

VISOKA MEDICINSKA ŠKOLA ZDRAVSTVA
Zdravstvena njega 240 ECTS

**EMPATIJA KAO TEMELJ TERAPEUTSKOG ODNOSA
MEDICINSKA SESTRA-PACIJENT**

Diplomski rad

Student: Suzana Bjelanović

Mentor: doc. dr Daniela Telebak

Doboj, jul 2024. godine

BIBLIOGRAFSKA KARTICA RADA

- Naziv predmeta iz kojeg se piše rad:
Urgentna medicina
- Naziv ustanove u kojoj je rad izrađen:
Visoka medicinska škola zdravstva, sa sjedištem u Doboju
- Naziv studijskog smjera:
Zdravstvena njega 240 ECTS
- Ime i prezime mentora rada:
Doc. dr Daniela Telebak
- Datum odbrane rada:

- Članovi komisije za odbranu rada:
 1. _____,
 2. _____,
 3. _____.

SADRŽAJ

1. UVOD	4
2. EMPATIJA KAO TEMELJ TERAPEUTSKOG ODNOSA	6
2.1. Razlika između empatije, simpatije i suosjećanja.....	7
2.2. Kognitivna i afektivna empatija	8
2.3. Razvoj empatije.....	9
2.3.1. Razlika u nivoima empatije zavisno od pola	10
2.4. Neuronaučni dokazi empatije	11
2.5. Psihološka njega u sestrinstvu	12
2.5.1. Empatija kao dio psihološke njege u sestrinstvu	13
2.6. Važnost empatije za pacijenta	15
2.7. Terapeutski odnos	16
2.7.1. Razlika između terapijskog i društvenog odnosa.....	16
2.8. Terapeutski odnos u sestrinstvu	17
2.8.1. Teorija interpersonalnih odnosa Hildegard Peplau	17
2.8.2. Komunikacija – temelj terapijskog odnosa	18
2.8.3. Faze terapijskog odnosa u sestričkoj njezi	19
2.9. Važnost terapijskog odnosa u sestrinstvu.....	20
2.10. Preduslovi za ostvarenje kvalitetnog terapijskog odnosa	21
2.11. Mostovi u razvoju terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent.....	22
2.12. Barijere u razvoju terapijskog odnosa.....	23
2.13. Povezanost empatije i terapijskog odnosa	24
2.13.1. Samosvjesnost i altruizam u empatiji i terapijskom odnosu	24
3. ZAKLJUČAK	25
4. LITERATURA.....	26

1. UVOD

Empatija je vrlo zanimljiv pojam čiji je početak proučavanja počet krajem 19. vijeka. Ranije se povezivala s filozofskom estetikom, kasnije je postala predmet proučavanja društvenih nauka, a u novije vrijeme i neuronaukama. Postoji više definicija empatije, no u današnje vrijeme sve one imaju zajedničko značenje koje se najviše odnosi na prepoznavanje i razumijevanje tuđeg emocionalnog stanja te odgovora na to stanje, ali uz zadržavanje objektivnosti. Prepoznavanje i razumijevanje tuđih emocija samo je po sebi semantički razumljivo, a objektivnost u slučaju empatije pojednostavljeno bi značila da to što je osoba empatična, dakle prepoznaje i razumije tuđe emocije te vidi situaciju iz tuđe perspektive, ne znači nužno da se slaže s mišljenjem i stavovima osobe prema kojoj je empatična.

Empatija je ostala fenomen društvenih nauka, naročito psihologije, no njeno se proučavanje proširilo i na druga naučna područja. Sestrinstvo je profesija koja je svoja znanja generiše iz brojnih naučnih disciplina pa tako i iz psihologije. Danas, moderno sestrinstvo proučava psihološke funkcije na koje nailazi kod zdravih i bolesnih ljudi za koje brine ili koje su medicinskoj sestri neophodne u radu kao što je empatija. Dakle, empatija je svoju primjenu i svoju važnost pronašla i u sestrijskoj praksi te postala jedan od predmeta istraživanja u sestrinstvu, odnosno na psihološkim aspektima njegovanja [21]. Naglašava kako medicinske sestre imaju autonomiju u procjeni potreba pacijenata, planiraju i provode zdravstvenu njegu, evaluiraju njenu efikasnost te su istovremeno svjesnopsiholoških posljedica bolesti na osjećanja, misli i ponašanje pacijenta. U skladu s tim, empatiju smatra ličnom osobinom koja podržava psihološku njegu. Budući da se sestrijska profesija oduvijek bazira na brizi za čovjeka u njegovim najtežim, stresnim i često neizvjesnim situacijama, nije teško zaključiti zbog čega se upravo empatija percipira kao jedna od najvažnijih osobina medicinske sestre. Empatija doprinosi snažnom povezivanju među ljudima, a temelji se na ljubavi prema čovjeku. Ona podrazumijeva sagledavanje situacije druge osobe iz njene perspektive te ujedno i razumijevanje stanja, odnosno situacije druge osobe uz istovremeno objektivno shvatanje i svjesnost vlastitog identiteta.

Gubitak vlastitog identiteta, odnosno izjednačavanje s emocionalnim stanjem pacijenta, za medicinsku sestru bi, uz broj pacijenata za koje brine, značio pretjerani teret s kojim će se teško dugoročno nositi i koji dovodi do sagorijevanja na poslu. Upravo zbog toga je u empatičnom pristupu i empatičnom sagledavanju situacije pacijenta bitno zadržati objektivnost. Suština empatije je prepoznavanje i razumijevanje onoga što drugi osjeća bez da nam kaže kako se zapravo osjeća, a to je od bitne važnosti medicinskim sestrama koje njeguju pacijente u zdravlju i bolesti. Pacijenti kao skupina ljudi s različitim fizičkim i psihičkim potrebama koje pred njih stavlja bolest upravo zbog tih potreba zahtijevaju njegu kompetentne medicinske sestre s naglašenom empatijom koja će joj omogućiti lakše stvaranje odnosa povjerenja, osjećaj sigurnosti pacijenta, jednostavnije prikupljanje važnih informacija i uz sve to olakšati stvaranje terapeutskog odnosa s pacijentom. Uz potrebu psihološkog njegovanja, empatijske brige, stvaranja odnosa povjerenja s pacijentom, dolazi se do drugog predmeta proučavanja ovog rada, a to je terapeutski odnos medicinska sestra-pacijent[1]., prepoznaju da je koncept terapeutskog odnosa korišten u mnogim disciplinama, a vrlo je značajan i u sestrijskoj praksi.

Mirhaghi dodaje kako je još od početka teoretiziranja u sestrištvu, odnos medicinska sestra-pacijent predstavljen kao esencijalni element u sestrišnjoj njezi [16]. Međutim, naglašava kako uprkos različitim konceptualizacijama brojnih teoretičara, još uvijek ne postoji integrativni pristup u terapijskom odnosu.

Teorija interpersonalnih odnosa Hildegard Peplau temeljna je teorijska struktura za terapijski odnos medicinska sestra-pacijent [2]. Terapijski odnos medicinska sestra-pacijent podrazumijeva osnivanje smislenog odnosa kroz razvoj učinkovitog interpersonalnog procesa. Arnold i Underman Boggs (2003.) navode kako se on proteže od pružanja fizičke pomoći pacijentu preko emocionalne potpore pa do edukacije pacijenta kroz taj odnos. Dziopa i Ahern su ustanovili kako je kvalitetan odnos između medicinske sestre i pacijenta važan u mnogim situacijama u sestrišnjoj njezi, a naročito u brizi za osobe s problemima mentalnog zdravlja. Uzimajući u obzir kvalitet i ishod njege, Stickley i Freshwater pojašnjavaju kako uprkos tome što izlječenje pacijenta ponekad nije moguće, može se postići terapijski učinak odnosa medicinska sestra-pacijent. Gledajući s druge strane, izlječenje je moguće bez terapijskog odnosa, no zadovoljstvo njege ili postignutim ishodom u tom slučaju možda neće biti potpuno.

Terapijski odnos osigurava stavljanje pacijentovih potreba uvijek na prvo mjesto, stoga je, prema mišljenju mnogih eksperata u sestrištvu, odnos medicinska sestra-pacijent srž zdravstvene njege, ali još uvijek nedovoljno iskorišten. Bitan uticaj na usvajanje terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent kao ključnog u sestrišnjoj praksi je dosad nedovoljno specifičan korpus znanja u sestrištvu [13]. pa bi terapijski odnos, uzimajući u obzir njegove prednosti, doista trebalo iskoristiti kao jedan od ključnih aspekata sestrišnje njege u kojoj medicinska sestra može imati punu autonomiju i razvijati teoriju.

U radu se obrađuju dvije glavne tematike – empatija i terapijski odnos medicinska sestra-pacijent. Nakon toga se prelazi na psihološku njegu u sestrištvu i empatiju kao njenu komponentu te su prikazana neka od istraživanja koja potkrepljuju važnost empatije u sestrišnjoj praksi. Drugi dio rada odnosi se na terapijski odnos medicinska sestra-pacijent. Najprije je opisano uopšteno značenje terapijskog odnosa; zatim se obrađuje razvoj terapijskog odnosa u sestrištvu u čijem se kontekstu spominje i Teorija interpersonalnih odnosa Hildegard Peplau koja terapijski odnos drži esencijalnim u sestrištvu. Takođe se pominje i komunikacija bez koje terapijski odnos nije moguć kao i faze odvijanja terapijskog odnosa u sestrištvu. Obraduje se važnost terapijskog odnosa za pacijenta; preduslovi koji se moraju ostvariti da bi se mogao razviti kvalitetan terapijski odnos; barijere koje narušavaju njegov razvoj i odvijanje, ali i komponente koje su mostovi u izgradnji terapijskog odnosa. Na kraju se osvrće na povezanost empatije i terapijskog odnosa te se ukratko razlaže važnost samosvijesti i altruizma u jednom i drugom.

Cilj ovog rada je istaknuti empatiju kao važnu komponentu sestrišnje njege budući da pacijenti, kao vrlo često ranjiva skupina, zahtijevaju empatičnu njegu zahvaljujući kojoj će se osjećati sigurnije, imati povjerenje u medicinsku sestru, lakše prihvatati svoje stanje, bolje pratiti savjete i uputstva te ostalo. Takođe, cilj je približiti, istaknuti važnost i popularizovati terapijski odnos medicinska sestra-pacijent o kojem se u tokom obrazovanja medicinskih sestra ne govori ili se spominje tek marginalno, za razliku od zapadnih zemalja ili ostalih zemalja svijeta gdje je njegova važnost prepoznata pa se o njemu i piše i sprovode istraživanja.

