

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Pia Bošnjak

**Povezanost rabe spletnih zdravstvenih skupnosti in odnosa med pacientom in
zdravnikom**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Pia Bošnjak

Mentor: izr. prof. dr. Gregor Petrič

**Povezanost rabe spletnih zdravstvenih skupnosti in odnosa med pacientom in
zdravnikom**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

Povezanost rabe spletnih zdravstvenih skupnosti in odnosa med pacientom in zdravnikom

Internet je v družbo prinesel mnoge spremembe. Ena od teh, morda na prvi pogled nepričakovana, se nanaša tudi na odnos med pacientom in zdravnikom. V obdobju pred razmahom interneta je zdravnik v tem odnosu igral glavno vlogo, pacient pa mu je bil podrejen. Ta odnos se je v veliki meri začel spreminjati – pacient ni več le pacient, ampak je postal aktiven uporabnik, želi sodelovati in biti informiran. Pri tem mu pomaga internet in tako imenovane spletne zdravstvene skupnosti. V svojem diplomskem delu sem poskusila odgovoriti na dve raziskovalni vprašanji: ali obstaja povezanost med rabo spletnih zdravstvenih skupnosti in odnosom med pacientom in zdravnikom in na kakšen način je raba spletnih zdravstvenih skupnosti povezana z različnimi vidiki odnosa med pacientom in zdravnikom, pod pogoji e-zdravstvene pismenosti. Nisem uspela pokazati statistično značilne povezanosti med rabo spletnih zdravstvenih skupnosti in odnosom med pacientom in zdravnikom, medtem ko se je pokazala statistično značilna povezanost med rabo spletnih zdravstvenih skupnosti in nekaterimi vidiki odnosa ob pogoju e-zdravstvene pismenosti.

Ključne besede: spletne zdravstvene skupnosti, odnos med pacientom in zdravnikom, e-zdravstvena pismenost.

Linkage between the usage of online health communities and the patient-doctor relationship

Internet has brought about many changes to the society. One of such changes, maybe not the most self-evident one, concerns the relationship between a patient and a doctor. In the pre internet era the doctor played dominant role in the relationship contrasted by the patient's subordinate role. This imbalance however has started to shift by the patients desire to be more informed and more involved. The source of this information is the internet and the online health communities. In this thesis I seek to answer two research questions: is there a linkage between the usage of online health communities and the patient-doctor relationship and in what way is the use of online health communities connected to the various aspects of this relationship under the terms of e-health literacy. I was not able to determine a statistically significant link between the usage of online health communities and the patient-doctor relationship, while a statistically significant relation between the usage of online health communities and some aspects of the patient-doctor relationship was evident when the condition of e-health literacy was applied.

Keywords: online health communities, patient-doctor relationship, e-health literacy.

KAZALO VSEBINE

1	Uvod.....	6
2	Odnos med pacientom in zdravnikom.....	7
2.1	Tipi odnosa.....	8
2.2	Internetno dostopne zdravstvene informacije in spremembe v odnosu med pacientom in zdravnikom.....	10
3	Spletne zdravstvene skupnosti.....	14
3.1	Vrste.....	15
3.2	Prednosti in slabosti.....	15
3.3	e-zdravstvena pismenost.....	17
4	Raziskovalni okvir.....	19
5	Empirični del.....	20
5.1	Vzorec in zbiranje podatkov.....	20
5.2	Priprava spremenljivk.....	22
5.2.1	Odnos med pacientom in zdravnikom.....	22
5.2.2	e-zdravstvena pismenost uporabnikov skupnosti.....	26
5.3	Osnovne povezanosti.....	28
5.4	Povezanost rabe spletne zdravstvene skupnosti in različnih dimenzij odnosa med pacientom in zdravnikom.....	29
5.5	Povezanost rabe spletne zdravstvene skupnosti in različnih dimenzij odnosa med pacientom in zdravnikom pod pogoji e-zdravstvene pismenosti.....	31
6	Razprava.....	33
7	Zaključek.....	36
8	Literatura.....	38

KAZALO TABEL

Tabela 5.1: Socio-demografske značilnosti uporabnikov spletne zdravstvene skupnosti	20
Tabela 5.2: Raba spletne zdravstvene skupnosti v vzorcu	21
Tabela 5.3: Opisne statistike indikatorjev odnosa med pacientom in zdravnikom	22
Tabela 5.4: Rezultat faktorske analize.....	25
Tabela 5.5: Opisna statistika dimenzij odnosa med pacientom in zdravnikom.....	26
Tabela 5.6: Opisne statistike indikatorjev e-zdravstvene pismenosti.....	27
Tabela 5.7: Opisne statistike sestavljene spremenljivke e-zdravstvena pismenost	27
Tabela 5.8: Osnovne povezanost med spremenljivkami	28
Tabela 5.9: Prileganje modelov in deleži variabilnosti odvisne spremenljivke	29
Tabela 5.10: Koeficienti linearne regresije	30
Tabela 5.11: Prileganje modelov in deleži variabilnosti odvisne spremenljivke za modele z interakcijami.....	31
Tabela 5.12: Koeficienti linearne regresije za modele z vključenimi interakcijami	32

1 Uvod

Kvaliteta odnosa med pacientom in zdravnikom je eden pomembnejših dejavnikov uspešnega zdravljenja. Dinamika odnosa je odvisna od tega, kakšni vlogi igrata pacient in zdravnik. Za tako imenovani paternalistični tip odnosa je značilno, da je pacient povsem podrejen zdravniku, ki je v središču tega odnosa in ima ves nadzor nad zdravljenjem. V zadnjem času pa je opazen trend odmika od tovrstnega odnosa v situacije, ko zdravnik pacienta vodi, ta pa sodeluje in mu sledi, ali pa je celo pacient v središču odnosa, pacient in zdravnik med seboj sodelujeta in sta povsem enakopravna.

Če je včasih veljal prvi tip odnosa za tipičnega, se je situacija začela spreminjati z uporabo interneta. Vse več ljudi išče z zdravjem povezane informacije na spletu in vse bolj so popularne spletne zdravstvene skupnosti. Rezultati različnih raziskav so zgovorni; vsak četrti Evropejec na internetu išče informacije, povezane z zdravjem in več kot 40 % jih meni, da je to zanesljiv način pridobivanja informacij (Spadaro 2003), 40 % Američanov uporablja internet za nasvet ali informacijo o zdravju, 6 % jih preko elektronske pošte komunicira z zdravnikom (Baker in drugi 2003) in 23 % bolnikov, ki trpijo za kronično boleznijo, na internetu poišče bolnike z enakim zdravstvenim stanjem (Fox 2011). V Sloveniji je v prvem četrtletju leta 2015 65 % oseb, starih od 16 do 74 let, uporabljalo internet za namen iskanja informacij o zdravju (SURs 2015).

Internet pacientu omogoča, da se informira in opolnomoči, hkrati pa mu da občutek večjega nadzora in izbire ter priložnost za izmenjavo računalniško posredovane socialne opore v tako imenovanih spletnih zdravstvenih skupnostih. Mnogo obiskovalcev spletnih zdravstvenih skupnosti na ta način poišče drugo mnenje, predvsem zato, ker so nezadovoljni s svojim zdravnikom (Himmel in drugi 2005; Umefjord in drugi 2003). Majhen delež obiskovalcev v spletnih zdravstvenih skupnostih poišče prve informacije o bolezni ali zdravstvenem stanju. Prednost, ki jo obiskovalci takih spletnih strani najbolj cenijo, pa je lastno udobje (Umefjord in drugi 2003). Nemška raziskava (Himmel in drugi 2005) je pokazala, da je bila približno polovica uporabnikov, ki so za nasvet prosili strokovnjaka v skupnosti, z odgovorom zadovoljna. Prav tako polovica jih o odgovoru nadaljnje diskutira s svojim izbranim zdravnikom. Mnogo obiskovalcev vidi skupnosti kot vir emocionalne opore in prostor, kjer se lahko pritožujejo glede zdravljenja in obravnave (Himmel in drugi 2005), kot razloge za

sodelovanje v skupnostih pa najpogosteje navajajo dostopnost, socialno oporo in učinkovitejšo spopadanje z boleznijo (Coulson in Knibb 2007).

