnici obiteljske medicine, medicinske sestre i ljekarnici) pita uvijek ili često svoje bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka, s tim je dokazana znanstvena pretpostavka iznesena u hipotezi 5. jer su pružatelji zdravstvene skrbi u Hrvatskoj na jednakoj razini posvećenosti adherenciji kao i njihove kolege u deset zemalja Europske unije u kojima je provedeno inicijalno istraživanje, kod kojih su odgovori (uvijek i često) bili na razini od 50 % (Clyne i dr. 2016).

Budući da je u Clyne istraživanju uočena značajna diskrepancija između ljekarnika/farmaceuta i ostalih dviju istraživanih skupina pružatelja zdravstvene skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite (OR 4,6) u ovom je istraživanju napravljena ista usporedba i utvrđena jednaka razlika. Naime, izgledi da ljekarnici postave navedeno pitanje je 5 puta manja (OR 5,19) nego ostale dvije skupine pružatelja zdravstvene skrbi. U istraživanju Clyne i suradnika odds ratio je bio 4,6.

Tablica 25. Odds ratio – usporedba ljekarnika s liječnicima obiteljske medicine i medicinskim sestrama – izgledi da postave pitanje br. 8: *Pitam bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka*

Specijalnost	Omjer koeficijenata (Odds ratio OR)	95%bCI od OR
Liječnik/ca obiteljske medicine + medicinska sestra/tehničar vs ljekarnik/farmaceut	5,19	2,84 – 9,48

Uzevši u obzir da su u ovom istraživanju sudjelovali i liječnici specijalisti na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite niže su sumarni rezultati za sve anketirane skupine pružatelja zdravstvene skrbi u Hrvatskoj uključujući i navedenu skupinu liječnika specijalista.

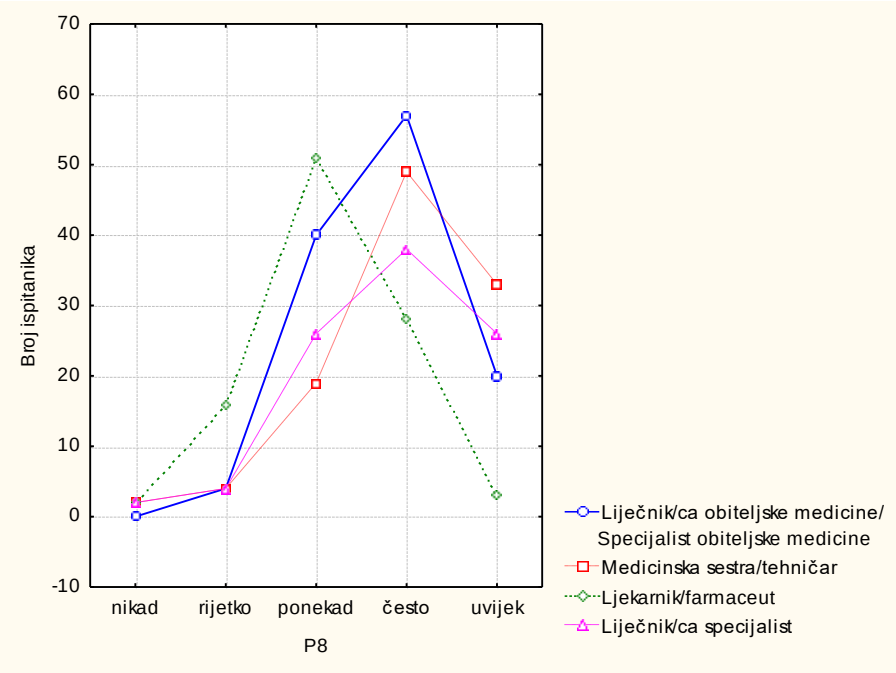
Tablica 26. Analiza odgovora svih anketiranih skupina na tvrdnju 8: *Pitam bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka*

P8	Broj	%
nikad	6	1,4
rijetko	28	6,6
ponekad	136	32,1
često	172	40,6
uvijek	82	19,3
Ukupno	424	100,0

59,9 % svih anketiranih pružatelja zdravstvene skrbi (na sve tri razine zdravstvene zaštite u Hrvatskoj) uvijek ili često svojim bolesnicima postavlja pitanje: „Jeste li propustili koju dozu lijeka?“. Detaljna analiza odgovora na tvrdnju 8. po specijalnostima, koja uključuje i specijaliste u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti slijedi niže.

Tablica 27. Analiza odgovora na tvrdnju 8. (usporedba specijalnosti): *Pitam bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka*

Specijalnost	P8 nikad	P8 rijetko	P8 ponekad	P8 često	P8 uvijek	Ukupno
Liječnik/ca obiteljske medicine/ specijalist obiteljske medicine	0	4	40	57	20	121
	0,00%	3,31%	33,06%	47,11%	16,53%	
Medicinska sestra/tehničar	2	4	19	49	33	107
	1,87%	3,74%	17,76%	45,79%	30,84%	
Ljekarnik/farmaceut	2	16	51	28	3	100
	2,00%	16,00%	51,00%	28,00%	3,00%	
Liječnik/ca specijalist	2	4	26	38	26	96
	2,08%	4,17%	27,08%	39,58%	27,08%	
Sveukupno	6	28	136	172	82	424



Grafikon 25. Analiza odgovora na tvrdnju 8. (usporedba specijalnosti): *Pitam bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka*

Tablica 28. Odds ratio – usporedba ljekarnika s preostale tri specijalnosti – izgledi da postave pitanje br. 8: *Pitam bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka*

Specijalnost	**Omjer koeficijenata (Odds ratio OR)**	**95%bCI od OR**
Liječnik/ca obiteljske medicine + medicinska sestra/tehničar + liječnik/ca specijalist vs ljekarnik/farmaceut	4,95	2,72 – 9,02

31 % ljekarnika/farmaceuta postavlja navedeno pitanje i provjerava adherenciju bolesnika, dok prosječno 69 % pružatelja zdravstvene skrbi u preostale tri skupine postavlja isto to pitanje, što je OR od 4,95. Ovaj podatak pokazuje da su izgledi da će navedeno pitanje postaviti liječnik obiteljske medicine, medicinska sestra ili liječnik specijalist 5 puta veći nego ljekarnik. To je vidljivo iz grafikona 25. i usporedivo s gore prikazanim rezultatima kada se promatra samo primarna razina zdravstvene zaštite.

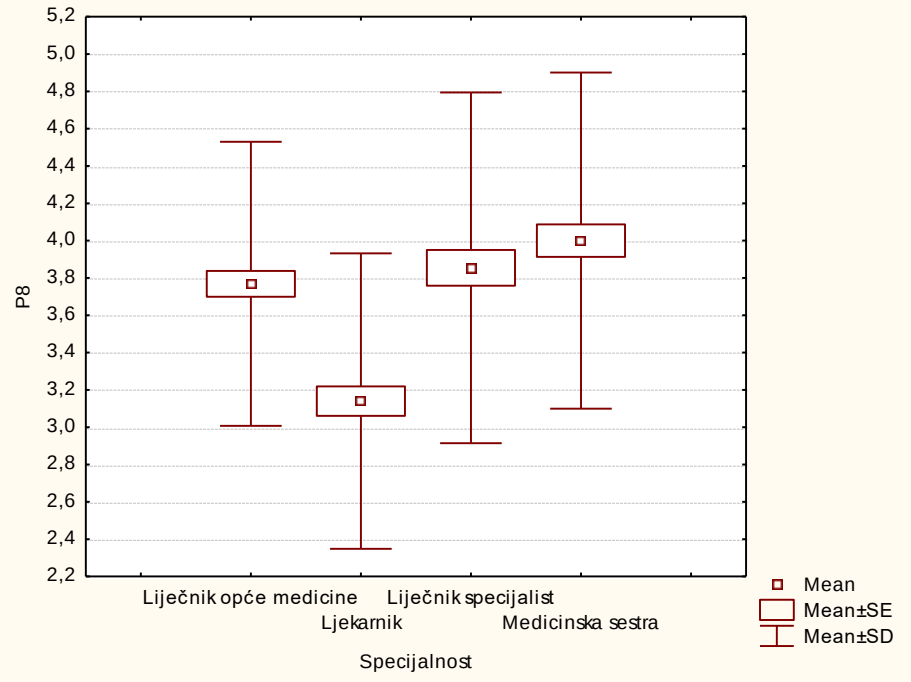
Tablica 29. Sumarni rezultat ANOVA - testiranje razlike između specijalnosti pružatelja zdravstvene skrbi u odnosu na tvrdnju br. 8.

ANOVA za P8					
	SS (suma kvadrata odstupanja)	**Stupnjevi slobode**	**MS** (**prosjek kvadrata odstupanja)**	**F**	**p**
Specijalnost	43,839	3	14,613	20,355	<0,001
Pogreška	301,519	420	0,718		

Tablica 30. Testiranje razlike između parova specijalnosti pružatelja zdravstvene skrbi u odnosu na tvrdnju br. 8. Fisherov LSD test

Razlike između specijalnosti	**p**
Liječnik/ca obiteljske medicine/specijalist obiteljske medicine vs ljekarnik/farmaceut	<0,001
Liječnik/ca obiteljske medicine/specijalist obiteljske medicine vs liječnik/ca specijalist	0,460
Liječnik/ca obiteljske medicine/specijalist obiteljske medicine vs medicinska sestra/tehničar	0,040
Ljekarnik/farmaceut vs liječnik/ca specijalist	<0,001
Ljekarnik/farmaceut vs medicinska sestra/tehničar	<0,001
Liječnik/ca specijalist vs medicinska sestra/tehničar	0,222

*Crveno su označene statistički značajne razlike (p<0,05)



Grafikon 26. Analiza varijance (ANOVA) i Fisherov LSD test pokazuju da ljekarnici statistički značajno manje pitaju bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka

Istraživanje koje je provela Clyne i suradnici (2016) pokazuje usporedive rezultate, po kojima su ljekarnici u usporedbi s liječnicima obiteljske medicine i sestrama, a u ovom istraživanju i liječnicima specijalistima u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, manje skloni provjeriti adherenciju bolesnika. Koji su razlozi navedene diskrepancije? U ovom istraživanju posvećenost pružatelja zdravstvene skrbi stvaranju povoljnog okružja za interpersonalnu komunikaciju s bolesnicima provjerena je odgovorom na tvrdnju 20. i 21. Usporedbom odgovora ljekarnika s ostalim pružateljima zdravstvene skrbi dolazi se do zaključka kako su ljekarnici jednako posvećeni stvaranju povoljnog okružja kao i drugi pružatelji zdravstvene skrbi (vidljivo niže u tablici 30. i 31.), premda je navedeno na recepturi u ljekarni zasigurno veći izazov nego u ordinaciji.

Tablica 31. ANOVA test sumarnih odgovora na tvrdnju 21. i 22.

ANOVA za P20+P22					
	SS (suma kvadrata odstupanja)	**Stupnjevi slobode**	**MS** (prosjek kvadrata odstupanja)	**F**	**p**
Specijalnost	1,517	3	0,506	1,007	0,389
Pogreška	210,339	419	0,502		

Tablica 32. Deskriptivna statistika sumarnih odgovora na tvrdnju 21. i 22.