2. EMPATIJA KAO TEMELJ TERAPEUTSKOG ODNOSA

Razvoj definicije empatije započeo je s njemačkim filozofom Robertom Vischerom koji je u svojoj disertaciji 1873. godine prvi upotrebio termin „Einfühlung“ opisujući ga kao važan termin filozofske estetike tadašnjeg vremena; kao aktivno učestvovanje gledalaca u umjetničkom djelu ili drugim vizualnim oblicima, razlikujući pritom pasivno „gledam“ od aktivnog „vidim“ [18]. Međutim, drugi njemački filozof, Theodor Lipps temeljno je proučavao i u svom radu 1906. godine okrenuo termin „Einfühlung“ u nešto drugačijem smjeru. Ne samo da je taj koncept smatrao središnjim u filozofskoj i psihološkoj analizi estetskih iskustava, već ga je odredio kao središnju kategoriju filozofije društvenih i humanističkih nauka [27].

Konačno je „Einfühlung“ na engleski jezik 1909. godine preveo engleski psiholog Edward Bradford Titchener opisujući ga kao sposobnost pojedinca da se uskladi s emocijama druge osobe te da kroz razmišljanje i iskustvo razumije drugu osobu [10]. Kasnije se termin empatija sve više koristio u psihologiji. Brojni su autori kroz godine dali svoju definiciju empatije:

- Empatija je element socijalne inteligencije; sposobnost je preuzimanja uloge druge osobe i usvajanje tuđe perspektive (Mead 1934.).
- Empatija je sposobnost ulaska u tuđe cipele i ponovno lako ulaženje u vlastite cipele (Blackman).
- Empatija je intelektualno ili imaginarno razumijevanje stanja druge osobe ili stanja njegovog uma bez da se zaista doživljavaju osjećanja te osobe (Hogan 1969.).
- Empatija je pojačani odaziv na tuđe emocionalno iskustvo (Mehrabian & Epstein 1972.).

U nekim istraživanjima empatiju su definisali kao prediktivnu tačnost, što zapravo znači da osoba koja je empatična može predvidjeti ponašanje i osjećanja drugih osoba u različitim okolnostima. U skladu s tim, Dymond je definisao empatiju kao „imaginativno prenošenje sebe u misli, osjećaje i djelovanje drugih“. Wispe empatiju definiše kao svjestan napor da se s nekim podijeli i tačno razumije stanje u kojem se nalazi druga osoba, uključujući misli, osjećanja i uzroke tog stanja. Kohut empatiju definiše kao uživanje u unutrašnji život druge osobe kroz vlastite misli i osjećanja. Davis opisuje empatiju kao „zabrinutost za emocionalnu dobrobit druge osobe, uzimajući u obzir njenu perspektivu i zamišljanje sebe na mjestu druge osobe“, empatiju gledaju kao sposobnost ulaženja u stanje i osjećanja druge osobe, odnosno kao razumijevanje situacije i stanja druge osobe. Osim što je empatija proces emotivnog povezivanja s drugom osobom, u isto vrijeme podrazumijeva i odvojenost od te osobe, kako bi se problem mogao objektivno sagledati. U psihoterapiji se pod terminom empatije ili „empatičkog razumijevanja“ podrazumijeva „proces u kojem se prihvata unutrašnji okvir pacijenta, a da se pri tome ne gubi vlastita individualnost“. Goleman posmatra empatiju kroz tri nivoa. Na prvom, najnižem stepenu empatija je čitanje tuđih osjećanja, na višem nivou je osjećanje tuđih briga i osjećanja te reagovanje na njih, a na najvišem stupenu, empatija je razumijevanje briga koje leže iza nečijih osjećanja. Ako se empatija stavi u kontekst komunikacije u zdravlju, onda je ona „sposobnost što tačnijeg razumijevanja osjećanja, želja, ideja i ponašanja druge osobe te sposobnost da se to razumijevanje i pokaže“. U skladu s tim Novak zaključuje da je empatija mnogo više od samog prenosa emocija, ona podrazumijeva preuzimanje cjelokupnog pacijentovog pogleda na stvari [18].

2.1. Razlika između empatije, simpatije i saosjećanja

Vrlo često se termini empatija i simpatija smatraju sinonimima, stoga neki misle da empatija u širem smislu svog značenja podrazumijeva simpatiju, no to ipak nije tačno. Prema Wispeu simpatija znači „uz patnju, žaljenje ili sklonost“. Simpatija je „emocionalni odgovor koji proizlazi iz emocionalnog stanja ili uslova druge osobe koji nije identičan emocijama drugog, nego sadrži osjećanja žaljenja ili brige za drugog“ [8].

Pod simpatijom se podrazumijeva osjećaj za negativne emocije, boli ili patnje te reagovanje na njih, za razliku od empatije kod koje se svjesno pokušavaju razumjeti i pozitivna i negativna iskustva i osjećanja druge osobe. Wispe naglašava kognitivni aspekt empatije koji nije vidljiv u simpatiji. Dakle, kognitivna komponenta empatije ono je što je razlikuje od simpatije.

Simpatija podrazumijeva dijeljenje tuđe boli, tuđeg afektivnog doživljaja, dok je empatija usmjerena na razumijevanje druge osobe, a ne na afektivno povezivanje kao što je slučaj s simpatijom. Kod simpatije je svijest o sebi reducirana, a kod empatije naglašena, bez gubitka vlastitog identiteta. U simpatiji osoba zamišlja kako bi se ona osjećala u određenoj situaciji, za razliku od empatije gdje se pokušava zamisliti kako se druga osoba osjeća, odnosno fokus se premješta sa sebe na drugu osobu [21].

Milivojević je dao jednostavan primjer za razlikovanje simpatije od empatije – „teško je zamisliti da forenzički psihijatar ima simpatije prema kriminalcu koga ispituje, ali mu je zato neophodna empatija da bi razumio šta je on osjećao za vrijeme izvršenja zločina“.

Saosjećanje je drugi termin koji se može zamijeniti s empatijom. Saosjećanjem se iskazuje brižnost prema osobi u određenoj nevolji u širem smislu. Razlika je u tome što se pod pojmom saosjećanja podrazumijevaju samo negativne emocije (tuga, patnja, bol) koju osjeća osoba s kojom se saosjeća. Takođe, u saosjećanju nema prostora za uzajamnost, a ponekad može uključivati i paternalistički stav i osjećaj superiornosti što nije u skladu s empatijom [31].

Naizmjenično korištenje ovih pojmova u praksi, dovodi do još veće zbrke u njihovom razumijevanju. Problem je vjerovatno i u razlikovanju pojmova „simpatija“ i „saosjećanje“ koji su po svojim definicijama još teže raspoznatljivi jedan od drugog pa bi bilo korisno kada bi se ti pojmovi još više i jasnije razgraničili.

2.2. Kognitivna i afektivna empatija

Danas se većina autora slaže s mišljenjem da se empatija sastoji od dvije komponente:

a) kognitivne empatije – razumijevanja tuđeg stanja i

b) afektivne ili emocionalne empatije – zajedničkog emocionalnog odgovora [23]. Kognitivna empatija uključuje „razumijevanje, poznavanje stanja svijesti i uslova druge osobe ili svijest o tome kako nešto što se događa drugoj osobi može djelovati na nju“, odnosno, ona podrazumijeva „preuzimanje uloge ili pogleda druge osobe tj. viđenje svijeta onako kako ga vidi druga osoba“. S druge strane, kada se govori o afektivnoj empatiji misli se na „odgovaranje sličnim ili istim osjećajima u odnosu na emocije druge osobe“ [9]. Osim ove dvije komponente, neki autori dodaju i treću, bihevioralnu komponentu empatije koja podrazumijeva ponašanje kojim se drugoj osobi pokazuje empatičko razumijevanje [23].

Afektivna empatija je filogenetski starija jer potiče od limbičkog sistema za razliku od kognitivne empatije koja se povezuje s neokortikalnim područjima mozga [3]. Osobi se ne može narediti da bude empatična, a najlakše je biti empatičan prema sebi sličnim i bliskim ljudima. Zbog toga je nužna kognitivna empatija – da bi mogli biti empatični onda kada okolnosti to nalažu prema svim ljudima, ne samo prema sebi bliskim i sličnim osobama. Razlika između te dvije vrste empatije je prihvaćena u praksi i potkrijepljena dokazima iz neuronauka [29].

Iako je opšteprihvaćeno da se empatija dijeli na afektivnu i kognitivnu, neki autori su mišljenja da se i one dijele na više nivoa. Tisseron je empatiju podijelio kao piramidu s tri nivoa. Prvi nivo je direktna ili unilateralna empatija koja uključuje promjenu perspektive pogleda pojedinca, a sastoji se od dvije komponente – razumijevanje tuđeg viđenja što bi bila kognitivna empatija i razumijevanje tuđeg osjećanja što bi bila afektivna ili emocionalna empatija. Kako su temelji direktne empatije neurofiziološki ona je prisutna kod svih mentalno zdravih ljudi. Drugi nivo je uzajamna empatija koja prema Tisseronu podrazumijeva ponašanje prema drugoj osobi na način na koji se osoba odnosi prema samoj sebi. Temelj uzajamne empatije leži u etici, a na tom nivou se gradi uzajamni kvalitetni emocionalni odnos. Treći je nivo intersubjektivnost koja podrazumijeva otkrivanje dosad skrivenih aspekata ličnosti osobe kako bi se postiglo odobravanje tih aspekata ličnosti (prema Milivojević 2015.). Kako se povećava nivo empatije, tako se povećava i kvalitet odnosa, no obrnuto proporcionalno smanjuje se broj ljudi s kojima se može ostvariti takav odnos. Bitno je spomenuti dva važna pojma koja se vežu uz empatiju: emocionalna zaraza koja je ključna u razvoju afektivne empatije i teorija uma koja je važna za kognitivnu empatiju. Takva je reakcija vidljiva kod novorođenčadi. Ako jedno dijete zaplače, počće plakati i sva ostala djeca u sobi. Teorija uma je svjesnost da drugi ljudi imaju svoja vlastita vjerovanja, motivaciju, znanja, raspoloženje i razumijevanje kako sve to utiče na njihovo ponašanje, a njom se tvrdi da do razumijevanja tuđeg mentalnog stanja dolazi zbog niza generalizacija na temelju prethodno opaženih ponašanja i iskustava. Ona je ključna za socijalni razvoj i oblikovanje socijalnih vještina pa se iz toga može razumjeti njena povezanost s empatijom. Novija istraživanja prikazuju empatiju kao multidimenzionalni konstrukciju koja se može raščlaniti na tri neurokognitivne komponente: emocionalno dijeljenje (emotional sharing), zauzimanje perspektive (perspective taking) i empatijsku zabrinutost (empathic concern). Emocionalno dijeljenje dio je afektivne empatije [12].