Vse to lahko spremeni dinamiko odnosa med pacientom in zdravnikom na način, da postaja pacientova vloga vse manj pasivna, zdravnikova pa manj dominantna. Pomembna je zdravnikova reakcija na te spremembe – zdravnik se lahko počuti ogroženega in se ni pripravljen odreči avtoritativni vlogi, lahko je pripravljen sodelovati in poslušati, ovrednotiti in oceniti pridobljene informacije, v najbolj idealni situaciji pa se zdravnik potrudi, da pacienta nauči pravilno iskati, izbirati in filtrirati informacije.

Pri vsem skupaj pa vlogo igrajo tudi pacientove sposobnosti, da najde prave in zase primerne informacije, da ve, katerim informacijam lahko zaupa in katerim ne, da jih zna pravilno interpretirati in da se zaveda, da jih je smiselno preveriti še drugje – strokovno rečemo, da je e-zdravstveno pismen. Če temu ne nameni dovolj pozornosti, se lahko hitro zgodi, da mu informacije prinesejo več škode, kot koristi.

V svojem diplomskem delu bom poskusila odgovoriti na dve raziskovalni vprašanji: ali obstaja povezanost med rabo spletnih zdravstvenih skupnosti in odnosom med pacientom in zdravnikom in na kakšen način je raba spletnih zdravstvenih skupnosti povezana z različnimi vidiki odnosa med pacientom in zdravnikom, pod pogoji e-zdravstvene pismenosti.

Diplomsko delo je sestavljeno iz teoretičnega in empiričnega dela. V teoretičnem delu bom podrobneje razložila, zakaj je kvaliteten odnos med pacientom in zdravnikom pomemben in kako se je spremenil zaradi vse večje prisotnosti interneta, predstavila bom spletne zdravstvene skupnosti in se dotaknila problema slabe e-zdravstvene pismenosti. Empirični del diplomske naloge se nanaša na analizo rezultatov opravljene raziskave uporabnikov spletne skupnosti Med.Over.Net.

2 Odnos med pacientom in zdravnikom

Kvaliteten odnos med pacientom in zdravnikom je pomemben dejavnik uspešnega zdravljenja. Odnos se oblikuje sčasoma, na podlagi pacientovih izkušenj s svojim zdravnikom. Zdravnikove sposobnosti, da uspešno preda zdravstvene informacije pacientu, ga postavi v središče zdravljenja, da pri odločanju sodelujeta oba ter da mu nudi emocionalno oporo, igrajo pomembno vlogo pri izidih zdravljenja. Študije so že pokazale, da taka

zdravnikova dejanja ustvarijo dober odnos med pacientom in zdravnikom, izboljšajo pacientovo zadovoljstvo, zmanjšujejo stres in izboljšujejo rezultate zdravljenja (Keating in drugi 2002). Vsaka interakcija med zdravnikom in pacientom ustvari izkušnjo, ki oblikuje pacientovo mnenje o izbranem zdravniku. Te izkušnje se lahko navezujejo direktno na zdravnikovo obnašanje ali pa na nestrinjanja med njima in vplivajo na pacientovo zaupanje ter zadovoljstvo z zdravnikom (Keating in drugi 2002). Ker je vsak pacient človeško bitje in ne le skupek simptomov in poškodovanih organov, ker je obenem zaskrbljen in poln upanja in pri svojem zdravniku išče olajšanje, pomoč in zaupanje, je pomembno, da zdravnik razume človeško naravo. Zaupen odnos med njima ne sme biti podcenjen, saj sta v večini primerov sama točnost diagnoze in pa uspešnost zdravljenja odvisna od kvalitete tega odnosa (Kaba in Sooriakumaran 2007).

Vprašanja, od česa je odvisno večje zadovoljstvo z odnosom med pacientom in zdravnikom in kaj je v odnosu zares pomembno, se je v svojem delu lotil tudi Dutta-Bergman (2005), ki opredeli odprto komunikacijo med akterjema v odnosu in aktivno pacientovo participacijo tako v odločanju, kot tudi v komunikacijskem procesu, kot dejavnike sprejemanja obojestransko zadovoljujočih odločitev. Če pacient sprejme bolj pasivno vlogo v komunikaciji s svojim zdravnikom, to lahko vodi v večje nezadovoljstvo z odnosom.

2.1 Tipi odnosa

Odnos med zdravnikom in pacientom se je v zadnjih dvajsetih letih korenito spremenil. V preteklosti je veljal predvsem paternalističen odnos, kjer je zdravnik uporabljal svoje znanje in sposobnosti, da je določil potrebne ukrepe, s katerimi je izboljšal pacientovo zdravstveno stanje ali mu olajšal bolečine. Vse informacije, podane pacientu, so izbrane tako, da ga spodbudijo v strinjanje z zdravnikovimi odločitvami. Tak odnos je primer neuravnotežene, asimetrične interakcije in se je v zadnjih dvajsetih letih znašel na preizkušnji. Nadomestil ga je drugačen odnos, kjer je v središču pacient, ki igra aktivnejšo in bolj avtonomno vlogo in ima več nadzora. Vloga zdravnika ni več tako dominantna, med njima je več vzajemnega sodelovanja (Kaba in Sooriakumaran 2007). V nadaljevanju navajam dve opredelitvi različnih tipov odnosa.

Szasz in Hollender (1956) navajata tri modele odnosa med zdravnikom in pacientom:

- Prvi je model aktivnosti – pasivnosti, ki je po svoji naravi povsem paternalističen tip odnosa, kjer je zdravnik postavljen v središče. Ta odnos ni interakcija, saj je pacient v tem primeru nezmožen aktivnega sodelovanja. Zdravnik ima v takem odnosu ves nadzor nad situacijo. Tak tip odnosa lahko primerjamo z odnosom med staršem in dojenčkom, kjer je dojenček povsem odvisen od odločanja svojega starša. Zdravnik mora sprejemati odločitve, ki so najbolj ugodne za zdravje pacienta, dober pacient pa naj bi povsem podrejeno sprejel pasivno vlogo »dojenčka«. Ta model se pojavi v urgentnih situacijah, torej takrat, ko bi lahko čas posvetovanja med zdravnikom in pacientom ter pacientova vključenost v odločanje resno ogrozila pacientovo življenje.
- Drugi je model vodenja – sodelovanja in je možen v manj resnih situacijah, a je prav tako paternalistične narave. Kljub temu, da je pacient bolan, je zavesten in ima svoje občutke ter težnje. Pacient lahko čuti tesnobo in bolečino, zato prosi za pomoč, torej je pripravljen sodelovati in s tem postavi zdravnika na pozicijo moči. Zdravnik bo pacienta vodil, pričakoval pa bo njegovo sodelovanje in ubogljivost brez vprašanj. Tak odnos lahko primerjamo z odnosom med staršem in otrokom.
- Tretji, model skupne vključenosti, pa temelji na prepričanju, da je enakopravnost med človeškimi bitji vzajemno koristna. Tak odnos v središče postavi pacienta. Zdravnik ne trdi, da najbolje ve, kaj je dobro za pacienta. Za model skupne vključenosti je pomembno, da interakcija med zdravnikom in pacientom temelji na enaki moči, obojestranski neodvisnosti in enakem zadovoljstvu – pravzaprav ima elemente, značilne za prijateljstvo in partnerstvo. Tak odnos omogoča pacientu, da poskrbi sam zase in mu zagotovi višjo stopnjo odgovornosti – lahko ga primerjamo z odnosom med dvema odraslima. Gledano evolucijsko, je ta model bolj razvit od prvih dveh, tako pri pacientu kot tudi pri zdravniku namreč zahteva kompleksnejšo psihološko in socialno organizacijo in je kot tak neprimeren za otroke, mentalno zaostale in slabo izobražene. Bolj kot sta si pacient in zdravnik blizu na intelektualni, izobrazbeni ravni in ravni splošne razgledanosti, večja je primernost in nujnost, da se med njima vzpostavi tak model odnosa.