Specijalnost	**N**	**Prosječna vrijednost**	**SD** (standardno odstupanje)	**SE** (standardna pogreška)	**-95% CI**	**+95% CI**
Ukupno	423	3,9	0,71	0,03	3,9	4,0
Liječnik/ca obiteljske medicine/ specijalist obiteljske medicine	120	4,0	0,64	0,06	3,9	4,1
Ljekarnik/farmaceut	100	3,9	0,76	0,08	3,7	4,0
Liječnik/ca specijalist	96	3,9	0,74	0,08	3,8	4,1
Medicinska sestra/tehničar	107	4,0	0,70	0,07	3,9	4,1

Ljekarnici su najdostupniji zdravstveni radnici, te po pitanju farmakoterapije temeljito obrazovani, radi li se o manjku fokusa na adherenciju ili o manjku uvjeta za interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom, koja potencijalno može zahtijevati veću diskreciju od one koju nudi receptura ljekarne treba biti ciljem nekog od budućih istraživanja.

Moderne ljekarne koje osiguravaju prostoriju za savjetovanje pacijenata organizacijski nude prikladniji prostor te mogu biti potencijalno rješenje za dio bolesnika, pogotovo kroničnih s višestrukom terapijom i kompleksnim režimom doziranja koji zahtijevaju da im se ljekarnici posebno posvete te iskoriste svoju, gore navedenu, dostupnost i znanje.

H6 Većina anketiranih pružatelja zdravstvene skrbi smatra interpersonalnu komunikaciju vještinom koja se može naučiti.

Tablica 33. Analiza odgovora na tvrdnju 33: *Smatram da je interpersonalna komunikacija vještina koja se može naučiti*

P33	Broj	%
ne slažem se	4	0,9
djelomično se slažem	66	15,6
uglavnom se slažem	210	49,5
slažem se	139	32,8
ne znam	5	1,2
Ukupno	424	100,0

Iz gornje tablice vidljivo je da 82,3 % pružatelja zdravstvene skrbi smatra da je interpersonalna komunikacija vještina koja se može naučiti. Test proporcija pokazuje da pružatelji zdravstvene skrbi statistički značajno više smatraju da je interpersonalna komunikacija vještina koja se može naučiti nego što ne smatraju ($p<0,001$), te je time hipoteza H6 potvrđena.

Ovo je vrijedan nalaz koji govori u prilog pozitivnoj percepciji pružatelja zdravstvene skrbi usklađenoj s teorijom pri čemu je percepcija interpersonalne komunikacije kao nečega fleksibilnog i podložnog napredovanju temelj unapređenja ove vještine.

H7 Većina anketiranih pružatelja zdravstvene skrbi pozitivnim percipira utjecaj interpersonalne komunikacije na temeljne komponente IMS modela (Information – Motivation – Strategy) (DiMatteo i dr. 2012).

Tablica 34. Analiza odgovora na tvrdnju 11: *Smatram da je interpersonalna komunikacija važna za edukaciju/informiranje bolesnika*

P11	Broj	%
djelomično se slažem	6	1,4
uglavnom se slažem	61	14,4
slažem se	357	84,2
Ukupno	424	100,0

98,6 % pružatelja zdravstvene skrbi pozitivnim percipira utjecaj interpersonalne komunikacije na prvu komponentu IMS modela – edukaciju/informiranje bolesnika.

Tablica 35. Analiza odgovora na tvrdnju 12: *Smatram da je interpersonalna komunikacija važna za motivaciju bolesnika*

P12	Broj	%
ne slažem se	1	0,2
djelomično se slažem	13	3,1
uglavnom se slažem	77	18,2
slažem se	333	78,5
Ukupno	424	100,0

96,7 % pružatelja zdravstvene skrbi pozitivnim percipira utjecaj interpersonalne komunikacije za drugu komponentu IMS modela – motiviranje bolesnika.

Tablica 36. Analiza odgovora na tvrdnju 13*: Smatram da je interpersonalna komunikacija važna komponenta svake intervencije/strategije za poboljšanje adherencije bolesnika*

P13	Broj	%
ne slažem se	1	0,2
djelomično se slažem	13	3,1
uglavnom se slažem	87	20,5
slažem se	321	75,7
ne znam	2	0,5
Ukupno	424	100,0

96,2 % pružatelja zdravstvene skrbi pozitivnim percipira utjecaj interpersonalne komunikacije na treću komponentu IMS modela – implementaciju strategija za poboljšanje adherencije.

Na osnovi odgovora na ova tri pitanja, 97,2 % pružatelja zdravstvene skrbi pozitivnim percipira utjecaj interpersonalne komunikacije na temeljne komponente IMS modela te je s time hipoteza H7 potvrđena.

Kako je prije navedeno i u poglavlju 2.8. detaljnije raščlanjeno, IMS predstavlja model po kojem se na adherenciju bolesnika nastoji pozitivno utjecati kroz tri navedene komponente uz imperativ

individualiziranog pristupa. Sve tri komponente modela međusobno su ovisne te nužne kako bi se postigao željeni efekt na adherenciju bolesnika.

Vrijednost IMS modela je u dokazanoj učinkovitosti svih navedenih komponenti (informacija, motivacija i strategija) kroz mnogostruka istraživanja i meta analizu DiMatteo i suradnika iz 2012.

Ono što je potencijalni problem pri praktičnoj primjeni ovog modela jest znanje pružatelja zdravstvene skrbi. Naime, da bi znali efikasno primijeniti sve tri komponente modela, morali bi prije svega imati detaljno znanje o tome što točno podrazumijeva svaka od navedenih komponenti.

H8 Većina pružatelja zdravstvene skrbi koristi (najmanje tri) tehnike dobronamjernog uvjeravanja u radu s bolesnicima.

Tablica 37. Analiza odgovora na tvrdnju 32. prema broju odabranih tehnika

Broj tehnika	Broj	%
0	5*	1,2
1	42	9,9
2	82	19,3
3 i više	295	69,6
Ukupno	424	100,0

* 5 ispitanika pod 0 tehnika je 5 ispitanika koji su na tvrdnju 31. odgovorili s „ne slažem se“ i stoga im nije ponuđeno da odgovaraju na pitanje br. 32.

69,6 % pružatelja zdravstvene skrbi koristi najmanje tri tehnike dobronamjernog uvjeravanja u radu s bolesnicima. Prije prikazanom deskriptivnom analizom ovog odgovora, u tablici 11., vidljivo je da su najčešće korištene ove tehnike: dijeljenje vlastitih iskustava i primjera, davanje komplimenata/pohvala i konsenzus (69,3 % – 52,6 % ispitanika), te nakon toga uzajamnost, konzistentnost, oskudica i izrazi simpatije i sviđanja (38,4 % – 32,5 %), dok su korištenje straha i demonstracija autoriteta najmanje korištene persuazivne tehnike. Korištenje više različitih tehnika omogućuje pružateljima zdravstvene skrbi da se bolje prilagode svakoj pojedinačnoj situaciji i bolesniku te da utjecajem na uvjerenje ili vrijednosni sud bolesnika pokušaju utjecati na promjenu stava.

Dodatnom analizom po specijalnosti i stažu zaključuje se da ne postoje značajna odstupanja u broju korištenih tehnika, što je vidljivo niže iz tablica 37. i 38.

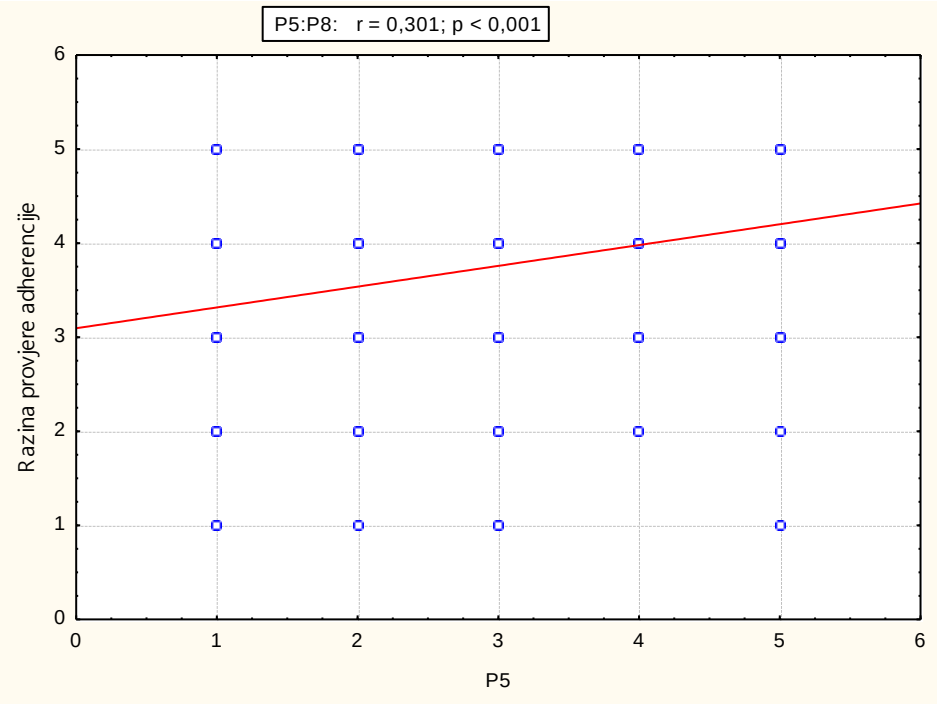
Tablica 38. Analiza broja korištenih persuazivnih tehnika po specijalnosti

Broj tehnika persuazije	**Specijalnost**							
	Liječnik obiteljske med.		**Ljekarnik**		**Specijalist**		**Medicinska sestra**	
	Broj	**%**	**Broj**	**%**	**Broj**	**%**	**Broj**	**%**
0	2	1,7	1	1,0	0	0,0	2	1,9
1	13	10,7	9	9,0	9	9,4	11	10,3
2	21	17,4	19	19,0	19	19,8	23	21,5
3 i više	85	70,2	71	71,0	68	70,8	71	66,4
Ukupno	121	100,0	100	100,0	96	100,0	107	100,0

Tablica 39. Analiza broja korištenih persuazivnih tehnika po stažu

Broj tehnika persuazije	**Staž**									
	do 5		**6-10**		**11-15**		**16-20**		**više od 20**	
	Broj	**%**	**Broj**	**%**	**Broj**	**%**	**Broj**	**%**	**Broj**	**%**
0	3	3,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	0,7
1	7	8,0	3	5,1	8	13,3	8	11,1	16	11,0
2	12	13,8	13	22,0	9	15,0	15	20,8	33	22,6
3 i više	65	74,7	43	72,9	43	71,7	48	66,7	96	65,8
Ukupno	87	100,0	59	100,0	60	100,0	72	100,0	146	100,0

H9 Vrijeme koje pružatelj zdravstvene skrbi ima za interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom u pozitivnoj je korelaciji s posvećenosti adherenciji (učestalosti provjere adherencije).



Grafikon 27. Usporedba posvećenosti adherenciji u odnosu na vrijeme koje pružatelji zdravstvene skrbi imaju prosječno na raspolaganju

Spearman rank koeficijent korelacije i regresijska analiza pokazuju da postoji statistički značajna pozitivna povezanosti između vremena koje liječnik ima za interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom i posvećenosti adherenciji ($p<0,001$), s time je hipoteza 10 potvrđena. Pružatelji zdravstvene skrbi koji imaju više vremena za konzultacije s bolesnikom češće provjeravaju adherenciju bolesnika.

Analizom odgovora na pitanje 5 (*Vremenski za jednog bolesnika prosječno izdvojim*) dolazi se do saznanja da 16,5 % pružatelja zdravstvene skrbi ima do 5 minuta za komunikaciju s bolesnikom, većina 59,9 % pružatelja zdravstvene skrbi ima na raspolaganju između 6 i 15 minuta za bolesnika, te ujednačeno 10,8 % 16 – 20 minuta, i 12,7 % više od 20 minuta.