2.3. Razvoj empatije

Aronfreed smatra da se empatija uči u djetinjstvu po principima uslovljavanja te da je empatičko uslovljavanje u osnovi socijalizacije altruizma. Hoffmanova teorija objašnjava razvojne promjene u doživljaju osjećanja i kognicije te njihovu vezu s prosocijalnim ponašanjem. On povezuje afektivnu empatiju s uzbuđenjem i motivacionim svojstvima te emocije, a kognitivnu empatiju s oblikovanjem i transformacijom afektivnog iskustva. Doživljaj empatije, prema Hoffmanu, karakteriše „empatička nevolja“ – emocionalna reakcija prikladnija nečijoj drugoj situaciji nego vlastitoj. „Iz Piagetovih pionirskih istraživanja vizuelne percepcije proizašlo je mišljenje da djeca već s dvije ili tri godine posjeduju rudimentarnu sposobnost zamišljanja tuđih perspektiva“ [6]. Greenspan tvrdi kako se empatija uči ponajprije od roditelja, a kasnije i od šire zajednice. Osjećanje djeteta da je sigurno, zaštićeno, obavijeno ljubavlju i pažnjom od strane roditelja važno je zbog izgradnje njegove empatije. Dijete osjeća roditeljsku empatiju te će zavisno o količini empatije koju primi i ono samo razviti empatiju [13].

Ranim prekursorom empatije, koji je vidljiv već kod novorođenčadi, može se smatrati emocionalna zaraza koja je ukratko opisana u prošlom poglavlju. To reflektivno plakanje novorođenčadi na plač druge djece podupire ideju biološke predispozicije za interes i odgovaranje na tuđe negativne emocije. Kasnije se na tuđe negativno emocionalno iskustvo kod djeteta javljaju negativni osjećaji što se smatra prekursorom empatijske zabrinutosti. Tokom druge godine života povećava se kvaliteta prosocijalnog ponašanja pa dvogodišnjaci pokazuju sposobnost šireg pomažućeg ponašanja poput utjehe i savjeta. Trogodišnjaci pokazuju još veću sposobnost za ponašanja povezana s empatijom uključujući verbalnu i facijalnu ekspresiju zabrinutosti za drugu osobu. Što se tiče afektivne i kognitivne empatije, pokazivanje afektivne empatije moglo bi se iščitati iz prethodnih rečenica opisa dječjeg ponašanja na emocionalna stanja drugih ljudi. Promjene u kognitivnoj empatiji počinju se vidjeti tek kod predškolskog i školskog djeteta kada je zbog govornog razvoja moguće i mjeriti kognitivnu empatiju.

Razvoj kognitivne empatije povezuje se s razvojem teorije uma gdje se vidi sposobnost djeteta da percipira situaciju iz tuđe perspektive [17].

Prema Raboteg-Šarić razvoj empatije odgovara razvojnim stadijima kognicije:

- Globalna empatija je karakteristična za djecu u prvoj godini života. Zbog nesposobnosti razlikovanja sebe od drugih ljudi kao odvojenih fizičkih entiteta, djeca često smatraju da ono što se događa drugima događa se i njima samima.
- Nakon prve godine života javlja se egocentrična empatija prema kojoj dijete doživljava empatiju znajući pritom da je u nevolji druga osoba, a ne ono samo. Još uvijek ne razlikuju dobro vlastita unutrašnja stanja od stanja drugih ljudi.
- Između druge i treće godine života javlja se empatija za osjećanja drugih pa dijete odgovara na njih. Dijete ima sposobnost doživljaja sažaljenja ili „globalne simpatije“, ali još uvijek ne osjeća vlastitu uznemirenost kao odgovor na nevolju druge osobe.
- U kasnom djetinjstvu javlja se empatija za nečije životne uslove. Dijete je svjesno da doživljavanje zadovoljstva i neugode ne zavisi samo o neposrednim situacijama već i o širim životnim okolnostima. Javljaju se i mentalne predosjećanja opšteg stanja drugih ljudi.

Napredak u razvoju empatije od ranog do srednjeg djetinjstva je vrlo veliki i postavlja se pitanje je li on postojan i u kasnijem životu osobe. Eisenberg u svojoj su longitudinalnoj studiji, mjereći prosocijalno ponašanje, empatijsku zabrinutost i zauzimanje perspektive na ispitanicima od 4 do 20 godina starosti, dokazali postojanje veze između prosocijalnog ponašanja u ranom djetinjstvu i tendenciju kasnijeg prosocijalnog ponašanja te posredovanja empatijske zabrinutosti i zauzimanja perspektive u toj vezi. Stoga, zaključuju da bi empatiju mogli shvatiti kao odliku u prosocijalnoj ličnosti koja se razvija u djetinjstvu i motiviše mlađe odrasle osobe na ponašanje gdje će oni pomagati drugima. No, da bi se utvrdilo postoje li stabilne individualne razlike u empatiji od ranog djetinjstva pa do mlađe odrasle dobi, potrebno je provesti još longitudinalnih istraživanja.

Koji faktori doprinose razvoju empatije u djetinjstvu?

- Istraživanja na monozigotnim i dizigotnim blizancima pokazuju uticaj genetike i okoline na razvoj empatije. Pronađena je veća povezanost u empatijskom ponašanju između monozigotnih naspram dizigotnih blizanaca. Davis, pokazali su da emocionalna empatija ima značajne indekse hereditabilnosti, dok zauzimanje perspektive nema.
- Sledeći su neurorazvojni faktori. Pronalaskom oglednih neurona u makaki majmuna, postoje određeni, premda još uvijek nesigurni, dokazi o postojanju sličnog sistema neurona kod čovjeka.
- Povezano s genetikom, kao jedan od faktora koji utiče na razvoj empatije je temperament. Pokazalo se da školska djeca koja su u dojenačkoj dobi bila plašljiva pokazuju veću empatijsku zabrinutost prema izvještajima roditelja; slično je i s sramežljivom i djecom s niskim nivoima aktivnosti u predškolskoj dobi koje su roditelji identifikovali empatičnijima.
- Smatra se da je i imitacija facijalne ekspresije važna u razvoju empatije. Pojedinci s većom empatijom pokazuju više facijalne mimike.
- Takođe, usklađenost majka-dijete u prvoj godini života pokazala se direktno povezanom s većim nivoima empatije u kasnijem djetinjstvu i adolescenciji. Majčinska toplina kao i način na koji roditelji djetetu govore o emocijama imaju pozitivan utjecaj na razvoj empatije.
- Kvalitet odnosa roditelj-dijete takođe je faktor za razvoj empatije. Neka istraživanja pokazuju da sigurna privrženost djeteta unaprjeđuje empatiju za razliku od nesigurne privrženosti.

2.3.1. Razlika u nivoima empatije zavisno od pola

Žene posjeduju veći nivo empatije i to pokazuju brojna istraživanja, a vrlo vjerojatno je to povezano s evolucijom zbog potrebe da žene budu osjetljivije na potrebe svojih potomaka [31]. Istraživanje koje je proveo Jukić na studentima zdravstvenih studija pokazuje da žene imaju bolju sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija te rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku u empatiji u korist žena. Drugo istraživanje potvrđuje veću empatiju kod žena kao i veću empatiju kod studenata medicine i zdravstvenih studija naspram studenata ekonomije [22].

2.4. Neuronaučni dokazi empatije

Neuronaučni dokazi koji potkrepljuju neurološke ishode empatije još su na početku, potrebna su dodatna istraživanja da bi se razjasnili u potpunosti. Teorija o zajedničkim mrežama u mozgu kao što su sistem oglednih neurona, matriks boli (eng. pain matrix) i regije u mozgu povezane s emocijama, direktno ili indirektno se povezuju s empatijom. Baron- Cohen (2011.) smatra da postoje neurološki empatijski krugovi koji se sastoje od desetak međusobno povezanih područja mozga. Prvo područje je medijalni prefrontalni korteks koji je središnji za obradu informacija i važan za upoređivanje vlastite perspektive s tuđom. On se dijeli na dorzalni dio koji je uključen u razmišljanja o vlastitim i tuđim osjećanjima i ventralni dio koji se povezuje sa samosvijesti. Ventralni dio se preklapa s orbito-frontalnim korteksom koji je povezan sa socijalnim prosuđivanjem i procjenom boli. Pored tog područja je frontalni operkulum za jezično izražavanje, a ispod se nalazi inferiorni frontalni girus vezan uz prepoznavanje emocija. Dublje je kaudalni anteriorni cingularni korteks koji se aktivira prilikom doživljavanja i percepcije boli kod drugih.

Ovi su dijelovi važni za prepoznavanje i doživljavanje emocija, a temporo-parijetalni spoj na desnoj strani mozga ima ulogu u prosuđivanju namjera i vjerovanju drugima pa se smatra važnim za kognitivnu empatiju. Posteriorni superiorni temporalni sulkus uključen je u empatijski neuralni krug jer su istraživanja na životinjama pokazala da je uključen u praćenje tuđeg pogleda, a somatosenzorni korteks je povezan s doživljajem i percepcijom dodira. Amigdala je struktura uključena u emocionalno učenje i regulaciju.

Ogledni neuroni su neuroni u motornim regijama mozga koji su aktivni prilikom izvođenja neke radnje kao i prilikom gledanja nekog drugog kako izvodi tu radnju. Prvi su put otkriveni kod makaki majmuna 1990. godine kada su naučnici otkrili da se isti neuron aktivira kod majmuna ne samo kad on izvodi neku radnju nego i kad posmatra drugog da izvodi sličnu radnju. Slično kao kod oglednih neurona, matriks boli se aktivira kada netko osjeća bol, ali i onda kada gleda drugu osobu koju boli. S druge strane, neki na to ne gledaju kao povezanost s empatijom, već evolucijski ostatak za pripremu motornog odgovora kako bi se odbranili od iste prijetnje .