Iz drugega zornega kota pa se je delitve lotil Balint (povzeto po Kaba in Sooriakumaran 2007), ki opisuje dva koncepta odnosa med zdravnikom in pacientom:

- »Zdravnik kot zdravilo«: poudarja dinamičen odnos med zdravnikom in pacientom. Balint trdi, da je zdravnikovo najmočnejše orodje prav on/-a sam/-a.
- »Vzajemna investicija«: posamezen obisk pri zdravniku je le eden v seriji obiskov, tako da se vsak obisk nadaljuje z naslednjim. Sčasoma si zdravnik pridobi pacientovo zaupanje in ve vedno več o njegovi osebnosti, socialnem in fizičnem okolju, biografiji in odnosih. Vsak naslednji obisk je tako bolj učinkovit, kar zagotavlja boljši uvid v pacientove potrebe. Tak odnos pa omogoča tudi pacientu, da spozna zdravnikove potrebe in tako je njun odnos vzajemna investicija, ki čez čas okoristi obe strani.

2.2 Internetno dostopne zdravstvene informacije in spremembe v odnosu med pacientom in zdravnikom

Jasno je, da število ljudi, ki po spletu išče z zdravjem povezane informacije, narašča. Prav tako pa narašča tudi število spletnih strani, ki take informacije nudijo in omogočajo odgovore na zdravstvena vprašanja ter število spletnih zdravstvenih skupnosti. Leta 2002 je vsak četrti Evropejec po internetu iskal z zdravjem povezane informacije (Spadaro 2003). Raziskava iz leta 2011 (Fox 2011) je pokazala, da 23 % bolnikov, ki trpijo za kronično boleznijo, na internetu poišče bolnike z enakim zdravstvenim stanjem. Če je tradicionalno veljalo, da so se pacienti po zdravstvene nasvete obrnili na družino in prijatelje, jim zdaj internet omogoča, da se obrnejo na spletne strani z zdravstveno vsebino in tudi drug na drugega, daje jim možnost za nasvet in socialno oporo, kar pa lahko izboljša njihovo kvaliteto življenja in spopadanje z boleznijo (Loane in Steven 2014). Smiselna se mi zdi trditev, da je internet pacienta iz pasivnega prejemnika spremenil v aktivnega porabnika zdravstvenih informacij (Rider in drugi 2014). Kot odgovor na aktivnost iskanja zdravstvenih informacij na spletu so zdravniki izrazili skrb glede dostopa do dezinformacij, napačne interpretacije dostopne vsebine ter kvalitete in pomanjkljivosti informacij (Gerber in Eiser 2001).

Razumeti moramo, kakšni so razlogi, da se vse več pacientov poslužuje zdravstvenih virov na internetu in kaj pravzaprav sploh zahtevajo. Po Andersonu (2006) obstajajo štirje glavni dejavniki, ki prispevajo k preobratu vloge pacienta v zdravljenju: prvič, napredki v medicini so pripeljali do nerealističnih pričakovanj s strani pacientov, drugič, zaradi specializirane oskrbe, ki jo zdravniki nudijo pacientom, pacienti velikokrat svoje zdravnike zaznavajo kot neosebne in vzvišene, tretjič, zaradi omejenega časa, ki je na voljo pacientom, ko obiščejo zdravnika, pacienti pogosto odidejo razočarani in nezadovoljni z informacijami, ki so jih

dobili in četrtič, ker zdravniki zaostajajo za pacienti v smislu domačnosti pri uporabi informacijskih tehnologij, pacienti pogosto odidejo z občutkom, da bi lahko sami učinkoviteje našli informacije o svojem zdravstvenem stanju.

Ball in Jennifer (2001) opredelita tri najpogostejše zahteve uporabnikov z zdravjem povezanih dejavnosti na internetu. Prva je udobje in pripravnost - uporabniki danes cenijo svoj prosti čas in tako ne glede na vrsto storitve pričakujejo najvišjo stopnjo udobja/pripravnosti. Tako velja tudi za zdravstvo – naveličani so rutinskega zapravljanja časa in denarja zaradi čakanja na termin pri zdravniku in usklajevanja s prepolnim urnikom, kar jih ropa delovnih ur. Druga je nadzor - večini uporabnikom z zdravjem povezanih dejavnosti na internetu je prevzem nadzora nad svojim zdravjem ali vsaj velik delež le-tega prioriteta. Tretja zahteva pa je izbira - uporabniki zahtevajo možnost izbire pri vsaki storitvi, ki jo uporabljajo. Internet jim tudi pri zdravstvenih odločitvah omogoča dostop do primerljivih podatkov in možnost, da je njihova odločitev kvalitetna.

Internet uporabniku ponuja vrsto različnih aktivnosti v povezavi z zdravjem. McMullan (2006) opredeli glavna zdravstvena področja na internetu: komunikacijo, skupnosti in vsebino (torej preskrba zdravstvenih informacij na spletu).

- Komunikacija: glavni razlog uporabe interneta je elektronska pošta. Po raziskavi Research IDC iz leta 2002, dnevno uporabniki po celem svetu pošljejo 31 milijard sporočil s pomočjo elektronske pošte (McMullan 2006). Ni sicer jasno, kolikšen del teh sporočil se tiče zdravstvene tematike, je pa res, da elektronska pošta omogoča pacientu, da si ustvari virtualno podporno skupino prijateljev, družine in drugih podpornih skupin. Prav tako mu omogoča komunikacijo z zdravnikom in s tem zmanjša število nepotrebnih obiskov.
- Skupnosti: elektronske podporne skupine so pogosto sezname prejemnikov, ki si izmenjujejo informacije in podporo. Prednosti takih skupin so, da ni pomembna zemljepisna oddaljenost in transport, omogočajo anonimnost in pacientom z redkimi stanji, da najdejo vrstnike na internetu. Zmanjšujejo občutek osamljenosti in depresije. Pomanjkljivost je lahko manj fizičnega kontakta in izmenjava nedokazljivih informacij.
- Vsebina: velik delež pacientov, ki iščejo informacije v zvezi s svojim stanjem, to naredi takoj po postavljeni diagnozi in pred začetkom zdravljenja. Glavna razloga za to sta nezadovoljstvo z informacijami, ki so jih dobili pri specialistu in ker si hočejo

zagotoviti, da jim je na voljo vsaka informacija. Prednosti interneta so dostopnost, priročnost in anonimnost. Pridobljene informacije lahko izboljšajo pacientovo razumevanje zdravstvenega stanja in samooskrbo ter s tem zmanjšujejo nepotrebne obiske pri zdravniku. Raziskava pacientov z rakom (Eysenbach 2003) je pokazala, da se pacienti zaradi interneta počutijo opolnomočene pri sprejemanju odločitev in da jim pomaga pri komunikaciji z zdravnikom. Vseeno pa so udeleženci iste raziskave povedali, da je informacij včasih preveč, lahko pa so tudi konfliktne in nejasne.