Dodatno vrijedi napomenuti da analiza odgovora na tvrdnju 9. govori u prilog svjesnosti pružatelja zdravstvene skrbi da bi im duže konzultacije pružile više prilike da se posvete adherenciji bolesnika.

Tablica 40. Analiza odgovora na tvrdnju 9. *Smatram da bi moji bolesnici bili adherentniji kada bih imao/la više vremena za razgovor (interpersonalnu komunikaciju) s njima*

P9	***Broj***	***%***
ne slažem se	10	2,4
djelomično se slažem	68	16,0
uglavnom se slažem	136	32,1
slažem se	207	48,8
ne znam	3	0,7
Ukupno	424	100,0

80,9 % pružatelja zdravstvene skrbi smatra da bi njihovi bolesnici bili adherentniji kada bi imali više vremena za interpersonalnu komunikaciju s njima.

9.3. Rasprava, praktične implikacije i ograničenja provedena istraživanja

Istraživanje „Uloga interpersonalne komunikacije u interakciji bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi“ analiziralo je i kvantificiralo percepciju pružatelja zdravstvene skrbi spram adherencije, interpersonalne komunikacije i njihova međuodnosa, zatim odabranih komponenti interpersonalne komunikacije i utjecaja informacija s mrežnih izvora na interpersonalnu komunikaciju između pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika te posljedično utjecaja tih informacija na adherenciju.
Poznavanje percepcije pružatelja zdravstvene skrbi o navedenim kategorijama prvi je korak u otkrivanju uloge interpersonalne komunikacije u ovom odnosu.
Rezultati ovog istraživanja proširili su postojeće znanje u navedenu okviru i dali uvide koji mogu biti temelj daljnjih istraživanja, ali se mogu i praktično primijeniti u svakodnevnom radu s bolesnicima te usmjeriti edukaciju pružatelja zdravstvene skrbi u smjeru određene kategorije interpersonalne komunikacije.

Istraživanje je pokazalo da su pružatelji zdravstvene skrbi, bez razlika u specijalnostima, svjesni povezanosti interpersonalne komunikacije i adherencije. Potvrđivanjem znanstvenog pitanja postavljenog u okviru 1. hipoteze (H1) dokazano je da pružatelji zdravstvene skrbi prepoznaju utjecaj interpersonalne komunikacije na adherenciju bolesnika. Kako je prethodno kroz pregled teorije i relevantnih znanstvenih istraživanja prikazano, adekvatna interpersonalna komunikacija pružatelja zdravstvene skrbi dokazano pozitivno utječe na adherenciju i ishode bolesnika (Stewart 1995, DiMatteo i dr. 2002, Haskard Zolnierek i DiMatteo 2009). Utvrđivanje da su pružatelji zdravstvene skrbi svjesni te veze ključni je korak u ciljanoj primjeni ispitivanih kategorija interpersonalne komunikacije.
Kako je ranije navedeno pandemija COVID-19, bolesti uzrokovane novim koronavirusom (SARS – CoV-2), mijenja razmišljanja o organizaciji i dostupnosti zdravstvene skrbi i proizvodnji lijekova. Međutim, ono što je jedna od njenih posljedica s kojima će se bolesnici, pružatelji zdravstvene skrbi i zdravstveni sustavi morati nositi još godinama je epidemija kroničnih bolesti. Mnogi bolesnici zbog odgođenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka trpe značajna pogoršanja svoje osnovne bolesti, dolazi do ranijeg nastupa komplikacija koje su teže i koje će značajno utjecati na zdravstveno stanje milijuna bolesnika (Delić – Brkljačić i Golubić 2020, Lazzerini i dr. 2020). Interpersonalana komunikacija između pružatelja zdravstvene skrbi i bolesnika stoga će dodatno

dobiti na važnosti jer će opterećenost zdravstvenog sustava i pružatelja zdravstvene skrbi kroničnim bolesnicima koji su mjesecima odgađali odlazak liječniku biti velika, te će u tim uvjetima učinkovita interpersonalna komunikacija koja sadržava elemente informiranja, educiranja, motiviranja i persuazivnog djelovanja na bolesnika, kako bi postao dugoročno i efikasno aktivan sudionik u skrbi za svoje zdravlje, biti ključan.

Hipotezom 2 istražena je povezanost razine interpersonalnih komunikacijskih vještina i posvećenosti adherenciji te je navedena povezanost i statistički dokazana. Pružatelji zdravstvene skrbi s višom percipiranom razinom interpersonalnih komunikacijskih vještina više su posvećeni adherenciji bolesnika. Dakle, može se zaključiti da je posvećenost bolesniku jedinstvena kategorija koja ima više različitih modaliteta ekspresije, a u okvirima ovog istraživanja promatrajući istraživanih devet kategorija interpersonalne komunikacije statistički je najznačajnija kod:

- prilagodbe zdravstvenoj pismenosti bolesnika (97,9 %) u kategoriji poznavanja sugovornika i prilagodbe poruke. Prvi preduvjet za učinkovitu interpersonalnu komunikaciju je međusobno razumijevanje. Također od antike, temeljem Aristotelovih promišljanja naglašava se potreba da sudionici u komunikacijskom procesu prije početka interpersonalne komunikacije definiraju riječi kako bi izbjegli nesporazume (Reardon 1998). Stoga, ako pružatelji zdravstvene skrbi prilagodbom termina koje koriste na osnovu procjene ili poznavanja bolesnika učine takav iskorak sve što dalje slijedi (edukacija, motivacija, dogovor) ima veće izglede za uspjeh.
- praćenja neverbalne komunikacije bolesnika (94,6 %) i usklađivanjem vlastite verbalne i neverbalne komunikacije (96,7 %) u kategoriji usklađenosti verbalnog i neverbalnog aspekta komunikacije. Neverbalna komunikacija prenosi veći dio poruke (Mehrabian 1971), komunicira emotivno stanje sudionika u interpersonalnoj komunikaciji (pogotovo bolesnika (Suchmann i dr. 1997.)), stoga značajno može utjecati na učinak poruke. Ovo istraživanje pokazuje da su pružatelji zdravstvene skrbi svjesni jednake važnosti vlastite i bolesnikove interpersonalne komunikacije što je izuzetno bitno jer neverbalna komunikacija ima potencijal značajno oblikovati taj specifičan odnos (DiMatteo, Taranta, Friedman i Prince 1980).
- pružanja prilike bolesniku da pita sve što ga zanima (92 %) i traženja povratne informacije od bolesnika (83,3 %) u kategoriji mogućnosti davanja i primanja povratne informacije.

Informiranost bolesnika potpomaže njegovu motivaciju i daljnje aktivnosti u vezi unapređenja svoga zdravlja (DiMatteo i dr. 2012). Na razinu informiranosti bolesnika značajno utječe razumijevanje izrečenog, ali i mogućnost da se sve eventualne nedoumice, dodatna pitanja, sumnje i brige podijele s pružateljem zdravstvene skrbi (Lepper i dr. 1995). Takav način komunikacije utječe na zadovoljstvo pruženom skrbi (Henry i dr. 2012). Uz gore dvije navedene kategorije prilagodbe poruke i neverbalne komunikacije, visoki postotak pružatelja zdravstvene skrbi koji je posvećen povratnoj informaciji stvara ključne uvjete za uspješnu interpersonalnu komunikaciju. Ako sugovornici razumiju izmijenjene riječi koje podržava usklađena neverbalna komunikacija, te slijedi provjera izrečenog temelji za uspješnu interpersonalnu komunikaciju su postavljeni. Može se reći da su ove tri bazične kategorije stoga i najvažnije, pa je ovaj dokaz da su pružatelji zdravstvene skrbi u visokom postotku posvećeni upravo tim kategorijama jedan od najvažnijih doprinosa ovog rada u kontekstu razumijevanja interpersonalne komunikacije između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi.

- smanjenja komunikacijske neizvjesnosti tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnikom kojeg prvi put susreću (91 %) u kategoriji aktivnog djelovanja na smanjenje komunikacijske neizvjesnosti. Ova kategorija temeljena na Berger/Calabreseovim aksiomima (Sviličić 2019), kako je ranije naglašeno, važna je za prve interakcije između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi koje se ne poznaju od ranije. Mnogi pružatelji zdravstvene skrbi, pogotovo specijalisti često su u takvoj situaciji, njihova svjesnost ove specifične situacije i prilagodba takvom bolesniku važna je za prihvaćanje izrečenog i daljnji tijek komunikacije, te stvaranje odnosa.
- tumačenja stručnih medicinskih termina (81,3 %) u kategoriji poznavanja značenja i simbola. Slično kao u prvoj opisanoj kategoriji, razumijevanje izrečenog ključno je za uspjeh interpersonalne komunikacije. Medicinska terminologija je jedinstvena i pojedini termini zahtijevaju detaljno tumačenje kako bi bili potpuno shvaćeni, ono što je pružateljima zdravstvene skrbi razumljivo razmjenom samo jednog termina može zahtijevati niz objašnjenja bolesniku. Pružatelji zdravstvene skrbi su kroz ovu anketu potvrdili spremnost da u vrlo visokom postotku aktivno rade na ovoj kategoriji. S tim u vezi vrijedi napomenuti da 66,3 % pružatelja zdravstvene skrbi uvijek ili često određuje razinu zdravstvene pismenosti svojim bolesnicima. Na ovaj nalaz vrijedi skrenuti pozornost u okviru praktičnih

implikacija ovog rada, ali i ranijih istraživanja (Bass i dr. 2002) koji govore u prilog da su pružatelji zdravstvene skrbi skloni precijeniti kompetencije svojih bolesnika, te taj nalaz uzeti u obzir i potencijalno češće odrediti razinu zdravstvene pismenosti bolesnicima kako bi se što bolje mogli prilagoditi njihovim realnim kapacitetima da razumiju.

- pozitivne percepcije persuazije (84,9 %), te korištenjem triju i više tehnika persuazije u radu s bolesnicima (69,6 %) u kategoriji korištenja tehnika dobronamjernog uvjeravanja. Pozitivna percepcija persuazije koja je dokazana ovim istraživanjem prvi je korak u otkrivanju koriste li, pružatelji zdravstvene skrbi, i kako ovaj vrijedan resurs. Kasnije u 8. hipotezi biti će detaljnije razjašnjeno koje tehnike od ponuđenih pružatelji zdravstvene skrbi preferiraju.
- korištenja metode „storytellinga“ u radu s bolesnicima (77,1 %) i prezentiranja intervencija za poboljšanje adherencije u tom formatu (76,9 %) (u kategoriji uvjerljivog, upečatljivog i zapamtljivog prenošenje poruke). Po Fisheru (Miller 2005, Sviličić 2019), prenošenje informacija u obliku priče spada među najosnovnije i univerzalnije ljudske aktivnosti. Od prapovijesti to je bio prvi učinkovit način prenošenja informacija, tako i danas u mnogim kontekstima, pa i u ovom koji je tema ove disertacije informacije će se lakše prenijeti i upamtiti ako su uobličene u uvjerljivu i upečatljivu priču. Istraživanje potvrđuje da su pružatelji zdravstvene skrbi u Hrvatskoj svjesni „storytellinga“ i njegove vrijednosti. To je pogotovo vrijedno ako govorimo o intervencijama za poboljšanje adherencije, znajući da je Haynes (2008), jedan od najvećih autoriteta na području izučavanja adherencije, zaključio da je jedino zajedničko uspješnim intervencijama „učestalija interakcija s bolesnicima uz fokus na adherenciju.“

Ako se ovi rezultati istraživanja stave u okvire preporuka za uspješnu interpersonalnu komunikaciju pružatelja zdravstvene skrbi s bolesnicima (PONS) opisanih u poglavlju 3., razvidno je da pružatelji zdravstvene skrbi imaju visoko razvijene vještine u svim kategorijama interpersonalne komunikacije uz poseban naglasak da su dvije kategorije donekle slabije u odnosu na ostale, a to su kategorije:

- dovoljno slična denotacija i konotacija (63 %). Konotativni element komunikacije (osobno značenje, ono koje ne mora biti zajedničko s drugim ljudima (Reardon 1998)), najvažniji je u ovoj kategoriji. Razumijevanje da određeni termin, naziv dijagnoze ili terapije može kod

bolesnika pobuditi potpuno drugačije značenje i s tim u vezi emocionalnu reakciju može spriječiti neke potencijalno neuspješne ishode komunikacije. Svjesnost o postojanju konotativnog značenja riječi uz adekvatnu provjeru razumijevanja i davanje prilike bolesniku da se izrazi može značajno unaprijediti ovu kategoriju i s tim u vezi ishode interpersonalne komunikacije s bolesnikom.