Mentalne mreže (eng. mentalizing network) se povezuju s teorijom uma – kognitivnim procesom uključenim u razumijevanje namjera, želja ili vjerovanja drugih ljudi. Mentalna mreža uključuje regije mozga koje se aktiviraju kada osoba misli o mentalnom stanju druge osobe. Regije mozga koje se povezuju s doživljavanjem emocija (hipotalamus, hipokampus, amigdala, insula, cingula te ventralni i medijalni dijelovi prefrontalne kore) smatraju se bitnima za afektivnu empatiju. Neki smatraju da djelovanje neuropeptida poput oksitocina i vazopresina modulira nivo empatije u pozitivnom ili negativnom smjeru [3].

2.5. Psihološka njega u sestrinstvu

Psihološke potrebe se odnose na ljudske potrebe povezane s emocionalnim, kognitivnim i bihevioralnim funkcionisanjem, odnosno podrazumijevaju osjećanja, misli i ponašanje čovjeka [21]. Kod tjelesne bolesti pacijenta, često se aktiviraju negativne emocije, misli i ponašanja koja za posljedicu imaju negativan uticaj na oporavak pacijenta. Isto je i u obrnutom smjeru, kad psihološko stanje osobe može utjecati na nastanak i ishod tjelesne bolesti [21]. Iz ove činjenice je vidljiva potreba zadovoljavanja psiholoških potreba pacijenta kako bi se postigao što brži i bolji oporavak, odnosno kako bi se prevenirale psihološke teškoće koje bi mogle dovesti do bolesti, usporiti oporavak ili pak oporavak preusmjeriti u neželjenom smjeru.

Individualne reakcije pacijenta na bolest zavise o mnogim faktorima poput: prethodnih iskustava s bolešću i zdravstvenom njegom, percepcije stepena kontrole nad bolešću, tolerancije na stres, nivo percipirane ili stvarne emocionalne i socijalne podrške, ponašanja zdravstvenih radnika prema pacijentu, fizičke okoline koja može dovesti do senzorne deprivacije i mnogih drugih faktora [21]. Ramirez i House, su pokazali da 12% ljudi u medicinskim ambulantomama imaju psihološke temelje za svoje probleme, a najčešće bolesti praćene psihološkim problemima su dijabetes, karcinom i srčane bolesti [21].

Psihološka njega uvijek je nekako sekundarna i doživljava se kao manje bitna pa u bolnicama često ostaje utisak da je izvođenje fizičkih zadataka važnije od psihološke podrške pacijentu [21]. Nichols, je opisao istraživanje u kojem je manje od 10% pacijenata nakon operacije srca imalo psihološku njegu tokom liječenja. Istraživanja pokazuju kako medicinske sestre zapravo malo znaju o psihološkim potrebama pacijenata. Na primjer, Johnson (1982.) je pokazao da medicinske sestre u praksi ne mogu odrediti specifične brige svojih pacijenata, Farrell (1991.) je pronašao nesrazmjer između viđenja individualnih potreba od strane pacijenata i od strane medicinskih sestara, Mitchell kaže da su medicinske sestre loše u procjenjivanju prisutnosti anksioznosti kod svojih pacijenata, Harrison je potvrdio da kliničari ili ne uspijevaju prepoznati emocionalne potrebe pacijenata ili ih ne znaju adekvatno zadovoljiti [21].

Problem neprepoznavanja, nezadovoljavanja ili neadekvatnog zadovoljavanja pacijentovih psiholoških potreba ne bi smio postojati. U raznim definicijama zdravstvene njege uvijek se uz fizičke, spominje i zadovoljavanje psiholoških potreba pacijenta, dakle, jasno je kako je psihološka njega jedan od aspekata zdravstvene njege pacijenta. Moguće da je problem u organizovanim strukturama tj. nedovoljnom broju medicinskih sestara naspram broja pacijenata gdje je onda u prvom planu zadovoljavanje fizičkih potreba. Osim toga, problem se može posmatrati i iz perspektive profesionalizacije sestrinstva, tačnije, dugotrajne marginalizacije sestrinstva kao autonomne profesije gdje se na sestrinstvo gleda kao na pomagačku profesiju, ali ne u smislu isključivog pomaganja pacijentima, već i izvršavanja medicinskih „naredbi“ koje su uglavnom fokusirane na fizičke potrebe i zadatke. Kroz takav dugotrajan sistem profesionalnog funkcioniranja, medicinske sestre su prisvojile stav o važnosti fizičkih potreba, dok se istovremeno smanjivao osjećaj za psihološke potrebe. Takođe, za provođenje psihološke njege potrebna je adekvatna edukacija kao i određene osobine i kvalitet medicinske sestre poput posjedovanja emocionalne inteligencije, empatije i vještine komunikacije koje nisu uvijek kod svih u potpunosti razvijene ili prisutne.

Nichols (1993., 2003.), navodi probleme koji mogu nastati kao posljedica nezadovoljenja psiholoških potreba pacijenta. Spominje „zanemarivanje“ i „psihološku štetu“ koje nastaju u slučaju nedostatka psihološke potpore. U njih spadaju: „odgođeni ili produženi oporavak od bolesti, povećane stope smrtnosti, smanjeno praćenje medicinskih savjeta i uputa, razvoj ozbiljnih problema mentalnog zdravlja“. Priest (2001., 2002.), je u svom istraživanju dokazala da pacijenti koji ne dobiju adekvatnu psihološku njegu doživljavaju nesigurnost, gubitak kontrole i anksioznost, stoga Bor i sur. (2009.), (prema Priest 2014.) zaključuju da ignorisanje psihološke njege nije dopustivo u modernom dobu sestrinstva. Nichols (2003.), je naveo tri nivoa psihološke njege i njihove komponente [21].

Prvi nivo je svjesnost koja obuhvata svjesnost o postojanju psiholoških problema, slušanje i komunikaciju s pacijentom, svjesnost o pacijentovom psihološkom stanju te primjereno djelovanje. Drugi nivo je intervencija koja podrazumijeva praćenje i bilježenje pacijentovog stanja, edukaciju, emocionalnu njegu, savjetovanje, podršku; a treći nivo je psihološka terapija. Prvi i drugi nivo mogu provoditi medicinske sestre uz posjedovanje većeg iskustva i pohađanja određenih edukacija. Treći stepen je specijalizirana i provodi je psihoterapeut, psihijatar ili psiholog (Priest 2014.). Ersser (1990.), (prema Priest 2014.) je zaključio da izgled, stavovi i držanje medicinske sestre mogu biti terapijski jer imaju uticaj na dobrobit pacijenta. Za adekvatno pružanje psihološke njege mora biti zadovoljena adekvatna, podržavajuća okolina. Ako se u radnoj okolini na psihološku njegu gleda kao na manje važan aspekt brige za pacijenta, tada okolina može loše reagovati na medicinsku sestru koja se odluči pozabaviti psihološkim problemima pacijenta [21].

Edukacija o psihološkoj njezi može pomoći u njenoj stvarnoj primjeni u svakodnevnoj praksi. Godinu dana nakon što su medicinske sestre pohađale radionice o psihološkoj njezi, neke od njih su vidjele pomak nabolje u pružanju iste, a osim toga i same su se osjećale zadovoljnije svojim radom [21]. Psihološka njega u sestrinskoj praksi vidljiva je i u najmanjim detaljima koji se nekim medicinskim sestrama mogu činiti nebitnima, poput objašnjavanja medicinske sestre pacijentu zašto kasni, stavljanje zvona za poziv na dohvat ruke pacijentu i slično [21]. Način na koji bi se moglo više napraviti u pogledu psihološke njege za pacijenta je zapošljavanje edukovanih i zainteresovanih medicinskih sestara koje bi brinule isključivo o psihološkim potrebama pacijenata [21].

2.5.1. Empatija kao dio psihološke njege u sestrinstvu

U zdravstvenoj zaštiti pacijenta trebala bi dominirati kognitivna empatija koja uključuje razumijevanje iskustva pacijenta, njegovu zabrinutost i perspektivu, ali i adekvatno, empatičko komuniciranje su empatičnu njegu definisali kao ponašanje koje podržava pacijentovo jačanje socijalnih i emocionalnih sposobnosti te odgovaranje na pacijentove emocionalne potrebe. Rogers i sur. (2000.), smatraju empatiju vrlo važnom u pomagačkim profesijama i dijele je na dvije komponente – sposobnost percepcije tuđih osjećaja i davanje smisla toj percepciji. Kunyk i Olson (2000.), smatraju da se empatija može konceptualizirati na pet načina: kao ljudska osobina, kao profesionalno stanje, kao komunikacijski proces, kao njegovanje i kao poseban odnos [21].

Empatija se može iskazivati na razne načine – pomoću verbalnog i neverbalnog izražavanja. Komuniciranje s razumijevanjem u radu s pacijentima je obvezno i zahtijeva empatiju što potvrđuju i Veloski i Hojat (2006.) koji drže da je za dobru profesionalnu komunikaciju jedan od najvažnijih elemenata empatija zdravstvenih radnika. Kod verbalnog izražavanja empatije važno je parafraziranje pacijentovih riječi kako bi se vidjelo je li medicinska sestra razumjela pacijenta i kako bi pacijent vidio da ga ona sluša. Druga bitna tehnika je reflektovanje onoga što je medicinska sestra vidi i osjeti kod pacijenta (Priest 2014.). Neverbalno iskazivanje empatije važno je kao i verbalno. Empatične izjave moraju biti praćene neverbalnim znakovima koji podržavaju te izjave, odnosno znakovima kojima se iskazuje toplina i briga te pokazuje zanimanje za osobu.

U nekim istraživanjima provođenje sestrinske skrbi s empatijom, povezuje se s povećanom zdravstvenom njegom. Takođe, mnoštvo literature govori u prilog empatiji kao konstrukt koji ima veliki uticaj na željeni ishod njege kod pacijenta. Osim toga, empatija je važna za aktivno slušanje pacijentovih briga, posmatranje pacijentovog fizičkog i psihičkog ponašanja kako bi se otkrio njegov ugao viđenja, za preispitivanje vlastitih stereotipa, neosuđivanje, zamišljanje pacijentove situacije i postavljanje pitanja o stvarima koje nisu jasne (Arnold & Underman Boggs 2003.) je opisao pet nivoa empatije [21].