Ni nujno, da pacientovo zanimanje za znanje spremlja tudi zanimanje za proces sprejemanja odločitev (Gerber in Eiser 2001). Čeprav pacienti po navadi kažejo precej zanimanja za svojo bolezen in zdravljenje, ni nujno, da kažejo tudi željo po dejanski participaciji pri sprejemanju odločitev glede zdravljenja. Pacient lahko išče informacije o svojem zdravstvenem stanju brez interesa za prevzemanje odgovornosti za odločitve glede zdravljenja. Mogoča sta dva scenarija:

- V prvem je pacient v vlogi informiranega odločevalca – želi biti vključen v proces sprejemanja odločitev in ima dostop do virov informacij o določeni bolezni in možnostih zdravljenja. Tak pacient je lahko v prednosti, saj ima dostop do informacij preden pride do zdravnika. Namesto, da zdravnik svoj čas porabi za posredovanje osnovnih informacij o bolezni pacientu, ga tako raje porabi za to, da informacije z njim dodela in izpili ter se s pacientom pogovori o možnostih zdravljenja (pri tem predvideva, da so informacije, ki jih je pridobil pacient, pravilne). Po drugi strani pa mora biti zdravnik pripravljen na pogovore o alternativnih možnostih, za katere je pacient izvedel iz zunanjih virov. Lahko se zgodi, da namesto privarčevanega časa zdravnik še več časa porabi za to, da zavrže druge, neprimerne pristope zdravljenja. Vseeno še ni dokazano, ali internet in dodatne informacije povečujejo ali zmanjšujejo učinkovitost zdravljenja. Deliberativen oziroma participativen model procesa sprejemanja odločitev velja za priporočenega, seveda pa veljajo določene omejitve. Zdravnikova naloga v takem modelu je, da se prepriča, da so informacije, ki jih je pacient našel in jih želi vključiti v sprejemanje odločitev, pridobljene iz zanesljivih virov in so pravilne. Predlagane možnosti zdravljenja morata skupaj pretehtati. Zdravnik se mora znati izogniti frustracijam zaradi dejstva, da je njegova vloga edinega vira informacij ogrožena. Lahko se zgodi, da se zdravnik ni pripravljen odreči avtoritativni vlogi (Gerber in Eiser 2001).

- V drugem scenariju pa pacient le pridobiva znanje – pacient si želi pridobiti znanje o svojem bolezenskem stanju in zdravljenju, ni pa motiviran za sodelovanje pri sprejemanju odločitev. To lahko velja za manj odločne paciente. Tak model spominja na odnos, kjer zdravnik igra vlogo agenta – pacient zagotovi osebne informacije, zdravnik pa s pomočjo strokovnega znanja in pridobljenih informacijah o pacientu, o njegovih vrednotah in prepričanjih, oblikuje končno odločitev. Čeprav pacient ni aktivno iskal informacij iz zunanjih virov pred obiskom zdravnika, se lahko zgodi, da bo posegel po informacijah o svojem zdravstvenem stanju in zdravljenju, ki ga je predlagal zdravnik. Informacije, pridobljene s pomočjo interneta po obisku pri zdravniku, so lahko pacientu v veliko korist, saj se lahko počuti bolj samozavestnega in zadovoljnega z odločitvijo o zdravljenju, čeprav ni aktivno vključen v proces odločanja (Gerber in Eiser 2001).

Zdravnik lahko na bolj informiranega pacienta odreagira na več načinov. S pravim pristopom lahko zdravnik ne le premaga nastale spremembe v odnosu, ampak tudi izboljša kakovost zdravljenja in ustvari partnerstvo s svojim pacientom (Ball in Jennifer 2001). Možne posledice (McMullan 2006):

- Odnos med pacientom in zdravnikom lahko postane odnos, kjer je zdravnik v središču. Predvsem zdravniki s pomanjkanjem veščin informacijskih tehnologij se lahko počutijo ogrožene zaradi informacij, ki jih pridobi pacient in odreagirajo napadalno, tako da se zavzemajo za svoje strokovno mnenje. Poskusili bodo hitro in avtoritativno voditi pacienta proti njihovim odločitvam.
- Odnos lahko postane bolj osredotočen na pacienta. Zdravnik in pacient sodelujeta. Mnogo pacientov ima čas in motivacijo, da iščejo informacije v zvezi z njihovim stanjem. Njihovo iskanje je osredotočeno na točno določen problem, ki jih zanima. Na drugi strani ima zdravnik znanje in veščine, da analizira informacije in ovrednoti njihovo relevantnost za določenega pacienta.
- Tretja možnost je, da zdravnik svojemu pacientu priporoča spletne strani. Avtorja Gerber in Eiser (v McMullan 2006) imenujeta tak odnos »internetni recept«. V tem primeru lahko zdravnik vodi svojega pacienta do točnih in zanesljivih informacij. Pomembno je, da zdravnik ve, kje lahko najde kvalitetne informacije in da nauči pacienta informacije filtrirati. Mogoče je, da kombinacija drugega in tretjega načina tvori odnos s pacientom v središču, voden s strani profesionalca.

Raziskava vpliva internetno dostopnih informacij na odnos med pacientom in zdravnikom (Christmann 2013) je pokazala določene spremembe v odnosu. Kot prvo, se je izkazalo, da so pacienti postali bolj kritični in bolj vključeni v diskusijo z zdravnikom, kažejo pa tudi več zanimanja za razumevanje svojega stanja. Kot drugo, kaže se določena sprememba v porazdelitvi moči med pacientom in zdravnikom, v smislu, da je odnos bolj enakopraven. Kot tretje, zdravnik vseeno ostaja pomemben, saj je pacient kljub vsem novim informacijam, ki jih je pridobil, še vedno le pacient in ne zdravstveni ekspert. Opremljen z novimi informacijami, se vendarle obrne na zdravnika, da mu jih ta pomaga razjasniti. Zdravniki niso poročali o občutkih ogroženosti ali prizadetosti zaradi pacientov, ki informacije o zdravju iščejo na internetu in v tem ne vidijo problema. Kot ključne prednosti bolj informiranega pacienta so se izkazale boljše pacientovo razumevanje in zastavljanje bolj smiselnih vprašanj, izboljšanje procesa zdravljenja in pa zblizanje ter partnerstvo v odnosu med pacientom in zdravnikom. Po drugi strani se je kot slabost izkazalo, da mora zdravnik včasih vložiti več truda in časa v diskusijo s pacientom, da mu pojasni nekatere informacije in ga pregovori v nasprotno, ko nima prav.

Nasprotno pa je študija britanskih pacientov s sladkorno boleznijo iz leta 2013 pokazala, da pacienti, opolnomočeni z znanjem o svoji bolezni in alternativnimi strategijami upravljanja z boleznijo, opažajo negativne reakcije s strani manj informiranih zdravnikov, ki se niso sposobni spopadati z opolnomočenim in informiranim pacientom in tako blokirajo dostop do zdravil in zalog (Snow in drugi 2013).