- odsustvo smetnji u komunikacijskom kanalu i optimizacija konteksta (67,8 %). Smetnje u komunikacijskom kanalu mogu djelomično ili potpuno spriječiti prijenos poruke (Kunczik i Zipfel 2006), te nepovoljno djelovati na njeno razumijevanje. Kako je ranije naglašeno, uvjeti u kojima se odvija interpersonalna komunikacija često su opterećeni raznim izvorima „buke“, dočim se optimalni uvjeti teže postižu. Ono na što pružateljima zdravstvene skrbi vrijedi obratiti pozornost je optimizacija konteksta kod posebno osjetljivih bolesnika, kod priopćavanja loših vijesti ili kod bolesnika kod kojih već postoji neka druga zapreka za uspješnu komunikaciju. U takvim i sličnim slučajevima eliminacija buke i optimizacija konteksta u okviru kojeg se prenosi informacija može biti presudna za uspjeh.

Slijedom navedenog, u okviru praktičnih implikacija ovih zaključaka, na te dvije kategorije interpersonalne komunikacije pružatelji zdravstvene skrbi trebaju obratiti posebnu pozornost (tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnikom) kako bi osigurali maksimalnu učinkovitost.

Kako je prije navedeno, PONS predstavlja heuristični model koji može biti svojevrstan „vodič“ pružatelja zdravstvene skrbi kako bi imali adekvatnu posvećenost svim važnim kategorijama interpersonalne komunikacije tijekom konzultacija s bolesnikom.
PONS sažima sve što je pregled teorije pokazao bitnim u okvirima svake pojedinačne kategorije interpersonalne komunikacije, a ovo istraživanje dalo je uvid u percepciju pružatelja zdravstvene skrbi o svakoj od navedenih kategorija.

PONS obuhvaća poznavanje bolesnika, optimizaciju konteksta, neverbalno i persuazivan „storytelling“.

Tablica 41. Prikaz kategorija interpersonalne komunikacije u okviru PONS modela

	KATEGORIJA INTERPERSONALNE KOMUNIKACIJE
P	Poznavanje značenja i simbola
	Dovoljno slična denotacija i konotacija
	Poznavanje sugovornika i prilagodba poruke
	Mogućnost davanja i primanja *feedbacka* (povratne informacije)
	Aktivno djelovanje na smanjenje komunikacijske neizvjesnosti, pogotovo na početku procesa interpersonalne komunikacije
O	Odsustvo smetnji u komunikacijskom kanalu i optimizacija konteksta
N	Usklađenost verbalnog i neverbalnog aspekta komunikacije
S	Uvjerljivo, upečatljivo i zapamtljivo prenošenje poruke (*storytelling*)
	Korištenje tehnika dobronamjernog uvjeravanja (persuazije)

Povezano s zaključcima izvedenim iz H2, i zaključci koji proizlaze iz treće hipoteze (H3), kako pružatelji zdravstvene skrbi za postizanje adherencije bolesnika najčešće koriste neverbalnu komunikaciju i prilagodbu razini zdravstvene pismenosti bolesnika, imaju potencijal za primjenu rezultata ovog istraživanja u praksi. Naime, važnost neverbalne komunikacije za stvaranje plodnog, empatičnog odnosa s bolesnikom opisana je prije kroz istraživanja brojnih autora (DiMatteo i dr. 1980, DiMatteo, Hayes i Prince 1986, Gallagher i dr. 2005, Martin i Friedman 2005, Martin i dr. 2010, Robinson 1998), te je očigledno prepoznana i ima visoku vrijednost i kod anketiranih pružatelja zdravstvene skrbi. Prilagodba zdravstvenoj pismenosti bolesnika također ima svoje uporište u dosadašnjim istraživanjima, što je jasno sublimirano u metaanalizi T. Miller (2016) prema kojem poboljšanje zdravstvene pismenosti ima izravan utjecaj na poboljšanje adherencije. Ovaj nalaz, između ostalih, govori u prilog visokorazvijenih vještina interpersonalne komunikacije pružatelja zdravstvene skrbi u Hrvatskoj koji u najvećem postotku primjenjuju dvije navedene i brojnim istraživanjima dokazane kategorije.

Hipoteza 4 preispitivala je utjecaj novih informacijskih tehnologija, napose interneta u odnosu na napore pružatelja zdravstvene skrbi za postizanjem adherencije. Sumarno, rezultat upućuje na

zaključak da informacije koje bolesnici nalaze na mrežnim izvorima negativno utječu na napore pružatelja zdravstvene skrbi za postizanjem adherencije, pogotovo odgovor na tvrdnju 35., čija analiza pokazuje da 79,9 % pružatelja zdravstvene skrbi smatra da informiranost bolesnika iz internetskih izvora ne doprinosi adherenciji. Utjecaj informacijske svedostupnosti valjalo bi dodatno istražiti, pogotovo utvrditi percepciju bolesnika. Dostupnost informacija ne implicira automatsko razumijevanje i adekvatne zaključke jer uvelike ovisi o razini predznanja i kapaciteta da se dostupna informacija adekvatno obradi, a tek onda postane temom interpersonalne komunikacije s pružatelja zdravstvene skrbi.

Hipoteza 5 uspoređivala je posvećenost pružatelja zdravstvene skrbi u Hrvatskoj s rezultatima prikazanima u istraživanju Clyne i sur. (2016), koji su objedinjavali nalaze za deset zemalja Europske unije. Prema rezultatima, pružatelji zdravstvene skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite u Hrvatskoj na jednakoj su razini posvećenosti (58 %) kao i njihovi europske kolege (50 %). Također, značajan i ponovno usporediv rezultat jest diskrepancija između ljekarnika i drugih skupina pružatelja zdravstvene skrbi, prema čemu su ljekarnici najmanje skloni provjeriti adherenciju bolesnika. U skladu s ovim nalazom potrebno je dublje analizirati uzroke ove značajne razlike (OR 5,19) i prema tome adekvatno investirati u edukaciju ljekarnika ili prilagodbu uvjeta rada u ljekarni kako bi se njihovo postojeće znanje o farmakoterapiji adekvatno moglo primijeniti.

Potvrda znanstvene pretpostavke postavljene u hipotezi 6, kojom se provjerava postojanje percepcije interpersonalne komunikacije kao vještine, govori u prilog dobre educiranosti pružatelja zdravstvene skrbi što otvara mogućnosti za daljnje obrazovanje i unapređenje vještina interpersonalne komunikacije. Tek manji dio pružatelja zdravstvene skrbi ne percipira interpersonalnu komunikaciju kao vještinu ili nisu sigurni, pri čemu je važno za takve pružatelje zdravstvene skrbi omogućiti adekvatnu informaciju i edukaciju kako bi mogli biti u mogućnosti nadograđivati i iskoristiti ovaj važan resurs.

Sedma hipoteza (H7) preispitivala je percepciju pružatelja zdravstvene skrbi o ulozi interpersonalne komunikacije spram komponenti IMS modela (Information – Motivation – Strategy) (DiMatteo i dr. 2012). Radi se o važnom i vrijednom modelu, za koji se pokazalo da je adekvatno percipiran od pružatelja zdravstvene skrbi u Hrvatskoj. Naime, pružatelji zdravstvene skrbi smatraju

interpersonalnu komunikaciju vitalnim dijelom svih triju komponenata IMS modela, što potvrđuje, povezano s H1 ulogu interpersonalne komunikacije u postizanju adherencije bolesnika.

U osmoj hipotezi (H8) dublje se analizirala percepcija persuazije i korištenje persuazivnih tehnika. Pregledom teorijske osnove razvidno je da postoji više desetina persuazivnih tehnika kojima se potencijalno mogu služiti pružateljima zdravstvene skrbi za postizanje određenih ciljeva tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnikom. Pozitivno je, što je pokazano potvrdom ove hipoteze, da većina pružatelja zdravstvene skrbi koristi tri i više tehnika persuazije što im omogućuje individualizirani pristup svakom bolesniku. Istraživanje također pokazuje analizom tvrdnje 32 da su najzastupljenije ove tehnike dobronamjerna uvjeravanja

- dijeljenje vlastitih iskustava i primjera
- davanje komplimenata/pohvala
- konsenzus (dijeljenje saznanja s bolesnikom da je većina drugih bolesnika u istoj situaciji postupila tako kako je predloženo).

Praktične su implikacije ovog nalaza jasne jer iz ovdje iznesenih informacija pružatelji zdravstvene skrbi mogu zaključiti koje tehnike njihovi kolege najviše koriste i (posredno možemo zaključiti) imaju najviše uspjeha te proširiti dijapazon tehnika koje sami koriste. Za manji postotak pružatelja zdravstvene skrbi, njih 1,17 % koji trenutno ne vide vrijednost u primjeni dobronamjernog uvjeravanja u radu s bolesnicima, ovo može biti prilika da preispitaju svoj stav te počnu s primjenom ovih dokazano efikasnih tehnika.

Zadnja hipoteza (H9) proučava međuodnos vremena koje pružatelj zdravstvene skrbi imaju na raspolaganju za bolesnike u usporedbi s posvećenosti adherenciji. Rezultati pokazuju da je duže vrijeme konzultacija povezano s većom posvećenosti adherenciji. Dio pružatelja zdravstvene skrbi njih 16,5% u prosjeku ima do 5 minuta za konzultacije sa svojim bolesnicima, to im ostavlja malo vremena na raspolaganju da se nekom aspektu skrbi za bolesnike detaljnije posvete, pa tako i adherenciji. Svaka interakcija s bolesnikom u kojoj se dio vremena ne odvoji za adherenciju je propuštena prilika da se za bolesnika optimalno skrbi, stoga je potrebno provesti prilagodbe u organizaciji posla za takve pružatelje zdravstvene skrbi jer svi izuzev jednog (koji je odgovorio s ne znam) potvrđuju da smatraju kako bi njihovi bolesnici bili adherentniji kada bi imali više vremena za interpersonalnu komunikaciju s njima (odgovor na tvrdnju 9).