Na prvom nivou empatije nisu prepoznate emocije ni sadržaj, na drugom nivou je prisutna je lagana refleksija o osjećanjima ili sadržaju, na trećem nivou su osjećanja i sadržaj jasno reflektovani, na četvrtom i petom nivou osjećaji i/ili sadržaj su prepoznati i prije nego što je osoba o njima govorila ili ih postala svjesna. U svom istraživanju Reynolds i Scott [21]. pokazali su da medicinske sestre ne pokazuju dovoljno empatije pa većinu vremena djeluju na prvom i drugom nivou empatije. U svakodnevnoj praksi najpoželjniji je treći nivo; prvi i drugi nisu dostatno, a četvrti i peti nisu poželjne jer mogu dovesti do stvaranja neutemeljenih pretpostavki o stanju pacijenta (Priest 2014.). Važno je spomenuti kako se pokazalo da je izvor empatične medicinske njege u intrinzičnoj motivaciji (Jochimsen 2003., England i sur. 2012.). Dakle, medicinska sestra koja provodi empatijsku brigu ne čini to zbog plate, napredovanja u poslu ili drugih ekstrinzičnih motiva, već zbog osjećaja zadovoljstva koji dobija unaprjeđenjem pacijentove dobrobiti [14].

2.6. Važnost empatije za pacijenta

Na empatiju ne treba gledati kao na dodatak već kao na temelj odnosa s pacijentom jer se bez empatije ne mogu razumjeti u cijelini pacijentove potrebe i problemi (Dragoš & Rihter 2017.). Empatija može pomoći u prikupljanju kvalitetnih podataka od pacijenta i na taj način u velikoj mjeri smanjiti nesporazume. U situaciji kada je pacijent izgubljen i obeshrabren, a medicinska sestra ga, ne prepoznajući to stanje, ispituje o njegovom dosadašnjem načinu života, to može rezultirati nemogućnošću pacijenta da se prisjeti potrebnih podataka, nesvjesnim davanjem netačnih podataka, selektivnim slušanjem i slično, a sve to, prije ili poslije, može dovesti do nesporazuma ili neželjenih posljedica. Reynolds i Scott (2000.) smatraju empatiju u sestriinstvu bitnom zato što omogućuje medicinskim sestrama stvaranje odnosa povjerenja s pacijentom, pomaže im da razumiju pacijentove reakcije na bolest te omogućuje stvaranje pozitivnih ishoda sestriinske njege poput smanjenja anksioznosti [21].

Empatična medicinska sestra koja prepoznaje pacijentove potrebe, koja na te potrebe odgovara na vrijeme i na pravi način, koja unaprijed može predvidjeti pacijentove reakcije, koja uvažava pacijentove probleme i želje povezane sa medicinskom njegom, lakše će zadobiti pacijentovo povjerenje koje je neophodno za provođenje kvalitetne sestriinske njege i doprinosi pozitivnom krajnjem ishodu. Lučanin i Despot Lučanin smatraju da empatija u radu s pacijentima doprinosi njihovom većem samopoštovanju, smanjenju negativnih osjećanja, doprinosi osjećaju olakšanja i slobode, prihvaćanju zdravstvenog stanja, lakšem dobijanju potrebnih informacija od pacijenta te se povećava vjerojatnost da će pacijent slijediti zdravstvene upute i savjete.

Sve su ove stavke vrlo bitne za pacijenta jer dovode do lakšeg podnošenja bolesti, lakšeg nošenja s promijenjenom socijalnom ulogom (od uloge čovjeka koji zarađuje i brige za porodicu do „bespomoćnog“ bolesnika), lakšeg podnošenja odvojenosti od porodice i poznate okoline te na kraju veće vjerojatnosti da neće sestriinske i savjete doktora i upute olako shvatiti i ne provoditi ih ili ih samo djelimično provoditi. Iznimno je važno da medicinske sestre posjeduju empatiju. Prepoznavanje pacijentovih osjećanja i njihovo razumijevanje bez osuđivanja vodi ka sigurnoj izgradnji odnosa povjerenja s pacijentom što je od velike važnosti u sestriinskoj njezi i preduslov je za ostvarivanje terapijskog odnosa.

2.7. Terapeutski odnos

Terapeutski odnos se gradi u različitim profesijama koje su fokusirane na rad s ljudima (Jones 2013.) pa tako i u sestinstvu koje je orijentisano prema brizi za čovjeka u fizičkom i psihičkom smislu. Bez obzira na različite profesije u kojima se sprovodi, zajedničko obilježje svakog terapijskog odnosa je postojanje svrhe i cilja te veliki uticaj na ishod njege/terapije za pacijenta [16].

Terapeutski odnos se uopšteno može definisati kao saradnička i učinkovita veza između terapeuta i klijenta, a za razliku od svakodnevnog, socijalnog odnosa, karakteriše ga postojanje svrhe i te orijentiranost prema klijentu. Zdravstveni profesionalci kao česti inicijatori terapijskog odnosa, kroz njega pokazuju razumijevanje za pacijente osnažujući ih i podupirući ih da prepoznaju svoje vlastite potrebe. Budući da postoje dosledni i jaki dokazi o značajnosti terapijskog odnosa na pozitivne ishode njege terapijski odnos bi trebao biti dio sestrijske medicinske brige za pacijenta.

2.7.1. Razlika između terapijskog i društvenog odnosa

U terapijskom odnosu terapeut – medicinska sestra je odgovorna za upravljanje odnosom, dok su u običnom odnosu te uloge jednako podijeljene. Terapeutski odnos ima specifičnu svrhu i cilj povezan sa zdravljem i prestaje nakon što je određeni cilj postignut, za razliku od društvenog odnosa koji ima neograničeno trajanje. U terapijskom odnosu fokus je na pacijenta i odnos započinje zbog potrebe pacijenta, a ne spontano, zbog obostranog interesa kao u običnom odnosu. Učesnici se u terapijskom odnosu ne mogu birati – ni medicinska sestra ni pacijent se ne mogu izabrati.

Dok u terapijskom odnosu koji se odvija u sklopu cjelokupne sestrijske njege, postoji profesionalni kodeks ponašanja, u svakodnevnom odnosu između ljudi toga nema. Otvorenost i spontanost u iskazivanju emocija i neverbalnoj komunikaciji su dobrodošli u društvenom odnosu, no u terapijskom odnosu se mora paziti na neprimjereno približavanje pacijentu u širem smislu te je potrebna kontrola nad emocijama kao i komunikacijom – verbalnom i neverbalnom. Takođe, jednakost učesnika u normalnom razgovoru se podrazumijeva, dok je u terapijskom odnosu ona nemoguća jer je medicinska sestra u ulozi stručnjaka, a pacijent u ulozi onog ko zahtijeva pomoć. U svakodnevnom društvenom odnosu postoji potencijal za razvoj prijateljstva, a u terapijskom odnosu moraju postojati granice kako bi se to preveniralo [18].

2.8. Terapeutski odnos u sestinstvu

Utjecajem humanističke filozofije 60-tih godina prošlog vijeka, teorije sestinstva počinju sagledavati odnos medicinska sestra-pacijent temeljnim u sestirskoj njezi i katalizatorom profesionalizacije sestinstva. Terapeutski odnos podcrtan je u literaturi kao ključni atribut u sestirskoj praksi te se smatra ključnim u zdravstvenoj zaštiti. Nursing and Midwifery Council zaključuje da je „terapeutski odnos medicinska sestra-pacijent esencijalna komponenta efektivne sestirske skrbi i mora biti osnovan na povjerenju i poštovanju“. Prva je o terapijskom odnosu u zdravstvenoj njezi počela govoriti Hildegard Peplau. Osim od Peplau, sestinstvo je integriralo koncepte i principe vezane uz razvoj interpersonalnih vještina od drugih autora, počevši od Sigmunda Freuda od kojeg su „preuzete“ terapijska vrijednost razgovora o bolnim iskustvima, transfer i kontratransfer te odbrambeni mehanizmi ega. Zahvaljujući Carlu Jungu spoznao se uticaj kulture na ponašanje i uloge polova, a Maslow i njegova Teorija potreba služe kao baza za određivanje prioriteta ljudi. Slično kao i Peplau, Joyce Travelbee je predstavila model „jedan za jedan“ te zdravstvenu njegu definisala kao interpersonalni proces.

Terapeutski odnos medicinska sestra-pacijent se može definisati kao sposobnost medicinske sestre da svjesno koristi vlastitu ličnost kako bi se približila pacijentu. To zahtjeva samosvijest te poznavanje filozofije života, smrti i cjelokupnog ljudskog postojanja. Neki terapijski odnos definišu kao „odnos u kojem se pacijent osjeća ugodno te može biti otvoren i iskren prema medicinskoj sestri“, a povezan je s razvojem produktivnog odnosa i pozitivnim ishodom njege. Primarni cilj terapijskog odnosa je unaprjeđenje dobrobiti pacijenta te postizanje pacijentovog ličnog rasta.

Terapeutski odnos podrazumijeva prihvaćanje i razumijevanje pacijenta, podsticanje pacijenta na otvorenost i razgovor, posvećivanje vremena pacijentu, posmatranje, upotrebu tišine, fokusiranje, analiziranje problema, transparentnost, suočavanje s realnošću, izražavanje osjećanja. Odnos koji nije terapijski obilježen je nepovjerenjem, povlačenjem, lažnim slaganjem, znatizeljom, pokazivanjem nepoštovanja, pristranim idejama, poricanjem ili bavljenjem irelevantnim pitanjima. Važan koncept koji se spominje u terapijskom odnosu medicinska sestra-pacijent je koji podrazumijeva operacionalizaciju ličnih karakteristika tako da one utiču na pacijenta na način da postanu potencijalno značajne. Ili korištenje samog sebe je razumijevanje samog sebe i pacijenta s kojim se gradi terapijski odnos.

2.8.1. Teorija interpersonalnih odnosa Hildegard Peplau

Hildegard Peplau prva je teoretičarka sestinstva koja je opisala odnos medicinska sestra-pacijent u sestirskoj medicinskoj njezi. Dotadašnji sestirski model fokusiran na medicinske tretmane, preobratala je na interpersonalni model sestirske prakse. Definisala je sestirsku njegu kao terapijski i učinkoviti proces koji saraduje s ostalim procesima u ljudskom organizmu kako bi se održalo zdravlje. Na bolest je gledala kao na priliku za učenje, lični rast i poboljšanje strategija za suočavanje sa životnim teškoćama. Opisala je četiri faze odnosa medicinska sestra-pacijent. Isticala je različite uloge koje medicinske sestre prolaze radi napredovanja terapijskog odnosa.