3 Spletne zdravstvene skupnosti

V splošnem lahko spletno skupnost razumemo kot »družbeno enoto članov, ki delujejo kot skupina in med seboj komunicirajo s pomočjo komunikacijskih tehnologij, ki premagujejo geografske razdalje« (Demiris 2006, 179). Spletne zdravstvene skupnosti pa so posebna vrsta spletnih skupnosti, ki se zaradi svojega specializiranega konteksta razlikujejo od ostalih. Spletne zdravstvene skupnosti omogočajo uporabnikom dostop do informacij o različnih boleznih in zdravljenju, hkrati pa omogočajo tudi deljenje lastnih izkušenj in spoznanj. Predstavljajo povezavo med posamezniki s podobnimi stanji, olajšujejo izmenjavo informacij in izkušenj ter povezujejo paciente z eksperti. Svojim članom zagotavljajo dostop do virov informacij, ne glede na zemljepisne, časovne ali »zasebnostne« omejitve (Johnston in drugi 2013).

3.1 Vrste

Spletne zdravstvene skupnosti lahko delimo glede na več dejavnikov.

Lahko jih delimo glede na prisotnost zdravnika - na tiste brez prisotnosti zdravnika (eksperta), torej skupnosti pacient-pacient in na tiste, kjer je prisoten zdravnik (ekspert), torej skupnosti pacient-zdravnik (Vennik in drugi 2014). Skupnosti brez zdravnika (angleško »peer to peer communities« oziroma »P2P communities«) so skupnosti pacientov ali njihovih družinskih članov, ki si izmenjujejo izkušnje. Lahko jih imenujemo tudi spletne podporne skupine pacientov. So virtualne platforme, namenjene izmenjavi informacij, kjer lahko uporabnik le brska po vsebini, ali pa sodeluje v pogovoru z ostalimi uporabniki (Peng in drugi 2015). Skupnosti, kjer so povezani pacienti in zdravniki (angleško »patient do doctor« oziroma »P2D communities«), so skupnosti, kjer pacienti in zdravstveni eksperti med seboj komunicirajo, ne glede na zemljepisno lokacijo ali zdravnikovo institucionalno pripadnost. Za take skupnosti je značilen virtualen odnos med pripadniki skupnosti, torej večinoma se družijo le na internetu, ne pa tudi fizično, informacije pa so v veliki meri osredotočene na samopomoč in ne toliko na zagotavljanje zdravstvenih storitev (Vennik in drugi 2014).

Spletne skupnosti delimo tudi glede na dostop – lahko imajo odprt ali zaprt (omejen) dostop. Skupnosti z odprtim dostopom imajo več interakcij kot tiste z zaprtim in zato ponujajo več informacij (Nambisan 2011).

Lahko pa jih delimo na podlagi osredotočenosti: skupnosti, osredotočene na uporabnike (torej paciente, njihove sorodnike, prijatelje), skupnosti, osredotočene na zdravstvene eksperte in skupnosti, osredotočene tako na uporabnike, kot tudi zdravstvene eksperte. V prvi se združujejo uporabniki z enakim stanjem ali zdravljenjem in so namenjene sodelovanju, deljenju informacij in sočutju. Druge so namenjene sporočilom, mnenjem, izmenjavi virov in obojestranskemu sodelovanju, tretje pa ponujajo alternativno komunikacijo, ki uveljavlja odnos med pacientom in zdravnikom (Tommasetti in drugi 2014).

3.2 Prednosti in slabosti

Spletne zdravstvene skupnosti imajo seveda tako svoje prednosti, kot tudi slabosti. Da bi razumeli njihovo delovanje in vplivanje, je pomembno, da se zavedamo obojih.

Avtorica Nambisan (2011) navaja zaznano sočutje, torej sočutje, zaznano s strani pacientov v spletnih zdravstvenih skupnostih, ki temelji na interakciji in pogovoru z ostalimi člani, kot ključni element zadovoljstva pri uporabnikih. Zaznano sočutje ima potencial, da neposredno vpliva na uspeh obravnave in procesa zdravljenja. Pripadniki spletne zdravstvene skupnosti so v raziskavah poročali o nekaterih pozitivnih procesih v skupnosti: izmenjava informacij, čustvena opora, priznanja, pomoč drugim in tudi zabava (van Uden-Kraan in drugi 2009), informiranje in učenje, boljše psihološko počutje ter povečana sposobnost za spopadanje z boleznijo (Malik in Coulson 2008). Opažajo boljše obveščenost, občutke samozavesti v zvezi s svojim zdravnikom, zdravljenjem in socialnim okoljem, večje sprejemanje svoje bolezni, več optimizma in nadzora, boljše samopodobo in družbeno dobrobit ter kolektivno akcijo (van Uden-Kraan in drugi 2009).

Virtualna omrežja in spletne skupnosti nudijo pacientu priložnosti za izmenjavo računalniško posredovane socialne opore. Socialna opora je direktno ali indirektno pozitivno povezana z izidom zdravljenja in ima pozitivne učinke, kot so zmanjševanje stresa in možnosti za depresijo ter ojačanje imunskega sistema (Nambisan 2011) in s pomočjo interneta si pacienti, ki trpijo za podobnimi boleznimi lahko med seboj izmenjujejo informacije, osebne izkušnje in sočustvovanja – nudijo si torej socialno oporo (Oh in Lee 2012). Velikokrat pacienti poročajo, da so več razumevanja in sočutja prejeli od drugih uporabnikov skupnosti v primerjavi z družinskimi člani, prijatelji in sodelavci (Nambisan 2011). Anonimna narava internetne komunikacije omogoča pacientom, da si izmenjujejo osebne informacije brez strahu, da jim bodo drugi sodili ali jih prepoznali (Oh in Lee 2012). Poleg socialne, pa spletne zdravstvene skupnosti zagotavljajo še informacijsko in relacijsko oporo, vse to pa lahko poveča občutek nadzora, samozavesti, občutka neodvisnosti in večine socialne interakcije, ki so potrebne za reševanje posameznikove težavne situacije in njegovo dobrobit. Informirani pacient lahko prevzame aktivno vlogo v komunikaciji z zdravnikom, ko postavlja več vprašanj in bolj zavzeto sodeluje v procesu odločanja (Oh in Lee 2012).

Spletne zdravstvene skupnosti omogočajo posamezniku vključenost v asinhrono, pisno komunikacijo z drugimi posamezniki 24 ur na dan, 7 dni na teden. Zagotavljajo mu torej dostop do nasvetov in opore tudi takrat, ko so tradicionalne oblike pomoči nedostopne. In ker sodelovanje v spletnih skupnostih ni omejeno niti zemljepisno niti prostorsko, se lahko v njih združi večje število med seboj različnih si posameznikov (Malik in Coulson 2008).

Raziskava, v kateri so sodelovali člani 33 spletnih podpornih skupin kroničnih bolnikov (Bartlett in Coulson 2011), je med drugim raziskovala vpliv članstva v spletnih podpornih skupinah na odnos med pacientom in zdravnikom. Rezultati raziskave so pokazali, da spletne podpirne skupine igrajo pomembno vlogo v odnosu med pacientom in zdravnikom. 60 % udeležencev raziskave je odgovorilo, da menijo, da je njihovo članstvo v spletni podporni skupini spremenilo njihov odnos z zdravnikom. Večina je poročala o pozitivnem učinku – boljša pripravljenost na obisk pri zdravniku in večja informiranost o simptomih, zdravljenju in bolezni. Z leti, daljšim članstvom in večjo samozavestjo z zdravnikom pa občutek, da je članstvo spremenilo njihov odnos z zdravnikom, pada.