9.3.1. Ograničenja istraživanja

Postoji nekoliko ograničenja ovog istraživanja. Metoda snježne grude predstavlja ograničenje jer je u tako dobivenom slučajnom uzorku opravdano očekivati da će veću sklonost ispuniti anketu imati oni pružatelji zdravstvene skrbi koji su općenito otvoreniji za suradnju, pa tako i s bolesnicima.

Osim metode prikupljanja ispitanika, ograničenja postoje i u populaciji. Naime, populacijom su obuhvaćeni specijalisti koji se primarno bave kroničnim bolestima, međutim daljnjim istraživanjima trebalo bi obuhvatiti i sve druge specijaliste. Zatim, ovo istraživanje nije obuhvatilo medicinske sestre u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, te se nije radila distinkcija između privatnog i javnog zdravstva kako u liječničkom tako u ljekarničkom segmentu. Navedena ograničenja predstavljaju smjer daljnjih istraživanja kako bi se što bolje istražila interpersonalna komunikacija u svim segmentima pružanja zdravstvene skrbi.

10. Zaključak

Mnoštvo je načina kojima zdravstveni radnici skrbi za oboljele, a svi barem u nekom trenutku uključuju interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom. Interpersonalna komunikacija stoga predstavlja nezaobilazan, sveprisutan i dokazano potentan način da se na bolesnika pozitivno utječe. U ovom radu interpersonalna komunikacija proučavana je u kontekstu adherencije koja je nužna kako bi liječenje bilo učinkovito, ali koja još uvijek globalno predstavlja izazov i za pružatelje zdravstvene skrbi i za zdravstvene sustave. Adherencija, jednako kao i interpersonalna komunikacija, predstavlja kompleksan pojam, na koju utječu mnogobrojni čimbenici, međutim u velikoj većini slučajeva za njeno unapređenje ključna i presudna ispostavila se upravo interpersonalna komunikacija.

Cilj ovog rada bio je pridonijeti postojećem znanju o oba navedena pojma i njihovoj međusobnoj interakciji u okvirima primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj.
Neke od činjenica koje su objelodanjene ovim istraživanjem mogle su se nagađati ili pretpostaviti, pa je prava vrijednost ovog istraživanju u njihovoj konačnoj potvrdi, dok neki nalazi donose nove informacije koje, u isto vrijeme, mogu imati vrlo konkretne praktične implikacije i biti temeljem budućih istraživanja jer već prije spomenuta kompleksnost interpersonalne komunikacije i njen utjecaj na odnos između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi zahtijeva kontinuitet u istraživanju.

Glavni doprinos ovog istraživanja jest saznanje da većina pružatelja zdravstvene skrbi (96 %) smatra da postoji značajan utjecaj interpersonalne komunikacije na adherenciju njihovih bolesnika (H1). Ovaj nalaz govori u prilog osviještenosti pružatelja zdravstvene skrbi o ovoj vezi, ali i opravdava sva daljnja istraživanja, edukacije i ulaganja u interpersonalnu komunikaciju za pružatelje zdravstvene skrbi.

Potvrda hipoteze 2 otkrila je da porastom interpersonalnih komunikacijskih vještina pružatelja zdravstvene skrbi raste i njihova posvećenost adherenciji. Ovaj uvod otkriva mnogostruke znanstveno-istraživačke i praktične aspekte. Stoga se u okviru ovog rada pružateljima zdravstvene skrbi sugerira korištenje heurističkog modela PONS koji na jednostavan i praktičan način sublimira

sve kategorije interpersonalne komunikacije važne za učinkovito komuniciranje s bolesnicima. Osim toga, ovdje prikazano istraživanje donosi trenutačni pregled razine vještine u svakoj od navedenih devet skupina interpersonalne komunikacije inkorporiranih u PONS, iz čega se iščitava potreba dodatnog fokusa na stvaranje povoljnog okružja za interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom te potrebu za dodatnim promišljanjem konotativnog i denotativnog značenja izgovorenog.

Potvrdom znanstvene pretpostavke iznesene u trećoj hipotezi dokazano je da u okviru skrbi za bolesnike, usmjerene na postizanje adherencije, većina pružatelja zdravstvene skrbi najčešće koristi neverbalnu komunikaciju (praćenje neverbalne komunikacije bolesnika jednako kao i usklađivanje vlastite verbalne i neverbalne komunikacije) i prilagodbu zdravstvenoj pismenosti bolesnika. Time demonstriraju da im je primarno važno da ih bolesnik razumije i da koristeći elemente neverbalne komunikacije (najčešće kontakt očima, osmijeh, kimanje i topao ton glasa) nastoje ostvariti odnos koji je karakteriziran poštovanjem uvažavanjem i empatijom kako bi na kraju povećali izglede za postizanje željena cilja. Prilagodba zdravstvenoj pismenosti bolesnika spada u dvije kategorije interpersonalne komunikacije: poznavanje sugovornika i prilagodbe poruke, te poznavanje značenja i simbola, čime pružatelji zdravstvene skrbi osiguravaju temeljne uvjete za postizanjem razumijevanja, te povećavaju izglede za uspješnu interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom.

Potvrdom hipoteze 4 došlo se do uvida da je utjecaj informacija koje bolesnici dobivaju iz mrežnih izvora negativan u odnosu na napore pružatelja zdravstvene skrbi za postizanjem adherencije. Ovaj nalaz daje smjer budućim istraživanjima ove tematike jer je potrebno shvatiti perspektivu bolesnika.

Hipotezom 5 usporedili su se pružatelji zdravstvene skrbi u Hrvatskoj s kolegama iz deset zemalja Europske unije u okviru posvećenosti adherenciji koja se mjerila frekvencijom postavljanja pitanja bolesnicima o učestalosti propuštanja doze lijeka. Hrvatski pružatelji zdravstvene skrbi na primarnoj razini jednako su posvećeni kao njihovi EU kolege, a sumarnom usporedbom primarne i sekundarne/tercijarne zdravstvene zaštite dobiva se jednak rezultat. Osim ovoga glavnog nalaza, još jedan važan uvid proizišao je iz ovog istraživanja, a koji je jednako kao prvi usporediv s EU kolegama, a to je razlika u učestalosti kojom ljekarnici u odnosu na druge anketirane pružatelja zdravstvene skrbi postavljaju navedeno pitanje. Istraživanje Clyne i dr. kao i ovo provedeno na uzorku hrvatskih pružatelja zdravstvene skrbi nije dalo objašnjenje zašto je tomu tako. Međutim,

kako je već naglašeno, zbog velikog potencijala da pozitivno utječu na adherenciju bolesnika kroz njihovu dostupnost i znanje o farmakoterapiji ljekarnici svakako trebaju biti predmetom dubljeg istraživanja temeljem ovog nalaza kako bi se pronađena diskrepancija mogla adekvatno adresirati.

Hipoteza 6 spada u onu kategoriju prije spomenutih nalaza koji su se mogli pretpostaviti, s druge strane do ovog istraživanja nije bilo konkretnih podataka koji bi govorili tomu u prilog, dakle potvrdom ove hipoteze postaje razvidnim da pružatelji zdravstvene skrbi smatraju interpersonalnu komunikaciju vještinom. Sva vrijednost ovog nalaza temelji se na teoriji Argylea i Hargieja (2011) koja implicira mogućnosti da se (jer se radi o vještini) na toj vještini može raditi u svrhu unapređenja. S druge strane shvaćanje interpersonalne komunikacije kao nečega fiksnog priječi njezin daljnji napredak i razvitak. Pružatelji zdravstvene skrbi u Hrvatskoj svojim su shvaćanjem interpersonalne komunikacije kao vještine otvorili mogućnost daljnjoj edukaciji i treningu interpersonalne komunikacije i njezinih odabranih kategorija.

IMS (DiMatteo i dr. 2012) jest model koji na osnovi mnogobrojnih istraživanja sumira ključne komponente važne za adherenciju bolesnika. Budući da po ovom modelu bolesnik mora biti adekvatno informiran, motiviran, te strategije za postizanje/poboljšanje adherencije moraju biti individualno prilagođene bolesniku i njegovim uvjetima kako bi se postigla adherencija prihvaćanjem hipoteze 7, utvrđeno je da pružatelji zdravstvene skrbi smatraju kako je za sve tri ključne komponente interpersonalna komunikacija važan sastavni dio. Kvaliteta i učinak prenesenih informacija ili predloženih strategija te motivacija bolesnika uvelike ovisi o razini vještina interpersonalne komunikacije pružatelja zdravstvene skrbi, te je postojanje percepcije o toj važnosti značajan nalaz ovog istraživanja.

Persuazivne tehnike važan su dio rada s bolesnicima, ovim istraživanjem, tj. potvrdom hipoteze 8 utvrđeno je da većina pružatelja zdravstvene skrbi (69,6 %) koristi tri ili više persuazivnih tehnika u svom radu te da su najčešće korištene tri tehnike: dijeljenje vlastitih iskustava i primjera, davanje komplimenata/pohvala i konsenzus.

Vrijeme koje na raspolaganju imaju pružatelji zdravstvene skrbi za konzultacije sa svojim bolesnicima u korelaciji s posvećenosti adherenciji bio je predmetom znanstvene pretpostavke

devete hipoteze (H9). Potvrdom navedene hipoteze utvrđeno je da su oni pružatelji zdravstvene skrbi koji imaju više vremena na raspolaganju za konzultacije ujedno i posvećeniji adherenciji. Ovaj nalaz sugerira potrebu prilagodbe organizacije rada za one pružatelje zdravstvene skrbi koji imaju minimum vremena (manje od 5 minuta) za razgovor s bolesnikom.

Svi navedeni rezultati pridonose znanju i razumijevanju odnosa između bolesnika i pružatelja zdravstvene skrbi te ulozi i važnosti koju interpersonalna komunikacija ima za stvaranje i unapređivanje tog odnosa, a u cilju dobrobiti za bolesnike. Osim znanstvenog doprinosa u okviru proširenja postojećeg znanja, izlaganje rezultata ovog istraživanja otvorilo je nekoliko novih pitanja koje vrijedi istražiti radi daljnjeg širenja znanja, ali i praktičnih implikacija koje nova znanja za sobom nose.

Pružatelji zdravstvene skrbi na osnovi provedena znanstvenog istraživanja i rezultata koji su dobiveni njime mogu unaprijediti razinu svojih interpersonalnih komunikacijskih vještina, a korištenjem PONS modela mogu inkorporirati sve ključne kategorije interpersonalne komunikacije u svoj svakodnevni rad s bolesnicima i na taj način posljedično pridonijeti adherenciji i unapređenju zdravlja svojih bolesnika.

11. Popis literature

Ajduković, M., Ručević, S. i Majdenić, M. (2013). Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Revija za socijalnu politiku*, 20(2), 149-165.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes, 50(2), 179-211.

Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26:9, 1113-1127.

Antolović, K. i Sviličić, N. (2020). *Interpersonalne komunikacijske vještine.* K&K Promocija, Zagreb

Arbuthnott, A., & Sharpe, D. (2009). The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. *Patient Education and Counceling*, 77(1), 60-67.

Armitage, C. J., Harris, P. R., Hepton, G., & Napper, L. (2008). Self-affirmation increases acceptance of health-risk information among UK adult smokers with low socioeconomic status. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 88-95.

Ashford, S. J., & Cummings, L. L. (1983). Feedback as an individual resource: Personal strategies of creating information. *Organizational behavior and human performance*, 32(3), 370-398.

Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 4(3), 359-373.

Bartlett, E. E., Grayson, M., Barker, R., Levine, D. M., Golden, A., & Libber, S. (1984). The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *Journal of chronic diseases*, 37(9-10), 755-764.