Uloge koje spominje su: stranac (na početku odnosa kada se medicinska sestra i pacijent tek upoznaju); osoba koja je izvor informacija, učitelj (davanje uputa i informacija pacijentu); vođa (vodi pacijenta prema zadanom cilju); surogat (medicinska sestra može biti zamjena za neke ljude iz pacijentovog života ili npr. advokat u zastupanju pacijenta pri odabiru postupka liječenja); savjetovatelj (raspravlja s pacijentom i pomaže mu u suočavanju s osjećajima nastalih tokom bolesti) [21]. Peplau (1952.) smatra kako je sestinstvu u suštini bazirano na interpersonalnom odnosu u kojem se medicinska sestra i pacijent zajedno razvijaju i uče. Međutim, drugi autori naglašavaju kako je u praksi zbog pacijentove vulnerabilnosti i zavisnosti o medicinskoj sestri teško govoriti o jednakosti između medicinske sestre i pacijenta u terapijskom odnosu (prema Dowling 2006.). Svoju teoriju razvila na temelju rada Harryja Stacka Sullivana, američkog psihijatra (Arnold & Underman Boggs 2003.).

2.8.2. Komunikacija – temelj terapijskog odnosa

Pojednostavljeno, komunikacija je prenošenje informacija između dvije ili više osoba, a dijeli se na verbalnu i neverbalnu. U svakodnevnom životu komunikacija je stalna, neizbježna je u interakciji dvoje ljudi, čak i onda kada obje osobe ćute. Za razliku od komunikacije u svakodnevnom životu, zdravstveni radnici trebaju imati i usavršavati vještine komunikacije. Medicinske sestre, kroz svoje formalno obrazovanje, uče vještine komunikacije kako bi se znale prilagoditi različitim pacijentima i u različitim situacijama bile profesionalne. Terapijski odnos medicinska sestra-pacijent odvija se upravo kroz komunikaciju, stoga je bitno poznavati različitosti komunikacije s različitim ljudima. Drugačija je komunikacija s ljubaznim nego li s stidljivim pacijentom, ne zahtijevaju isti način komunikacije žena koja je rodila zdravo dijete i žena koja je rodila dijete s teškom malformacijom ili osoba koja ima benigni tumor i osoba s malignim tumorom. Dakle, važno je posjedovati vještinu komunikacije i prilagoditi je svakom pacijentu. Fielding i Llewelyn (1987.) istaknuli su važnost učinkovite komunikacije između medicinske sestre i pacijenta i smatraju je centralnom za kvalitet njege koju pacijent prima ističući da je „komunikacija jedan od najzahtjevnijih i najtežih aspekata sestrijskog posla, a često je izbjegavana ili loše učinjena uprkos tome što je ključna za kvalitet njege“ (prema Sticklely & Freshwater 2006.). Komunikacija u odnosu medicinska sestra-pacijent puno je više od samog prenosa informacija – to je i prenos emocija [3].

Komunikacija s pacijentom prije i za vrijeme sprovođenja fizičkih postupaka smanjuje anksioznost kod pacijenta, povećava sposobnost suočavanja sa stresom i pospješuje pridržavanje uputa (Nichols 1993., Dickson 1999., prema Sticklely & Freshwater 2006.). Chauhan i Long (2000.) ističu važnost vještina komuniciranja u pomagačkim profesijama i naglašavaju kako kroz sestrijsko obrazovanje komunikaciju treba učiti i unaprjeđivati. Uprkos tome što je komunikacija esencijalna u sestrijskoj praksi, nije uvijek na očekivanom nivou i potrebno ju je unaprijediti. U svom istraživanju Mallett i Dougherty (2000.) su pokazali da su od svih aspekata sestrijske njege pacijenti najnezadovoljniji lošom komunikacijom. Keatings i sur. (2002.) su u svoje istraživanje uključili i pacijente i zdravstvene radnike od kojih i jedni i drugi smatraju da je najefikasnija komunikacija i dalje glavni problem unutar zdravstvene zaštite. Stoga, Sticklely & Freshwater (2006.) smatraju da bi trening komunikacijskih vještina trebao, osim kroz formalnu edukaciju na fakultetu, biti dio stalnog profesionalnog razvoja.

2.8.3. Faze terapijskog odnosa u sestričnoj njezi

Peplau opisuje četiri faze terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent, a to su: faza orijentacije, faza identifikacije, radna faza i završna faza (Erci i sur. 2008.). Faza u kojoj pacijent ne učestvuje, a koja prethodi orijentacijskoj fazi zove se preintencijska faza i zahtijeva od medicinske sestre stvaranje povoljne psihičke i fizičke okoline za odvijanje terapijskog procesa (Arnold & Underman Boggs 2003.). U tablici 10.3.1. nalaze se faze s koracima i njihova objašnjenja.

1) Faza orijentacije

Formalno, terapijski odnos započinje u ovoj fazi. Fazu orijentacije obilježava „definisnje problema koje uključuje međusobno upoznavanje medicinske sestre i pacijenta, razgovora s pacijentom kao bi se otkrile potrebe, zatim slijedi definisanje konačnih potreba zajedno s pacijentom i na kraju odgovor medicinske sestre, pronalaženje mogućih potpornih mehanizama i službi“. Prvi utisak koji se ostavi na pacijenta prilikom upoznavanja važan je za daljnji razvoj odnosa. Verbalno izražavanje mora biti jasno i jezgrovito te ostavljati utisak ljubavnosti, a neverbalna komunikacija mora pratiti verbalnu. Upoznavanje je nužno čak i s pacijentima s poremećajima svijesti, afazijom ili pacijentima s psihičkim bolestima. Tokom prve faze poželjna je i spontana komunikacija s pacijentom iz koje će medicinska sestra saznati pacijentove želje, znanja, nivo interese i životne stavove. Podaci koje medicinska sestra prikupi u toj fazi, postaju temelj za sestrične dijagnoze.

2) Faza identifikacije

Ova faza uključuje „pronalaženje mogućih rješenja te njihovo razumijevanje i prihvaćanje“. U fazi identifikacije stvara se dobra interpersonalna komunikacija, pacijent prihvata medicinsku sestru kao partnera te se formulira plan zdravstvene njege [21]. Neki autori stavljaju fazu identifikacije kao dio radne faze, odnosno smatraju da se radna faza sastoji od faze identifikacije i faze eksploatacije.

3) Radna faza / faza iskorištavanja/ eksploatacije

U fazi iskorištavanja „koriste se svi izvori profesionalne pomoći, ističu se sadržaji koji mogu pomoći u zadovoljavanju potreba ili interesa pacijenta, podstiče se pacijenta na samostalno djelovanje i odlučivanje te se pomaže pacijentu da sam dođe do mogućeg rješenja“. U ovoj se fazi rješavaju pacijentovi problemi; kako se otkrivaju sve dublji problemi, a s time i osjećanja, medicinska sestra uz pomoć interpersonalnih vještina pomaže pacijentu u razvoju novih strategija suočavanja s problemima i njihovog rješavanja (Arnold & Underman Boggs 2003).

4) Faza završetka

Posljednja se faza sastoji od „završetka terapijskog odnosa, zadovoljavanja pacijentovih potreba kao rezultat zajedničke saradnje te razvijanje shvaćanja da je međusobni odnos pridonio uzajamnom 'odrastanju' (Kalauz 2012.). Zadnja faza terapijskog odnosa ne smije se podcijeniti niti preskočiti jer je vrlo važna za pacijenta, ali i za medicinsku sestru. Priprema za završnu fazu odnosa počinje već u orijentacijskoj fazi kada medicinska sestra objašnjava pacijentu trajanje i fokus odnosa. Tokom završne faze medicinska sestra i pacijent evaluiraju postignućima iz odnosa i raspravljaju o njima [2].

2.9. Važnost terapijskog odnosa u sestinstvu

Važnost terapijskog odnosa za pacijenta u različitim područjima sestinske njege dokazana je brojnim istraživanjima. Već je i začetnica modernog sestinstva Florence Nightingale, a kasnije i Virginia Henderson, uvidjela prednosti odnosa medicinske sestre s pacijentom. One su smatrale kako interpersonalni, interaktivni i postojan odnos između medicinske sestre i pacijenta pomaže u unaprjeđenju zdravlja prema Mirhaghi, a s tim se u novije vrijeme slažu Arnold & Underman Boggs koje ga smatraju terapijskim odnosom kojem je cilj promicanje pacijentovog zdravlja i blagostanja. Promicanje zdravlja uključuje intersektorsku saradnju u kojoj učestvuju medicinske sestre i to ponajprije kroz zdravstveno prosvjećivanje i odgoj. Kroz terapijski odnos te se mjere lakše sprovode i efektivnije su, naročito kada se radi o individualnom zdravstvenom prosvjećivanju. navode kako je u rehabilitaciji pacijenta, iz perspektive sestinstva kao i iz perspektive pacijenata i njihovih porodica [30], terapijski odnos medicinska sestra-pacijent opisan kao potencijalno ključni element, ne samo za suočavanje s oporavkom nego i u povećanju pacijentove motivacije za učestvovanje u rehabilitacijskom programu. U literaturi se naročito naglašava važnost terapijskog odnosa u palijativnoj njezi, za pacijenta, ali i za članove njegove porodice.

Kvalitativno istraživanje pokazuje kako medicinske sestre koje rade u palijativnoj njezi terapijski odnos ocjenjuju kao najopširniji i najvažniji aspekt sestinske prakse – ispred njege bolesnika, savjetovanja, edukacije i menadžmenta. U palijativnoj njezi, terapijski odnos omogućuje bolje ishode za pacijenta, osnažuje pacijenta i minimalizira potencijalne konflikte. Osim u rehabilitaciji i palijativnoj njezi, terapijski odnos ima svoju važnost i u kliničkom okruženju. Istraživanje o uticaju terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent na smanjenje preoperativne i postoperativne anksioznosti pacijenta pokazalo je statistički značajno smanjenje anksioznosti u ispitivanoj skupini u kojoj se s pacijentima razvijao terapijski odnos, u odnosu na kontrolnu skupinu. McGuinness i Peters smatraju kako je terapijski odnos medicinska sestra-pacijent izgrađen prema Teoriji interpersonalnih odnosa idealan vodič u sestinskoj praksi u radu s pacijentima koji boluju od hroničnih bolesti kao što je multipla skleroza. Razvoj terapijskog odnosa između patronažne sestre i pacijenta važan je zbog cjelovite procjene pacijenta i razumijevanja njegovih potreba te osiguranja učinkovite, pacijentu orijentirane njege [6]. Kroz stvaranje odnosa medicinska sestra-pacijent olakšava se zadovoljenje psiholoških potreba pacijenata [21]. Istraživanje potvrđuje kako je dobar terapijski odnos povezan s pridržavanjem medicinskih preporuka te efikasnim osnaživanjem pacijenta [2]. Prema Rakovec-Felser kroz terapijski odnos se od pacijenta mogu dobiti važne informacije o njegovim očekivanjima, o prijašnjem iskustvu sa zdravstvenom zaštitom, o mogućoj tjeskobi ili brizi, ali i ohrabriti pacijenta da postavlja pitanja o svom zdravstvenom stanju. Osim toga, istraživanje sprovedeno na pacijentima o njihovoj percepciji interpersonalnih odnosa u bolnici pokazuje kako oni žele biti informisani, uključeni u proces njege i osjećati se sigurno što se terapijskim odnosom i postiže. Efektivan odnos medicinska sestra-pacijent doprinosi kvalitetu cjelokupne sestinske njege isto kao što se i kvaliteta sestinske njege ogleda u odnosu medicinska sestra-pacijent [6].