Kljub vsemu pa je treba omeniti tudi zaskrbljenost raziskovalcev glede pomanjkljivosti internetne socialne opore, kot na primer izmenjava netočnih in zavajajočih informacij ter odsotnost neverbalnih znakov, kar lahko vodi do napačne interpretacije sporočil, neprimerne, burne komunikacije in celo do verbalnega nasilja (Malik in Coulson 2008). Uporabniki različnih spletnih forumov za neplodne pare so v raziskavi (Malik in Coulson 2008) poročali o negativnih vidikih spletne komunikacije, kot so občutki žalosti in stresa ob branju tragičnih zgodb drugih uporabnikov in na drugi strani ljubosumje in depresija ob branju uspešnih zgodb, že omenjeno napačno razumevanje sporočil, primerjanje svoje zgodbe z zgodbami drugih in ne nazadnje prevelika obsedenost s participacijo na forumu. Nekateri moški so poročali o občutkih izolacije in nemoči, ko so njihove žene uporabljale forum in jih niso več potrebovale, saj je za njih glavno vlogo predstavljala moč in opora ženi. Lahko se zgodi tudi, da se zaradi komunikacije z drugimi uporabniki foruma partnerja med seboj začeta manj pogovarjati, ali celo spletna prijateljstva nadomestijo tiste prave, trdne vezi (Malik in Coulson 2008).

V nadaljevanju bom opredelila in raziskala še koncept e-zdravstvene pismenosti kot enega od dejavnikov spremembe v odnosu med pacientom in zdravnikom.

3.3 e-zdravstvena pismenost

Zdravstvena pismenost je opredeljena kot »stopnja, do katere je posameznik sposoben pridobiti, procesirati in razumeti osnovne zdravstvene informacije in storitve, potrebne za sprejemanje primerne odločitve« (Schulz in Nakamoto 2011, 65). Za večjo samozadostnost pacienta pa ta potrebuje nekaj več od osnovnih veščin zdravstvene pismenosti – Nutbeam (2000) ločuje interaktivno in kritično pismenost od osnovne. Komunikativna, oziroma

interaktivna pismenost in kritična pismenost vključujeta naprednejše kognitivne veščine, v kombinaciji s socialnimi veščinami pa posamezniku nudita možnost aktivne participacije v vsakodnevnih aktivnostih, kritično analiziranje informacij in uporabo informacij na način, da doseže večji nadzor in odgovornost za svoje zdravje. Te veščine vključujejo deklarativno znanje, torej informacije o zdravju in medicini, proceduralno znanje in veščine odločanja (Schulz in Nakamoto 2011).

e-zdravstvena pismenost je opredeljena kot »zmožnost brskanja, iskanja, razumevanja, vrednotenja in uporabe zdravstvenih informacij iz elektronskih virov z namenom odkrivanja in reševanja zdravstvenega problema« (Hu in drugi 2012).

Z internetom se na nek način torej pojavi drugačen problem zdravstvene pismenosti, predstavljen skozi koncept e-zdravstvene pismenosti. Internet pacientu nudi dostop do velike količine informacij, spletnih strani, ki ponujajo nasvete, oglašujejo izdelke in storitve ter zagotavljajo formalna orodja, ki pomagajo pacientu pri sprejemanju zdravstvenih odločitev. To pacientu omogoča, da uporablja internet neodvisno, kot orodje za podporo pri odločanju (Schulz in Nakamoto 2011). V tej vlogi pa se internet sreča z resnimi omejitvami, najbolj očitna so netočne informacije. Kakorkoli, že točne informacije lahko povzročajo probleme pacientom, ki jih niso sposobni uporabiti primerno (Schulz in Nakamoto 2011). Problem je tudi v splošnosti informacij – kljub vse večjemu prilagajanju informacij, ki individualizira njihovo uporabnost, je veliko informacij, dostopnih na internetu, splošnih. Dober primer so promocijske spletne strani zdravil na recept, ki opisujejo zdravstveno stanje, zdravljenju katerega je zdravilo namenjeno, prednosti in metodo uporabe ter informacije o možnih stranskih učinkih – informacije torej niso univerzalne (večina stranskih učinkov je redkih), niti pa niso prilagojene. Zdravila niso primerna za vse paciente, in tudi, kadar so, niso za vse enako učinkovita (Schulz in Nakamoto 2011).

Naslednji problem se nanaša na pacientovo predznanje. Koristnost pridobljenih zdravstvenih informacij je odvisna od pacientovega predznanja, ki je nujno za razumevanje in ustrezno vrednotenje novih informacij (Schulz in Nakamoto 2011).

Ko govorimo o internetu kot sistemu podpore odločanju, pa je njegova največja slabost fleksibilnost. Namesto, da bi spletni iskalec pacienta spodbujal k sistematičnemu pristopu odločanja, ga ta spodbuja k uporabi bližnjic brez kritičnih premislekov. Iskanje informacij bodo vodile pacientove lastne preference, želje in nagnjenja, znanje, ki ga bo usvojil, pa ne bo

temeljilo na realnosti. Nič bolje pa ni pacientovo ignoriranje brez prejšnjih preferenc – v tem primeru iskanje informacij ne bo naključno, ampak ga bodo vodili komercialni interesi, s pomočjo katerih so nekatere informacije bolj dostopne od drugih (primer so spletne strani, ki so uvrščene na vrh iskalnega seznama). V tem smislu lahko internet promovira nenamerno zlorabo informacij – slabo pismenost, kjer več znanja vodi k slabšim odločitvam, ker vodi pacienta v vlogi odločevalca k pristranskemu iskanju informacij ali pa postane kognitivno zaveden zaradi komercialnega prepričevanja (Schulz in Nakamoto 2011). Lahko se zgodi, da ne le ena odločitev, ampak vse pacientove odločitve, temeljijo na njegovi slabi pismenosti.

Christmannova je v svoji raziskavi vpliva internetno dostopnih zdravstvenih informacij na odnos med pacientom in zdravnikom (2013), med drugim ugotovila tudi, da je pomembnost vpliva, ki ga bo informacija imela na odnos, odvisna zlasti od kvalitete informacije in pa pacientove evalvacije informacije. Boljša kot je kvaliteta informacije in/ali ustrežnejša je njena evalvacija, bolj dominira prednost, ki jo ima informacija na odnos. Problem nastane, ker pacient kot laik ne more vedno presoditi kvalitete informacije in ker je na internetu dostopna ogromna količina tako uporabnih, kot tudi neuporabnih informacij in je zato nujno potrebno znati ločevati med njimi. Pravzaprav je Christmannova govorila o pomembnosti zdravstvene in e-zdravstvene pismenosti.

Christmannovo je presenetil vidik evalvacije informacije, ki se je izkazal za bolj pomembnega od njenih pričakovanj. Pravzaprav se je izkazalo, da bolj kot sama sprememba v porazdelitvi moči v odnosu med pacientom in zdravnikom, sta prav kvaliteta informacije in njena evalvacija ključna dejavnika za vpliv, ki ga imajo pridobljene zdravstvene informacije na odnos med pacientom in zdravnikom.

4 Raziskovalni okvir

Z empirično raziskavo želim odgovoriti na dve raziskovalni vprašanji:

Raziskovalno vprašanje 1: Ali obstaja povezanost med rabo spletnih zdravstvenih skupnosti in odnosom med pacientom in zdravnikom?