Bartlett, J. A. (2002). Addressing the challenges of adherence. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 29, S2-10.

Bass, P. F. III, Wilson, J. F., Griffith, C. H., & Barnett, D. R. (2002). Residents ability to identify patients with poor literacy skills. *Academic Medicine*, 77, 1039-41.

Benoit, W. & Benoit, P. (2008). *Persuasive Messages: The Process of Influence*. Malden, MA:Blackwell

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107.

Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15 (1)

Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspectives*

Braddock, C. H. III, Fihn, S. D., Levinson, W., Jonsen, A. R., & Pearlman, R. A. (1997). How Doctors and patients Discuss Routine Clinical Decisions – Informed Decision Making in the Outpatient Setting. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 339-345.

Braithwaite, R. S., McGinnis, K. A., Conigliaro, J., Maisto, S. A., Crystal, C., Day, N., Cook, R. L., Gordon, A., Bridges, M. W., Seiler, J. F. S., & Justice, A. C. (2005). A Temporal and Dose-Response Association Between Alcohol Consumption and Medication Adherence Among Veterans in Care. Alcoholism: *Clinical and Experimental*

Brod, M., Algoga, S. L., & Meneghini, L. (2014). Barriers to Initiating Insulin in Type 2 Diabetes Patients: Development of a New Patient Education Tool to Address Myths, Misconceptions and Clinical Realities. The Patient, 7, 437-450.

Broom, G. M. (2010). *Učinkoviti odnosi s javnošću*, 10. izdanje, Mate d.o.o., Zagreb

Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician–patient encounter. *Patient education and counseling*, 48(3), 207-216.

Cameron, K. A. (2009). A practitioner's guide to persuasion: An overview of 15 selected persuasion theories, models and frameworks. *Patient education and counseling*, 74(3), 309-317.

Chapman, R. H., Benner, J. S., Petrilla, A. A., Tierce, J. C., Collins, S. R., Battleman, D. S., & Schwartz, S. J. (2005). Predictors of Adherence With Antihypertensive and Lipid-Lowering Therapy. *Archives of Internal Medicine*, 165(10), 1147-1152.

Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73, 60-67.

Cialdini, R. B. (2007). *Influence: The Psychology of Persuasion*. New York: Collins Business.

Clyne, W., Mshelia, C., McLachlan, S., Jones, P., de Geest, S., Ruppar, T., Siebens, K., Dobbels, F., & Kardas, P. (2016). A multinational cross-sectional survey of the management of patient

medication adherence by European healthcare proffesionals. *BMJ Open*, DOI:10.1136/bmjopen-2015-009610

Conner, M., & Norman, P. (1995). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. Buckingham, Open University Press.

Cutler, R. L., Fernandez-Llimos, F., Frommer, M., Benrimoj, C., & Garcia-Cardenas, V. (2018). Economic impact of medication non- adherence by disease groups: a systematic review, *BMJ Open*

Ćorić, T., Erceg, M., Miler Knežević, A. i Čukelj, P. (2018). Izvješće o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2017. godini. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, pristupljeno 19. 1. 2019. dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/09/Bilten__Umrli-_2017-2.pdf

Dean, A. J., Walters, J., & Hall, A. (2010). A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 95(9): 717-723.

Delić-Brkljačić, D. i Golubić, K. (2020). Kardiovaskularni bolesnik u fokusu u doba pandemije COVID-a 19. Cardiologia Croatica, 15 (11-12), 312-315.

Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 357, 757-762.

DiMatteo, M. R. (1979). A Social-Psychological Analysis of Physician-Patient Rapport: Toward a Science of the Art of Medicine. *Journal of social issues*, 35 (1), 12-33.

DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing Patient Adherence to Medical Recommendations, *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 271 (1), 79-83.

DiMatteo, M. R. (2004a). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23 (2), 207-218.

DiMatteo, M. R. (2004b). The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient education and counseling*, 55(3), 339-344.

DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2002). Patient Adherence and Medical Treatment Outcomes, A Meta – Analysis. *Medical Care*, 40(9), 794-811.

DiMatteo, R., Haskard-Zolnierek, K. B., & Martin, L. (2012). Imorving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74-91.

DiMatteo, M. R., Haskard, K. B., & Williams, S. L. (2007). Health Beliefs, Disease Severity, and Patient Adherence A Meta-Analysis. *Medical Care*, 45(6), 521-528.

DiMatteo, M. R., Hayes, R. D., & Prince, L. M. (1986). Relationship of Physicians' Nonverbal Communication Skill to Patient Satisfaction, Appointment Noncompliance, and Physician Workload. *Health Psychology*, 5(6), 581-594.

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*, 160(14), 2101-2107.

DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980). Predicting patient satisfaction from Physician's non-verbal communication skills. *Medical Care*, 18, 376-387.

DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., Kaplan, S., & Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health psychology*, 12(2), 93-102.

Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. (2018a). Migracija stanovništva Republike Hrvatske u 2017. Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2018/07-01-02_01_2018.htm (pristupljeno 6. 4. 2019)

Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. (2018b). Žene i muškarci u Hrvatskoj, 2018. Dostupno na https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/menandwomen/men_and_women_2018.pdf, (pristupljeno 23. 4. 2019.)

Đorđević, V. i Braš, M. (2011). *Komunikacija u medicini, Čovjek je čovjeku lijek.* Medicinska naklada, Zagreb

Ekman, P., & Friesen, W. V. (2003). *Unmasking the face: A guide to recognizing emotions from facial clues*. ISHK.

Enciklopedija.hr. Hrvatska enciklopedija Leksikografskog zavoda Miroslav Krleža. Štampar, Andrija. (n. dj.). Dostupno na: http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=59892 (pristupljeno 8. 8. 2019.)

Europska unija [EU] (n. dj.) Živjeti u EU. Dostupno na: https://europa.eu/european-union/about-eu/figures/living_hr (pristupljeno 11. 8. 2019.)

Fiese, B.H., & Everhart R.S. (2006). Medical adherence and childhood chronic illness: family daily management skills and emotional climate as emerging contributors. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 551-557.

Gallagher, T. J., Hartung, P. J., Gerzina, H., Gregory Jr, S. W., & Merolla, D. (2005). Further analysis of a doctor–patient nonverbal communication instrument. *Patient education and counseling*, 57(3), 262-271.

Gandhi, T. K., Weingart, S. N., Borus, J., Seger, A. C., Peterson, J., Burdick, E., Seger, D. L., Shu, K., Federico, F., Leape, L. L., & Bates, D. W. (2003). Adverse drug events in ambulatory care. *New England Journal of Medicine*, 348(16), 1556-1564.

Gerbino, P.P., & Shoheiber, O. (2007). Adherence patterns among patients treated with fixed-dose combination versus separate antihypertensive agents. *American Society of Health-System Pharmacists*, 64, 1279-1283.

Golin, C., DiMatteo, M. R., Duan, N., Lake, B., & Gelberg, L. (2002). Impoverished Diabetic Patients Whose Doctors Facilitate Their Participation in Medical Decision Making are More Satisfied with Their Care. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 866-875.

Gongola, A. (2019). Smrt kao posljedica neadherentnosti u medicini, u: Sviličić, N. *Antropološko-komunikološki aspekti tanatologije* (str. 248-276.). Funditus, Zagreb

Gongola, A., Tanta, I. i Sviličić, N. (2019). The Attitudes of General Practitioners in Croatia toward Interpersonal Communication and Adherence. *Collegium Antropologicum* 43 (1), 69-78.

Gregory, B. J., & Levy E. P. (2015). *Using Feedback in Organizational Consulting*. American Psychological Association, Washington DC

Griffin, E. A. (2012). *A first look at communication theory*. 8th edition, McGraw-Hill, New York

Guadagnoli, E., & Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science and Medicine*, 47(3), 329-339.

Guerrero, L., & Floyd, K. (2006). *Nonverbal Communication in Close Relationships*. Lewrence Erlbaum Associates Inc., Mahwah, New Jersey

Gupta, P., Patel, P., Štrauch, B., Lai, F.Y., Akbarov, A., Gulsin, G.S., Beech, A., Maresova, V., Topham, P.S., Stanley, A., Thurston, H., Smith, P.R., Horne, R., Widimsky, J., Keavney, B., Heagerty, A., Samani, N.J., Williams, B., & Tomaszewski, M. (2017). Biochemical screening for nonadherence is associated with blood pressure reduction and improvement in adherence. *Hypertension*, 70(5), 1042-1048.

Ha, J. F., Anat, D., S., & Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*, 10, 38-43.

Hall, J. A., & Gunnery, S. D. (2013). Gender differences in nonverbal communication. In J. A. Hall & M. L. Knapp (Eds.), *Handbooks of communication science. Nonverbal communication* (639-669). De Gruyter Mouton, Boston, MA

Hall, J. A., & Roter, D. L. (2002). Do patients talk differently to male and female physicians?: A meta-analytic review. *Patient education and counseling*, 48(3), 217-224.

Hall, J. A., Roter, D. L., Blanch-Hartigan, D., Schmid Mast, M., & Pitegoff, C.A. (2015). How Patient-Centered Do Female Physicians Need to Be? Analogue Patients' Satisfaction With Male and Female Physicians' Identical Behaviors. *Health Communication*, 30(9), 894-900.

Hall, J. A., Roter, D. L., & Rand, C. S. (1981). Communication of Affect between Patient and Physician. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 18-30.

Hargie, O. (2011). *Skilled Interpersonal Communication*. Routledge, East Sussex, New York

Haskard Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment, A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834.

Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The Power of Feedback, Review of Educational Research. *American Educational Research Association*, 77(1), 81-112.

Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald H. P. & Yao X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD000011.

Health System Tracker, How has U. S. spending on healthcare changed over time?, dostupno na: https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/u-s-spending-healthcare-changed-time/ (pristupljeno 15. 9. 2019.)

Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. A. M., & Eggly, S. (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis, *Patient Education and Counseling* 86: 297-315.

Horne, R. (2006). Compliance, adherence and concordance. *Chest*, 130: (1Suppl.): 65S-72S.

Hrvatski časopis za javno zdravstvo. (2005). Govor Andrije Štampara kao predsjednika prve Svjetske zdravstvene skupštine. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 1(2)

Hrvatski zavod za javno zdravstvo [HZJZ]. (2017). Međunarodni dan starijih osoba. Dostupno na:

https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/medunarodni-dan-starijih-osoba/ (pristupljeno 5. 4. 2019.)

Hullmann, S. E., Brumley, L. D., & Schwartz, L. A. (2015). Medical and psychosocial associates of nonadherence in adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nurses*, 32(2), 103-113.

Ilgen, D. R., Fisher, C. D., & Taylor, M. S. (1979). Consequences of individual feedback on behavior in organizations. *Journal of applied psychology*, 64(4), 349.

Institute of Medicine [IOM]. (2004). *Health literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington DC: National Academies Press

Iskedjian, M., Einarson, T., Mackeigan, L. D., Shear, N., Addis, A., Mittmann, N., & Ilersich, A. L. (2002). Relationship Between Daily Dose Frequency and Adherence to Antihypertensive Pharmacotherapy: Evidence from a Meta-Analysis. *Clinical Therapeutics,* 24(2), 302-316.

Jelaković, B., Željković, T., Laganović, M. i Kuzmanić, D. (2003). Suvremena načela u dijagnostici i liječenju arterijske hipertenzije. *Medicus,* 12(1_ Kardiologija), 17-29.

Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P. F., & de Jong, C. A. J. (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision –Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy Psychosomatics*, 77:219-226

Kardas, P., Andrzjczyk, A., Clyne, W., & Geest, S. (2012). Ascertaining Barriers for Compliance: policies for safe, effective and cost-effective use of medicines in Europe. Final Report of the ABC Project (Deliverable 7.1). Lodz: Medical University of Lodz.

Kerse, N., Buetow, S., Mainous, A. G., Young, G., Coster, G., & Arroll, B. (2004). Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *The Annals of Family Medicine*, 2(5), 455-461.

Kluger, N. A., & DeNisi, A. (1996). The Effects of Feedback Interventions on Performance: A Historical Review, a Meta-Analysis, and a Preliminary Feedback Intervention Theory. *Psychological Bulletin*, American Psychological Association, 119(2), 254-284.

Kravitz, R. L., Hays, R. D., Sherbourne, C. D., DiMatteo, M. R., Rogers, W. H., Ordway, L., & Greenfield, S. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 153(16), 1869-1878.

Krueger, K. P., Berger, B. A., & Felkey, B. (2005). Medication adherence and persistence: a comprehensive review. *Advances in therapy*, 22(4), 313-356.

Kunczik, M., Zipfel, A. (2006). *Uvod u znanost o medijima i komunikologiju*, Zaklada Friedrich Ebert, Zagreb

Lazzerini, M., Barbi, E., Apicella, A., Marchetti, F., Cardinale, F., & Trobia, G. (2020). Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. The Lancet Child & Adolescent Health, 4(5), e10-e11.

Leinert Novosel, S. (2015). *Komunikacijski kompas*. 2. prošireno izdanje, Plejada d.o.o., Zagreb

Lepper, H. S., Martin, L. R., & DiMatteo, M. R. (1995). A model of nonverbal exchange in physician-patient expectations for patient involvement. *Journal of Nonverbal Behaviour*, 19(4), 207-222.

London, M., & Sessa, V. I. (2006). Group feedback for continuous learning. *Human Resource Development Review*, 5(3), 303-329.

Lowry, K. P., Dudley, T. K., Oddone, E. Z., & Bosworth, H. B. (2005). Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication. *Annals of Pharmacotherapy*, 39(7-8), 1198-1203.

Maglica, K. B. (2010). Teorijski pristupi u ispitivanju rizičnih zdravstvenih ponašanja. *Psihologijske teme*, 19(1), 71-102.

Mancia, G., Rea, F., Corrao, G., & Grassi, G. (2019). Two-Drug Combinations as First-Step Antihypertensive Treatment. *Circulation Research*, 7(124), 1113-1123.

Martin, L. R., & Friedman, H. S. (2005). Nonverbal Communication and Health Care. U R. E. Riggo, R. S. Feldman (ur), *Applications in Nonverbal Communication*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Martin, L. R., Haskard-Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2010). *Health Behavior Change and Treatment Adherence*. Oxford University Press, New York

Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and clinical risk management*, 1(3), 189-199.

Mehrabian, A. (1971). *Silent Messages*. Wadesworth Publishing Company, Belmont

Meyer, M., Carrilho M. M., i Timmermans B. (2008). *Povijest retorike od Grka do današnjih dana*. Deseto izdanje, Disput d.o.o, Zagreb

Meyerowitz, B. E., & Chaiken, S. (1987). The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 500-510.

Miller, K. (2005). *Communication Theories: Perspectives, Processes and Contexts*. McGraw-Hill, New York

Miller, T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 99, 1079-1086

Morisky, D. E., Green, L.W. & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1)

Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association* (WPA), 5(1), 25-30.

Muyinda, H., & Mugisha, J. (2015). Stock-outs, uncertainty and improvisation in access to healthcare in war-torn Northern Uganda. *Social Science & Medicine*, 146, 316-323.

Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar. [NZJZ] (n. dj.). Dr. Andrija Štampar – život i djelo. Dostupno na: http://www.stampar.hr/hr/dr-andrija-stampar-zivot-i-djelo, (pristupljeno 8. 8. 2019.)

Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar [NZJZ] (2014). Svjetski dan mentalnog zdravlja, 10. listopada 2014. Dostupno na: http://www.stampar.hr/hr/svjetski-dan-mentalnog-zdravlja-10-listopada-2014 (pristupljeno 8. 8. 2019.)

Novack, D. H., Suchman, A. L., Clark, W., Epstein, R. M., Najberg, E., & Kaplan, C. (1997). Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *Jama*, 278(6), 502-509.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078.

Nutbeam D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we leaar from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54, 303-305.

Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7), 903-918.

Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353 (5): 487-497.

Parikh, N. S., Parker, R. M., Nurss, J. R., Baker, D. W., & Williams, M. V. (1996). Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, 27(1), 33-39.

Perloff, R. M. (2010). *The dynamics of persuasion: communication and attitudes in the twenty-first century*. Routledge.

Podsakoff, M. P., & Farh, J. L. (1989). Effects of Feedback Sign and Credibility on Goal Setting and Task Performance, Organizational Behavior and Human Decision Process. *Academic Press Inc*.,44(1), 45-67.

Pratkanis, A. R., (2007). Social influence analysis: An index of tactics. In A. R. Pratkanis (Ed.), *The science of social influence: Advances and future progress*. Dostupno na: https://www.kobo.com/ch/fr/ebook/the-science-of-social-influence-1

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), 390.

Reardon, K. K. (1998). *Interpersonalna komunikacija, Gdje se misli susreću.* Alinea, Zagreb

Ministarstvo financija [MFIN] (2018), Državni proračun 2018. godina, dostupno na: http://www.mfin.hr/hr/drzavni-proracun-2018-godina (pristupljeno 7. 10. 2019.)

Robinson, J. D. (1998). Getting down to business: talk, gaze and body orientation during openings of doctor-patient consultations, *Human Communication Research*, 25(1), 97-123.

Rodriguez, F., Cannon, C. P., Steg, P. G., Kumbhani, D. J., Goto, S., Smith, S. C., Eagle, K. A., Ohman, E. M., Umez-Eronini, A. A., Hoffman, E., & Bhatt, D. L. (2013). Predictors of Long-term Adherence to Evidence-based Cardiovascular Disease Medications in Outpatients With Stable Atherothrombotic Disease: Findings From the REACH Registry. *Clinical Cardiology*, 36, 721-727.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.

Roter, D. L., & Hall, J. A. (2004). Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu. Rev. Public Health*, 25, 497-519.

Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients, patients talking with doctors-Improving communication in medical visits*. Praeger Publishers, Westport

Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Sabes-Figuera, R., McCrone, P., Bogic, M., Ajdukovic, D.,Franciskovic, T., Colombini, N., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M, Schutzwohl, M., & Priebe, S. (2012). Long-Term Impact of War on Healthcare Costs: An Eight-Country Study. *Public Library of Science ONE* 7(1): e29603.

Sackett, D. L. & Haynes, R. B. (1976). *Compliance with therapeutic regimens*. Johns Hopkins University Press, Baltimore

Schein, H. E. (1998). *Process Consultation Revisited Building The Helping Relationship*, Addison-Wesley Publishing Company.

Sherman, D. A. K., Nelson, L. D., & Steele, C. M. (2000). Do messages about health risks threaten the self? Increasing the acceptance of threatening health messages via self-affirmations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1046-1058.

Sherman, D. A. K., Uskul, A. K., & Updegraff, J.A. (2011). The role of the self in responses to health communications: A cultural perspective. *Self and Identity*, 10(3), 284-294.

Skoko, B. (2006). *Priručnik za razumijevanje odnosa s javnošću.* Millenium promocija d.o.o., Zagreb

Slusher, M. P., & Anderson, C. A. (1996). Using causal persuasive arguments to change beliefs and teach new information: The mediating role of explanation availability and evaluation bias in the acceptance of knowledge. *Journal of Educational Psychology*, 88, 110-122.

Soames Job, R. F. (1988). Effective and ineffective use of fear in health promotion campaigns. *American journal of public health*, 78(2), 163-167.

Stacks, D.W. (1995). Political Communication: Contributions to the Study of Public Relations, Annual meeting of the Speech Communication Association San Antonio, TX.

Stein, T. S., & Kwan, J. (1999). Thriving in a busy practice: physician-patient communication training. Effective clinical practice: *Effective Clinical Practice*, 2(2), 63-70.

Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ: *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.

Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care. *BMJ*, 322:444-445.

Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, L. M., & Sangster, M. (1999). Evidence on Patient – Doctor Communication. *Cancer Prevention & Control*, 3(1), 25-30.

Stiglitz, J. (2002). *Globalizacija i dvojbe koje izaziva.* Algoritam, Zagreb

Stretcher, V. J., Mcevoy De Vellis, B., Becker, M. H., & Rosenstock, I.M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13 (1), 73-91.

Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B., & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *Jama*, 277(8), 678-682.

Sviličić, N. (2019). *Antropološko-komunikološki aspekti tanatologije.* Funditus, Zagreb

Svjetska zdravstvena organizacija [SZO] Regionalni ured za Europu. (2012). Health 2020. A European Policy Framework Supporting Action Across Government and Society for Health and Well-Being, Copenhagen, Denmark

Svjetska zdravstvena organizacija [SZO] Regionalni ured za Europu. (2013). Health literacy, The Solid Facts. UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Svjetska zdravstvena organizacija [SZO]. (2017). Mental health of older adults. Dostupno na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults (pristupljeno 3. 5. 2020)

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Florian, R., Ganahl, K., Slonska, S., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of theEuropean health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80-93.

Šimić, G. (2019). *Uvod u neuroznanost učenja i pamćenja*. Ljevak, Zagreb

Šundalić, A. i Pavić, Ž. (2013). *Uvod u metodologiju društvenih znanosti*. Grafika d.o.o., Osijek

Taddeo, D., Egedy, M., & Frappier J.Y. (2008). Adherence to treatment in adolescents. *Paediatrics & Child Health*, 13(1), 19-24.

Tallman, K., Janisse, T., Frankel, R. M., Sung, S. H., Krupat, E., & Hsu, J. T. (2007). Communication Practices of Physicians With High Patient – Satisfaction Ratings. *The Permanente Journal*, 11(1), 19-29.

Tanta, I. (2008). Komunikacija društvenog statusa. *MediAnali: međunarodni znanstveni časopis za pitanja medija, novinarstva, masovnog komuniciranja i odnosa s javnostima*, 2(3), 137-148.

The Association of Schools of Public Health in the European Region [ASPHER]. (2019). Andrija Štampar medal. Dostupno na: https://www.aspher.org/andrija-stampar-medal.html, (pristupljeno 1. 12. 2019.)

Theofilou, P., & Panagiotaki, H. (2012). A literature review to investigate the link between psychosocial characteristics and treatment adherence in cancer patients. *Oncology Reviews*, 6:e5, 37-44.

Tomaszewski, M. (2017). Biochemical screening for nonadherence is associated with blood pressure reduction and improvement in adherence. *Hypertension*, 70, 1042-1048.

Traylor, A. H., Schmittdiel, J. A., Uratsu, C. S., Mangione, C. M., & Subramanian, U. (2010). Adherence to Cardiovascular Disease Medications: Does Patient-Provider Race/Ethnicity and Language Concordance Matter? *Journal of General Internal Medicine*, 25(11), 1172-1177.

Ujedinjeni narodi [UN]. (n. dj.) Secretary Genaral - Former Secretary Genaral Kofi Anaan, dostupno na: https://www.un.org/sg/en/content/kofi-annan (pristupljeno 13. 8. 2019.)