2.10. Preduslovi za ostvarenje kvalitetnog terapijskog odnosa

Na samom početku terapijskog odnosa važno je upoznati pacijenta, sagledati ga u holističkom smislu, upoznati pacijentovu ličnost te uticaj bolesti na njegov svakodnevni život. Doherty i Thompson to nazivaju prepoznavanjem pacijentove jedinstvenosti, nakon čega se stvara određena povezanost pacijenta i medicinske sestre kao drugi važan element terapijskog odnosa (Spiers & Wood 2010.). Osim navedenog, Hawamdeh i Fakhry kao važan preduslov za ostvarenje terapijskog odnosa, dodaju i osjećaj sigurnosti pacijenta. Za razvoj terapijskog odnosa neizbježno je posjedovanje ličnih kvaliteta i profesionalnih vještina medicinske sestre poput vještine komunikacije, poštivanja pacijentove autonomije i različitosti, zajedničko određivanje ciljeva oporavka i zajedničko odlučivanje, povezanost medicinske sestre s pacijentom i članovima njegove porodice te međusobno povjerenje i poštovanje koje se postiže zahvaljujući vještini komuniciranja medicinske sestre u smjeru interesa pacijenta [1].

Lične kvalitete koje mora posjedovati medicinska sestra da bi dobila povjerenje pacijenta i stvorila pogodne uvjete za razvoj terapijskog odnosa su otvorenost, brižnost, toplina, iskrenost, empatija te sposobnost koordinacije i saradnje. Kontekstni činioci kao što su uvjerenja, vrijednosti i stavovi, kultura i religija, društveni status, pol, nivo zrelosti i govor tijela medicinske sestre igraju ulogu u terapijskom odnosu. U rehabilitacijskom procesu, poznavanje sebe kao osobe, profesionalno ponašanje i razumijevanje rehabilitacijskog procesa tri su vitalna preduslova za ostvarenje efektivnog terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent. Što se tiče komunikacijskih vještina kao preduslova terapijskog odnosa, osim verbalne komunikacije i neverbalna komunikacija uvelike utiče na utemeljenje i održavanje terapijskog odnosa – kontakt očima, osmijeh i otvoreni, pozitivni znakovi su indikatori obzirnosti, pažljivosti.

Aktivno slušanje vitalna je komponenta terapijskog odnosa. Takođe, tišina se u terapijskom odnosu može smatrati imperativom. Tišina može pomoći pacijentu da razmisli, obradi i posloži misli koje su izrečene u terapijskom odnosu. Istraživanje pokazuje kako je i pacijentov način komunikacije važan u ostvarivanju terapijskog odnosa, odnosno kako pacijentove interpersonalne kompetencije utiču na komunikaciju medicinska sestra-pacijent. Da bi se terapijski odnos medicinska sestra-pacijent mogao uspostaviti potrebno je vrijeme. Nekoliko istraživanja pokazuje kako medicinske sestre nemaju dovoljno vremena za pacijente zbog preopterećenosti poslom. Pokazalo se kako svega 37% vremena zauzima odnos medicinska sestra-pacijent. S time da 25% od tog vremena odlazi na direktnu zdravstvenu njegu pa za terapijski odnos ostaje tek nekoliko sati. No, uprkos tome, pružanje fizičke pomoći pacijentu nužan je element u stvaranju terapijskog odnosa, a drugi važan element je dostupnost medicinske sestre – i fizička i psihička dostupnost te odgovaranje na potrebe pacijenta, čak i na one koje se čine nevažnima. Na taj način medicinske sestre mogu izgraditi povjerenje s pacijentom, učvrstiti odnos s pacijentom i postaviti se kao osoba na koju se pacijent može osloniti. Za razvoj terapijskog odnosa bitnim smatra prilagođavanje različitim pacijentima, kroz poznavanje svojih kvaliteta i ponašanja koji odgovaraju potrebama i ličnosti pacijenta [30].

2.11. Mostovi u razvoju terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent

Arnold i Underman Boggs navode sljedeće komponente kao važne u izgradnji i održavanju terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent.

Njegovanje je u središtu sestričkog posla [21], a odnosi se na prepoznavanje pacijentovih fizičkih potreba i njihovo zadovoljavanje. Njegovanje potiče od prirodnog pomaganja potrebitima, ali uz stručno znanje i vještine te svjesnost da je njegovanje dio etičke obveze medicinskih sestara postaje važan aspekt sestričstva i olakšava razvoj terapijskog odnosa.

Osnajivanje pacijenta podrazumijeva pomoć medicinske sestre pacijentu u dobijanju informacija, sredstava i resursa za razvoj vještina koje će mu trebati u postizanju ciljeva povezanih s zdravljem. Važnost osnajivanja teorijski je razradila Dorothy E. Orem u svojoj teoriji samozbrinjavanja.

Povjerenje – osjećaj povjerenja i sigurnosti stvara klimu u kojoj se pacijent osjeća zaštićeno što je vrlo bitno u terapijskom odnosu. Prema Eriksonu povjerenje se razvija na temelju prethodnih iskustva. U odnosu medicinska sestra pacijent otvorena razmjena informacija doprinosi osjećaju povjerenja.

Empatija je ključna tačka terapijskog odnosa jer omogućuje medicinskoj sestri da se stavi na mjesto pacijenta i zna kako se osjeća i zašto se tako osjeća.

Uzajamnost se pokazuje u međusobnom dogovaranju pacijenta i medicinske sestre, a karakterisano je poštovanjem autonomije i sastava vrijednosti jedne i druge strane. Uključuje i saradnju u rješavanju problema.

2.12. Barijere u razvoju terapijskog odnosa

Kao što postoje komponente koje olakšavaju i podupiru razvoj terapijskog odnosa, postoje i barijere poput prelaženja profesionalnih granica, stereotipa ili loše komunikacije koje otežavaju njegovo stvaranje. Terapijski odnos medicinska sestra-pacijent je partnerski odnos koji često uključuje ulazanje u intimu pacijenta i otkrivanje njegovih osobnih podataka. Stoga zahtijeva postojanje strogih profesionalnih granica kako ne bi došlo do narušavanja prava pacijenta. Međutim, održavanje profesionalnih granica otežano je upravo zbog bliskosti s pacijentom tokom sestrične njege[31]. Council ističe kako odnos između medicinske sestre i pacijenta mora biti isključivo terapijski odnos povezan s njom. Profesionalna granica ne smije biti narušena[11]. što Nursing and Midwifery Council , jasno ističe u svom Kodeksu – „potrebno je održavati primjerene profesionalne granice u odnosu s pacijentom i osigurati da su svi aspekti odnosa fokusirani isključivo na potrebe pacijenta“ [11], nabroja šta sve spada izvan granica profesionalnog ponašanja: otkrivanje pacijentu informacija o sebi ili svojoj porodici (uključujući davanje broja telefona ili pokazivanje fotografija); otkrivanje pacijentu ime svog partnera/ke ili članova porodice, rođaka i sl. te raspravljanje o privatnom životu; dozvoljavanje osobama iz privatnog života da upoznaju pacijenta; odlazak na zajednički odmor; prihvaćanje bilo kakve novčane naknade od strane pacijenta i slično. Ulazak u seksualne aktivnosti s pacijentom strogo krši pravila profesionalnog ponašanja i nedopustivo je. Važno je da medicinska sestra bude samosvjesna kako bi osvijestila ponašanje koje bi se moglo protumačiti kao „seksualno privlačno“ [11]. Zamućenje profesionalnih granica dovodi do promjene terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent stoga je održavanje profesionalnih granica dužnost medicinske sestre te omogućuje ostvarenje sigurne, etičke i kvalitetne sestrične brige koja je ključan element terapijskog odnosa. U terapijskom odnosu važna je predanost pacijentu, ali s druge strane i emocionalna objektivnost. Granicu terapijskog odnosa ne smije se preći, a znakovi koji upućuju na njegovo prerastanje su: posvećivanje više pažnje i vremena određenom pacijentu, posjećivanje pacijenta i izvan radnog vremena, obavljanje nekih aktivnosti umjesto pacijenta iako je on sposoban to učiniti sam, neuvažavanje kolega i njihovog rada s tim pacijentom, razmišljanje o pacijentu izvan posla [2].

Druga krajnost je udaljšavanje od pacijenta u terapijskom odnosu zbog ponašanja pacijenta ili zbog prevelikog emocionalnog stresa koji medicinska sestra doživljava, što je vrlo često vidljivo u terapijskom odnosu s terminalno bolesnim pacijentima. Zbog takvih slučajeva, u kojima pacijent ostaje sam, bez podrške u odnosu, bitno je imati grupe podrške na radnom mjestu [2]. Osim navedenih teškoća vezanih uz prelaženje profesionalnih granica, uspostavljanje kvalitetnog odnosa može biti narušeno i zbog stereotipa zdravstvenih radnika. Vrlo često to je vidljivo kod psihijatrijskih pacijenata čije prethodno doživljavanje stigmatizacije i stereotipa od strane zdravstvenih radnika narušava terapijski odnos. Istraživanje je također pokazalo kako je kratko vrijeme zapošljavanja zapreka terapijskom odnosu. Osim toga, na ostvarenje i održavanje kvalitetnog terapijskog odnosa velik uticaj ima sagorijevanje medicinskih sestara na poslu jer dovodi do niza problema medicinske sestre, uključujući i emocionalnu iscrpljenost, zbog koje je vrlo teško očekivati da će medicinska sestra moći otvoreno, smireno i pozitivnih emocija pristupiti pacijentu i nositi se s njegovim problemima i potrebama kada je i njoj samoj potrebna pomoć.