Raziskovalno vprašanje 2: Na kakšen način je raba spletnih zdravstvenih skupnosti povezana z različnimi vidiki odnosa med pacientom in zdravnikom, pod pogoji e-zdravstvene pismenosti?

5 Empirični del

5.1 Vzorec in zbiranje podatkov

V diplomskem delu sem uporabila sekundarne podatke, zbrane v raziskavi MON 2016. Enota analize je uporabnik spletne zdravstvene skupnosti Med.Over.Net. V vzorcu niso vsi obiskovalci portala, ampak le tisti, ki obiskujejo forume. Zbiranje podatkov je potekalo maja in junija 2016. Anketa je sestavljena iz 67 vprašanj. Anketo je ustrezno izpolnilo 2583 obiskovalcev. V vzorcu je 1635 enot. Velikost vzorca ni povsem enaka pri vseh vprašanjih, saj se zgodi, da na katerega od vprašanj ne odgovorijo vsi anketiranci. Vse analize sem izvedla s pomočjo statističnega programa za obdelavo podatkov SPSS.

Spletni portal Med.Over.Net je bil ustanovljen leta 2000. Je prva in največja zdravstvena, socialna in pedagoška internetna stran v Sloveniji, ki omogoča brezplačen dostop do novosti in različnih zanimivosti na področju zdravstva, vsebuje pa tudi forume, kjer se združujejo uporabniki in strokovnjaki ter s tem uporabniku omogočajo komunikacijo in oporo (Med.Over.Net).

Analiza vzorca:

Tabela 5.1: Socio-demografske značilnosti uporabnikov spletne zdravstvene skupnosti

Spremenljivka	Kategorija	N	Odstotek
Spol	Moški	214	15,1
	Ženski	1204	84,9
Starost	Mlajši od 25 let	148	10,6
	Med 25 in 40 let	774	55,3
	Med 41 in 55 let	369	26,4
	Starejši od 56 let	108	7,7
Izobrazba	Osnovna šola ali manj	22	1,6
	Dveletna ali triletna poklicna šola	77	5,5
	Štiriletna ali petletna srednja šola	402	28,7
	Višja, visoka šola, univerzitetna izobrazba	726	51,9
	Specializacija, magisterij, doktorat	172	12,3
Status	Zaposlen/a ali samozaposlen/a	958	67,5
	Brezposeln/a	177	12,5
	Osnovnošolec/-ka, dijak/-inja študent/-ka	124	8,7

	Upokojenec/-ka	82	5,8
	Gospodinja ali pomagajoči družinski član	43	3,0
	Drugo	35	2,5

Iz tabele 5.1 lahko vidimo, da je v vzorcu veliko več žensk (84,9%), kot moških (15,1%). Povprečna starost anketirancev je 38 let, s standardnim odklonom 11, 6. Največ anketirancev je starih med 25 in 40 let (55,3%), 26,4 % jih je starih med 41 in 55 let. Največ anketirancev (51,9%) ima dokončano višjo ali visoko šolo oziroma univerzitetno izobrazbo. Sledijo jim anketiranci s končano štiriletno ali petletno srednjo šolo (28,7%). Večina anketirancev (67,5%) je zaposlenih oziroma samozaposlenih.

Tabela 5.2: Raba spletne zdravstvene skupnosti v vzorcu

		N	%
Dolžina članstva	nisem registriran/a uporabnik/-ica	355	25,3
	manj kot en mesec	12	0,9
	manj kot eno leto	148	10,5
	od 1 do 3 let	329	23,4
	več kot 3 leta	561	39,9
Objava sporočila na forumih	Ne	590	36,7
	Da	1019	63,3
Pogostost objavljanja sporočil v zadnjih 6 mesecih	manj kot enkrat na mesec	328	76,8
	vsaj enkrat na mesec (vendar ne vsak teden)	67	15,7
	vsaj enkrat na teden (vendar ne vsak dan)	26	6,1
	vsak dan ali skoraj vsak dan	6	1,4

Največ je registriranih uporabnikov spletne zdravstvene skupnosti že več kot 3 leta (39,9%). Velika večina uporabnikov, kar 63,3%, je na forumu že objavilo sporočilo. Objavljanje sporočil na forumu pa med uporabniki ni tako pogosto – največ, 76,8% jih sporočilo objavi v povprečju manj kot enkrat na mesec, le 1,4% uporabnikov pa objavi sporočilo vsak dan ali skoraj vsak dan. Uporabniki torej forume uporabljajo predvsem za branje in pregledovanje.

5.2 Priprava spremenljivk

5.2.1 Odnos med pacientom in zdravnikom

Odvisna spremenljivka v mojem diplomskem delu je odnos med pacientom in zdravnikom. Avtorji raziskave MON2016 s svojim anketnim vprašalnikom sicer niso imeli namena neposredno meriti odnos med pacientom in zdravnikom, vendar lahko iz merskih inštrumentov identificiramo številne trditve, ki se nanašajo na različne vidike tega odnosa. Zato sem izbrala vse potencialno relevantne indikatorje in na njih izvedla eksploratorno faktorsko analizo.¹

Tabela 5.3: Opisne statistike indikatorjev odnosa med pacientom in zdravnikom

	N	Min.	Max.	Povpr.	Std.odklon	Asimetr.	Splošč.
1) Včasih se zgodi, da imam vprašanje za zdravnika, a mi ga potem ne uspe zares vprašati	1476	1	5	3,15	1,20	-0,43	-0,94
2) Ko se pogovarjam z zdravnikom, se potrudim, da bo srečanje čim bolj učinkovito	1479	1	5	4,22	0,68	-1,00	2,82
3) Razumem informacije, ki mi jih poda zdravnik	1504	1	5	3,85	0,96	-1,05	1,01
4) Sposoben sem obnoviti, kar mi je zdravnik povedal	1498	1	5	3,78	1,08	-1,11	0,69
5) Svojemu zdravniku lahko na razumljiv način opišem svoje simptome	1500	1	5	4,07	0,75	-0,98	2,10
6) Občasno imam težave z razumevanjem zdravnikovih napotkov	1499	1	5	2,16	1,00	0,70	-0,15
7) Zdravniku bi težko priznal, če bi imel z neko boleznijo velike težave	1487	1	5	1,87	1,05	1,27	0,90
8) Strah me je zdravniku zastaviti vsa vprašanja, ki me zanimajo	1479	1	5	2,01	1,10	0,99	0,15
9) Zdravniku bi verjetno zamolčal, če zdravil ne bi jemal tako kot je predpisal	1478	1	5	2,18	1,08	0,67	-0,46
10) Včasih na vprašanje zdravnika ne odgovorim po resnici, ker si ne želim njegove pridige o tem, kako živim	1472	1	5	2,10	1,10	0,87	-0,10
11) Včasih me je strah kaj povedati zdravniku, da ne bi izpadel neumno	1502	1	5	2,33	1,15	0,52	-0,76

¹ Na tem mestu moram omeniti, da zaradi načina izbora indikatorjev govorimo zgolj o »zdravorazumski veljavnosti« (angleško face validity), pri kateri »na hitro ocenimo, ali je videti, kot da merski postopek meri, kar naj bi meril« (Lehman v Ferligoj in drugi 1995, 71).