Ujedinjeni narodi [UN]. (2017). World Population Prospects: The 2017 revision. Dostupno na:
https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html (pristupljeno 5. 8. 2018.)

Ujedinjeni narodi [UN]. (2018). Ending poverty. Dostupno na: https://www.un.org/en/sections/issues-depth/poverty/ (pristupljeno 22. 5. 2019.)

UNHCR. (2015). 2014 Global Trends: World at War. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. Dostupno na https://www.unhcr.org/556725e69.pdf (pristupljeno 23. 4. 2019.)

Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.

Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D.A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J.K., & Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705.

Wald, D.S., Law, M., Morris, J.K., Bestwick, J.P., & Wald, N.J. (2009). Combination Therapy Versus Monotherapy in Reducing Blood Pressure: Meta-analysis on 11,000 Participants from 42 Trials. *The American Journal of Medicine*, 122, 290-300.

Watzlawick, P., Beavin-Bavelas, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication – A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*. W. W. Norton, New York

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E. Jr., Collins, K, J., Dennison Himmelfarb, C., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D.W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbiagele, B., Smith, S. C. Jr., Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A. Sr., Williamson, J. D., & Wright, J. T. Jr. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of American Colledge of Cardiology*, 71(19), 2199-2269.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G. Y. H., McManus, R., Narkiewicz, K., Ruschitzka, F., Schmieder, R. E., Shlyakhto, E., Tsioufis, C., Aboyans, V., & Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39 (33), 3021-3104.

Yusuf, S., Islam, S., Chow, C. K., Rangarajan, S., Dagenais, G., Diaz, R., Gupta, R., Kelishadi, R., Iqbal, R., Avezum, A., Kruger, A., Kutty, R., Lanas, F., Lisheng, L., Wei, L., Lopez-Jaramillo, P., Oguz, A., Rahman, O., Swidan, H., Yusoff, K., Zatonski, W., Rosengren, A., & Teo, K. K. (2011). Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *The Lancet*, 378 (9798), 1231-1243.

12. Prilozi

PRILOG 1.

Anketni upitnik za pružatelje zdravstvene skrbi

Molim Vas da popunite anketu na temu interpersonalne komunikacije između Vas i Vaših bolesnika. Ova je anketa anonimna, dobrovoljna te će svi rezultati biti analizirani na grupnoj razini. Anketa će služiti u svrhu izrade doktorske disertacije.
Prosječno vrijeme potrebno za popunjavanje ove ankete je 7 minuta.

- Upoznat/a sam da je istraživanje u kojem sudjelujem dobrovoljno, anonimno, da mogu odustati u bilo kojem trenutku te da će se rezultati analizirati na grupnoj razini.
- Suglasan/na sam sudjelovati u ovom istraživanju

1. U kojoj regiji Hrvatske radite?
    - Zagreb i okolica
    - središnja Hrvatska
    - Slavonija
    - Istra/Rijeka/Gorski kotar/Lika
    - Dalmacija

2. Što ste po specijalnosti?
    - Liječnik/ca obiteljske medicine/Specijalist obiteljske medicine
    - Medicinska sestra/tehničar
    - Ljekarnik/ca
    - Liječnik/ca medicine – specijalist internist
    - Liječnik/ca medicine – specijalist kardiolog
    - Liječnik/ca medicine – specijalist gastroenterolog
    - Liječnik/ca medicine – specijalist nefrolog
    - Liječnik/ca medicine – specijalist dijabetolog/endokrinolog
    - Liječnik/ca medicine – specijalist pulmolog

- Liječnik/ca medicine – specijalist onkolog/internistički onkolog
- Liječnik/ca medicine – specijalist hematolog

3. Koliko godina staža imate?
    - do 5
    - 6-10
    - 11-15
    - 16-20
    - više od 20

4. Spol
    - Muško
    - Žensko

5. Vremenski za jednog bolesnika prosječno izdvojim
    - manje od 5 minuta
    - 6-10 minuta
    - 11-15 minuta
    - 16-20 minuta
    - više od 20 minuta

6. Smatram da je važno provjeriti adherenciju bolesnika (pridržava li se bolesnik dogovorenih terapijskih i higijensko-dijetetskih mjera)
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

7. Smatram da je adherencija presudna za terapijski ishod
    - ne slažem se

- djelomično se slažem
- uglavnom se slažem
- slažem se
- ne znam

8. Pitam bolesnike jesu li propustili koju dozu lijeka
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često
    - uvijek

9. Smatram da bi moji bolesnici bili adherentniji kada bih imao/la više vremena za razgovor (interpersonalnu komunikaciju) s njima
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

10. Smatram da je interpersonalna komunikacija s bolesnikom važna za adherenciju
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

11. Smatram da je interpersonalna komunikacija važna za edukaciju/informiranje bolesnika
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem

- slažem se
- ne znam

12. Smatram da je interpersonalna komunikacija važna za motivaciju bolesnika
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

13. Smatram da je interpersonalna komunikacija važna komponenta svake intervencije/strategije za poboljšanje adherencije bolesnika
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često
    - uvijek

14. Smatram da je interpersonalnu komunikaciju s bolesnikom važno prilagoditi bolesnikovoj razini zdravstvene pismenosti
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

15. Svojim bolesnicima nastojim odrediti razinu zdravstvene pismenosti
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često

- uvijek

16. Smatram da je interpersonalna komunikacija uspješnija s bolesnicima koje dobro poznajem
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

17. Tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnicima koristim stručnu medicinsku terminologiju
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često
    - uvijek

18. Objasnim bolesniku stručne termine, one za koje procjenjujem da ih bolesnik ne razumije
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često
    - uvijek

19. Tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnikom vodim brigu o mogućnosti da određeni termini za bolesnika mogu imati drukčije konotativno značenje (osobno značenje temeljeno na vlastitom iskustvu, ono koje ne mora biti zajedničko s drugima)
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se

- ne znam

20. Tijekom interpersonalne komunikacije s bolesnikom nastojim osigurati da nema smetnji (buke, upadica, zvonjave mobitela i telefona)
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često
    - uvijek

21. Ukoliko se uvjeti u kojima se odvija interpersonalna komunikacija promjene (upadice, buka, prisustvo drugih osoba) ukoliko je moguće vršim prilagodbu svog načina interpersonalne komunikacije (govorim tiše, prestajem govoriti, čekam dok ostanem nasamo s bolesnikom)
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često
    - uvijek

22. Pitam bolesnike jesu li razumjeli što im govorim
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često
    - uvijek

23. Dajem bolesnicima priliku da me pitaju što ih zanima
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često

- uvijek

24. Imam dovoljno vremena da me bolesnici mogu pitati sve što ih zanima
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često
    - uvijek

25. Smatram da je važno aktivno pratiti neverbalne poruke bolesnika
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

26. Smatram da je važna usklađenost sadržaja koji govorim s mojom neverbalnom komunikacijom (tijekom razgovora s bolesnikom)
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

27. Odaberite neverbalne znakove kojima se najčešće koristite u interpersonalnoj komunikaciji s bolesnikom
    - kontakt očima
    - osmijeh
    - kimanje glavom
    - otvoren stav rukama
    - verbalni inputi kao poticaj na daljnje izlaganje (aha, da)

- primjeren tjelesni prostor između bolesnika i mene (proksemija)
- okrenutost i nagnutost tijela prema bolesniku
- dodir
- topao ton glasa

28. Kada se prvi put susrećem s bolesnikom nastojim biti posebno pažljiv/a u komunikaciji kako bi se bolesnik osjećao što ugodnije i opuštenije
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često
    - uvijek

29. Smatram da prezentiranje intervencija za poboljšanje adherencije ima bolju implementaciju ako se prezentira u *storytelling* formatu (formatu priče)
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

30. Koristim "storytelling" metod u svom radu s bolesnicima
    - nikad
    - rijetko
    - ponekad
    - često
    - uvijek

31. Smatram da je persuazija (dobronamjerno uvjeravanje) važna tehnika u interpersonalnoj komunikaciji s bolesnikom (u kontekstu postizanja adherencije bolesnika)
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

32. Tijekom razgovora s bolesnikom, osim iznošenja važnih informacija i činjenica, najčešće koristim i ove tehnike dobronamjernog uvjeravanja:
    - strah (povezivanje straha s neželjenom posljedicom)
    - uzajamnost (pružanje/davanje određene „usluge“ bolesniku čime povećavate šansu da će bolesnik pristati na ono što tražite)
    - oskudica (isticanje onog što je jedinstveno u onom što nudite bolesniku i što može izgubiti ako vas ne posluša)
    - demonstracija autoriteta
    - konzistentnost (traženje da bolesnik ispuni manju obvezu koju slijedi veća, značajnija obveza/promjena za koju vam je važno da je bolesnik prihvati)
    - izrazi simpatije i sviđanja
    - dijeljenje osobnih iskustava i primjera
    - davanje komplimenata/pohvala
    - konsenzus (dijeljenje saznanja s bolesnikom da je većina drugih bolesnika u istoj situaciji postupila tako kako Vi predlažete)

33. Smatram da je interpersonalna komunikacija vještina koja se može naučiti
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

34. Smatram da previše vremena tijekom konzultacija s bolesnicima nepotrebno trošim na razgovor o informacijama koje su bolesnici dobili na internetskom izvorima
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

35. Smatram da informiranost bolesnika iz internetskih izvora doprinosi adherenciji bolesnika
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

36. Smatram da informacije koje pacijenti dobiju na internetskim izvorima kompromitiraju preporuke za liječenje
    - ne slažem se
    - djelomično se slažem
    - uglavnom se slažem
    - slažem se
    - ne znam

Hvala što ste popunili anketu. Ukoliko imate bilo kakvih pitanja slobodno se obratite na e-mail adrese: agongola.ds@unios.hr ili anagongola@gmail.com

O autorici

Ana Gongola rođena je 1974. u Kninu. Nakon završene gimnazije u Zadru, diplomirala je na Stomatološkom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 2000. godine. Na početku karijere radila je u struci, kao liječnica dentalne medicine, a od 2004. godine radi na poslovima marketinga i prodaje u farmaceutskoj industriji, na raznim pozicijama. Od 2014. obnaša dužnost Direktorice poslovnog područja Rx Retail (receptni lijekovi) u kompaniji Sandoz d.o.o., a odgovorna je i za receptno poslovanje kompanije na području jugoistočne Europe. U okviru svog posla posvećena je edukaciji i zdravstvenom prosvjećivanju stručne javnosti i bolesnika.

Znanstvenim radom bavi se od 2016. godine te je izlagala na nekoliko međunarodnih znanstvenih konferencija Lošinjski dani bioetike (2018. i 2019.) i PR Days Mostariensis (2018. i 2019.). Autorica je i koautorica članaka objavljenih u: Collegium Atropologicum *The Attitudes of General Practitioners in Croatia Toward Interpersonal Communication and Adherence* 2019. godine, te u South Eastern European Journal of Communication *Percepcija učenika srednje škole Metković o utjecaju medija na komunikaciju u obitelji* i *Zdravstvena pismenost* 2020. godine. Napisala je poglavlje u knjizi *Antropološko-komunikološki aspekti tanatologije* autora Nikše Sviličića pod naslovom „Smrt kao posljedica neadherentnosti u medicini“. Idejna je začetnica projekta *Rječnici zdravstvene pismenosti* koji okuplja eminentne stručnjake iz područja medicine i farmacije u svrhu izrade zdravstvenih rječnika posvećenih najčešćim kroničnim bolestima, a s ciljem edukacije i podizanja razine zdravstvene pismenosti bolesnika u Hrvatskoj.