2.13. Povezanost empatije i terapijskog odnosa

Komunikacija u terapijskom odnosu obilježena je pokazivanjem empatije i topline kako bi se pomoglo pacijentima da budu što opušteniji i da se osjećaju sigurnima. Empatija zahtijeva aktivno slušanje i razumijevanje onoga što pacijent govori [5], a to je neizbježno i u terapijskom odnosu. Pacijentova percepcija da ga se razumije djeluje terapijski jer pomaže u uspostavljanju osjećaja povezanosti i podrške. Za razliku od prirodne empatije koja je u nekoj mjeri urođena, kliničku empatiju se svjesno uči, naročito u pomagačkim zanimanjima, kako bi se postigao određeni terapijski učinak. Empatija omogućuje medicinskoj sestri da percipira dubinu pacijentovog emocionalnog stanja bez da se i sama preplavi tim stanjem. Empatično ponašanje u pacijentima izaziva osjećaj poštovanja i razumijevanja bez čega je terapijski odnos teško ostvariv, stoga Arnold & Underman Boggs zaključuju da je empatija nit koja mora biti utkana u svaku uzastopnu fazu terapijskog odnosa.

2.13.1. Samosvjesnost i altruizam u empatiji i terapijskom odnosu

Uz empatiju i terapijski odnos, u literaturi se vrlo često pronalazi i samosvijest u kontekstu preduslova za empatiju i terapijski odnos. Budući da se veže i uz jedan i drugi pojam, zasebno je opisana u ovome podpoglavlju. Takođe, ukratko je opisana i povezanost altruizma i empatije.

Prema Golemanu „samosvijest podrazumijeva poznavanje osobnih unutrašnjih stanja, sklonosti, nadarenosti i pronicavosti.“ On je smatra jednom od pet komponenta emocionalne inteligencije – uz samosvladavanje, motivaciju, empatiju i društvene vještine. Navodi da su emocionalna svjesnost, tačna samoprocjena i samopouzdanje emocionalne kompetencije koje proizlaze iz samosvijesti.

Samosvijest znači da medicinske sestre znaju kako će reagovati u različitim situacijama, prepoznaju svoje vrijednosti te znaju svoj stav prema drugim ljudima. Posjedovanje samosvijesti preduslov je za empatiju. Što osoba bolje poznaje vlastite emocije, to će lakše iščitati emocije drugih ljudi. Nesvjesnost vlastitih osjećanja može dovesti do negativnih posljedica u komunikaciji [11]. Samosvijest čini socijalne interakcije predvidljivima i vezana je uz naprednije oblike empatije poput emocionalnog saosjećanja i zauzimanja perspektive. Kognitivni i neuralni krugovi koji leže u podlozi samosvijesti slični su onima koji učestvuju u teoriji uma. Atkins drži da je samosvijest važna kako bi se otvoreno sagledalo na stvari, kako bi se stekle interpersonalne vještine i postigao terapijski odnos s pacijentom. Samosvijest je važna u terapijskom odnosu pa ako je medicinska sestra nema razvijenu, postoji mogućnost ometanja terapijskog odnosa [2]. Samosvjesne medicinske sestre znaju koje su njihove vrijednosti i stavovi što dovodi do boljeg razumijevanja drugih ljudi i individualnog pristupa svakoj osobi u terapijskom odnosu [2]. Osim toga, medicinska sestra treba poznavati sopstvenu jačinu, slabosti i ograničenja kako bi bila autentična [2].

Empatija se smatra važnim motivatorom i prethodnikom prosocijalnog ponašanja pa se povezuje s altruističnim djelovanjem, odnosno pokazalo se kako su empatični ljudi češće i altruističniji. De Waal navodi da empatija promiče altruistično i prosocijalno ponašanje. Eisenberg i Miller u svojoj su meta-analizi pokazale kako empatija umjereno pozitivno korelira s prosocijalnim ponašanjem. Batsonova hipoteza empatija- altruizam, govori da je pomaganje osobi prema kojoj se osjeća empatija potpuno altruistično, nezavisno o koristi od pomaganja.

3. ZAKLJUČAK

Empatija je jedna od najpoželjnijih osobina u sestrinskoj praksi. Emocije igraju značajnu ulogu u životu pojedinca, stoga je njihovo prepoznavanje, razumijevanje i adekvatno odgovaranje na njih, od esencijalne važnosti za medicinske sestre. U radu s pacijentima, od iznimne je važnosti zadobiti njihovo povjerenje i postići da se osjećaju sigurno i ugodno koliko god je to u bolesti moguće, a upravo empatija djeluje kao facilitator u postizanju povjerenja i osjećaja sigurnosti kod pacijenta.

Empatija, osim što je važna u radu s bolesnim ljudima, neizbježna je i u radu s zdravim pojedincima ili članovima porodice. Drugi bitan, a pomalo zapostavljen, aspekt u sestrinskoj njezi je terapijski odnos u kojem medicinska sestra uložuje sebe, svoje znanje i osobine, kako bi iz pacijenta izvukla ono „najbolje“ što može i postigla određenu pozitivnu promjenu kod pacijenta.

Terapijski odnos medicinska sestra- pacijent neki smatraju neodvojivim od sestrinske prakse s čime se u potpunosti slažem. Terapijski odnos u sestrištvu ne mora trajati nedeljama ili mjesecima, moguće je njegovo ostvarenje i djelotvornost u jednom danu, naprimjer u jednom savjetovanju pacijenta. Činjenica da postoje dokazi koji potkrepljuju dobrobiti i empatične njege i terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent ne smiju se zanemariti, već naprotiv, trebaju se iskoristiti u poboljšanju cjelokupne sestrinske njege.

Potrebno je i u praksi i u edukaciji staviti veći naglasak na terapijski odnos kako bi se on sprovodio sustavno, sa svim pacijentima. Takođe, budući da na našim prostorima nedostaju pisani dokazi o provođenju i korisnosti terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent, potrebna je veća angažiranost u istraživanjima na tu temu.

4. LITERATURA

1. AL-A'araj A, AL- Omari A (2014.) Phases of Therapeutic relationship Implementation among the Queen Alia Heart Center Nurses. *Middle east journal of nursing* 7: 16–19.
2. Arnold E, Underman Boggs K (2003.) *Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses*. 4. izd. St. Louis: Saunders.
3. Arungwa OT (2014.) Effect of communication on nurse - patient relationship in national Orthopaedic hospital, Igbobi, Lagos. *West african journal of nursing* 25:37–49.
4. Bregant T (2015.) Razvijajoči se možgani in porajajoča empatija. U: Orel M (Ur.) *Modern approaches to teaching coming generation*. Ljubljana: International Conference EDUvision, str. 24–30.
5. Doherty M, Thompson H (2014.) Enhancing person-centred care through the development of a therapeutic relationship. *British Journal of Community Nursing* 19:502–507.
6. Dowling M (2006.) The sociology of intimacy in the nurse-patient relationship. *Nursing Standard*. 20:48–54.
7. Dragoš S, Rihter Lj (2017.) Empatija in (izobraževanje za) socijalno delo. *Socijalno delo* 56:1–20
8. Epstein R, Borrell F, Caterina M (2000.) *Communication and mental health in primary care*. Oxford: Oxford University Press.
9. Ferrari E (2006.) Academic education's contribution to the nurse-patient relationship. *Nursing Standard* 21:35–40.
10. Frankel RM (2017.) The Many Faces of Empathy: Biological, Psychological and Interactional Perspectives. *J Patient Exp* 4:55–56.
11. Griffin Perry A, Potter PA (2006.) *Clinical Nursing Skills and Techniques*. St. Louis: Elsevier Mosby.
12. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Magee M (2003.) Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Semin Integr Med* 2003:25–41.
13. Jones RA (2013.) Therapeutic relationship with individuals with learning disabilities: a qualitative study of counselling psychologists' experience. *British Journal of Learning Disabilities* 42:193–203. doi:10.1111/bld.12028.
14. Lamberton C, Leana C, Williams J (2013.) Measuring empathetic care: Development and validation of a self-report scale. *Journal of Applied Gerontology* 34:1028–53.
15. Milivojević TD (2015.) Inflacija upotrebe reči empatija i emocionalizacija etike. *Komunikacija i kultura online* 6:277–305.
16. Mirhaghi A, Sharafi S, Bazzi A, Hasanzadeh F (2017.) Therapeutic relationship: Is it still heart of nursing? *Nursing Reports* 7:4–9. doi:10.4081/nursrep.2017.6129.
17. Morrall P(2001.) *Sociology and Nursing*. London: Routledge
18. Nowak M (2011.) The Complicated History of Einfühlung. *Argument* 1:301– 326.
19. Nursing and Midwifery Council (2012.) *Maintaining Boundaries*. London: NMC.
20. Olderbak S, Wilhelm O (2017.) Emotion Perception and Empathy: An Individual Differences Test of Relations. *Emotion* 17:1092–1106.

21. Priest H (2014.) Uvod u psihološku njegu u sestinstvu i drugim zdravstvenim strukama. Jastrebarsko: Naklada Slap.
22. Rogers K, Dziobek I, Hassenstab J, Wolf OT, Convit A (2007.) Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37:709–715.
23. Seymour J, Ingleton C, Payne S, Beddow V (2003.) Specialist palliative care: patients' experiences. *J Adv Nurs* 44:24–33.
24. Shattell M, Starr S, Thomas S (2007.) 'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *Int J Ment Health Nurs* 16:274–84.
25. Skilbeck J, Payne S (2003.) Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *J Adv Nurs* 43:521–530.
26. Spiers J, Wood A (2010.) Building a therapeutic alliance in brief therapy: the experience of community mental health nurses. *Arch Psychiatr Nurs* 24:373– 386.
27. Stanford Encyclopedia of Philosophy (2013.) URL: <https://plato.stanford.edu/entries/empathy/> [pristupljeno: 27.04.2018.]
28. Stickley T (2009.) The concept of space in the context of the therapeutic relationship. *Mental health practice* 12:28–30.
29. Stickley T, Freshwater D (2006.) The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental health practice* 9:12–18.
30. Tyrrell EF, Prior J (2016.) Nurses as agents of change in rehabilitation process. *JARNA* 19:13–20.
31. Williams AM, Irurita V F(2004.) Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the paties perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 806– 81