12) Od zdravnika sem zmožen zahtevati pozornost, če opazim, da se je z nečim zamotil	1490	1	5	3,51	1,00	-0,49	-0,21
13) Zdravnika mi ni treba spraševati o dodatnih navodilih za zdravila ali terapije, saj vem o teh stvareh več kot on	1498	1	5	1,65	0,82	1,41	2,25
14) Zdravnika raje ne sprašujem, ker vem, da lahko najdem boljšo razlago drugje (npr. na internetu, pri prijateljih...)	1495	1	5	1,69	0,80	1,24	1,67
15) Včasih zdravnika sploh ne poslušam, ker že vnaprej vem, kaj mi bo povedal	1495	1	5	1,76	0,89	1,29	1,51
16) Vem, da bi lahko zdravnika več vprašal, a najbrž ne bi dobil nasveta, ki bi bil zame uporaben	1492	1	5	2,15	1,02	0,77	0,04
17) Četudi ne berem medicinskih revij, se mi zdi, da imam več znanja o svoji zdravstveni težavi kot zdravnik	1480	1	5	1,60	0,84	1,53	2,09
18) Začel sem pogosteje hoditi k zdravniku samo zato, da se pritožim nad njegovim preteklim postopkom	1498	1	5	1,29	0,56	2,34	7,50
19) Imam samozavest, da bi izrazil dvome glede terapije, ki bi jo priporočil zdravnik	1479	1	5	3,53	1,01	-0,47	-0,33
20) Zdravnika lahko prepričam, da dobim napotnico za specialista, čeprav to morda ne bi bilo nujno	1479	1	5	2,72	1,09	0,18	-0,65
21) Zdravniku povem, kakšne terapije mi ustrezajo, čeprav jim stroka ni naklonjena	1477	1	5	3,62	0,98	-0,72	0,17
22) Zdravnika lahko prepričam, da mi odobri več bolniške, kot je morda potrebno	1478	1	5	2,05	1,02	0,77	-0,14
23) Vem, da lahko zahtevam, da me zdravnik informira o vseh izbirah zdravljenja, ki jih imam na voljo	1504	1	5	3,93	0,93	-1,01	1,03
24) Pri odločanju glede možnih terapij nimam besede	1501	1	5	2,43	1,01	0,52	-0,15
25) Zdravniku se ne pustim prepričati, da spremeni moje poglede na bolezen	1500	1	5	2,28	0,93	0,59	0,15
26) Z zdravnikom bi se lahko pogovarjal o informacijah, ki sem jih našel na internetu	1503	1	5	3,53	1,02	-0,80	0,12
27) Mislim, da imam moč, da lahko vplivam na zdravnikove odločitve glede mojega zdravljenja	1498	1	5	2,67	1,04	0,06	-0,78
28) Težko se dogovorim za način zdravljenja, ki najbolj ustreza mojim potrebam	1498	1	5	2,28	0,95	0,69	0,23
29) Zdravnika mi ni potrebno samo poslušati, ampak lahko tudi jaz kaj predlagam	1497	1	5	3,62	0,97	-0,97	0,62

30) Če nekje vidim ali preberem pomembno zdravstveno informacijo, jo po navadi omenim zdravniku	1491	1	5	3,21	1,07	-0,48	-0,60
31) Zdravnik mi lahko pove vse vidike moje bolezni, ampak jaz se v končni fazi odločim, kako postopati naprej	1482	1	5	3,25	1,16	-0,38	-0,80

Iz zgornje tabele lahko razberemo opisne statistike vseh potencialnih indikatorjev odnosa med pacientom in zdravnikom. Vidimo, da ima najvišje povprečje indikator *ko se pogovarjam z zdravnikom, se potrudim, da bo srečanje čim bolj učinkovito* (4,22 na lestvici od 1 do 5), visoko povprečje pa imata tudi indikatorja *razumem informacije, ki mi jih poda zdravnik* (3,85) in *sposoben sem obnoviti, kar mi je zdravnik povedal* (3,78). Vsi trije indikatorji nakazujejo na dobro komunikacijo in sporazumevanje med pacientom in zdravnikom.

Iz vrednosti koeficientov asimetrije in sploščenosti razberemo, da porazdelitev vrednosti najbolj odstopa pri indikatorju *mislim, da imam moč, da lahko vplivam na zdravnikove odločitve glede mojega zdravljenja*, kjer koeficient asimetrije znaša 0,06, kar nakazuje na asimetrično porazdelitev v desno, koeficient sploščenosti pa -0,78, kar nakazuje na sploščeno porazdelitev. Precejšnje odstopanje lahko opazimo tudi pri indikatorju *začel sem pogosteje hoditi k zdravniku samo zato, da se pritožim nad njegovim preteklim postopkom*, kjer koeficient asimetrije znaša 2,34, kar prav tako nakazuje na asimetrično porazdelitev v desno, koeficient sploščenosti pa 7,5, kar nakazuje na koničasto porazdelitev. Zaradi velikega odstopanja sem oba indikatorja takoj izločila.

Na vseh ostalih zgoraj navedenih indikatorjih pa sem izvedla faktorsko analizo. Uporabila sem metodo glavnih osi (Principal Axis Factoring) z oblimin rotacijo. V prvem koraku dobim kar 6 faktorjev z zelo nizkimi deleži pojasnjene variance, zato izločim nekaj indikatorjev, ki pojasnijo najmanjši delež variance, to so indikatorji 6), 7), 23) in 25)². Ker v drugem koraku še vedno dobim 6 faktorjev, nadaljujem z izločanjem indikatorjev, spet izločim tiste z nizkimi deleži pojasnjene variance, to so indikatorji 1), 2), 9), 12), 19), 21), 22) in 24). V tretjem koraku dobim 4 faktorje, a vseeno izločim še indikatorja 20) in 28) in tako v zadnjem koraku dobim 4 smiselne faktorje, ki se med seboj ne prekrivajo, vsi ostali indikatorji pa se lepo razporedijo v dobljene 4 faktorje.

² Indikatorji so navedeni v Tabeli 5.3.

Tabela 5.4: Rezultat faktorске analize

	Faktor			
	pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti	sporazumevanje	pacientova vključenost v proces odločanja	iskrenost
Razumem informacije, ki mi jih poda zdravnik	-0,01	0,83	0,00	-0,01
Sposoben sem obnoviti, kar mi je zdravnik povedal	0,02	0,86	-0,05	0,12
Svojemu zdravniku lahko na zelo razumljiv način opišem svoje simptome	-0,02	0,48	0,08	-0,16
Strah me je zdravniku zastaviti vsa vprašanja, ki me zanimajo	-0,03	-0,02	-0,08	0,68
Včasih na vprašanje zdravnika ne odgovorim po resnici, ker si ne želim njegove pridige o tem, kako živim	0,22	0,04	-0,02	0,44
Včasih me je strah kaj povedati zdravniku, da ne bi izpadel neumno	-0,04	-0,03	0,05	0,79
Zdravnika mi ni treba spraševati o dodatnih navodilih za zdravila ali terapije, saj vem o tem več kot on	0,71	0,05	0,06	-0,05
Zdravnika raje ne sprašujem, ker vem, da lahko najdem boljšo razlago drugje (npr. na internetu, pri prijateljih...)	0,69	-0,04	-0,05	0,01
Včasih zdravnika sploh ne poslušam, ker že vnaprej vem, kaj mi bo povedal	0,68	-0,00	-0,03	0,09
Vem, da bi lahko zdravnika več vprašal, a najbrž ne bi dobil nasveta, ki bi bil zame uporaben	0,51	-0,09	-0,06	0,23
Četudi ne berem medicinskih revij, se mi zdi, da imam več znanja o svoji zdravstveni težavi, kot zdravnik	0,75	-0,01	0,02	-0,07
Z zdravnikom bi se lahko pogovarjal o informacijah, ki sem jih našel na internetu	-0,12	0,00	0,60	-0,03
Zdravnika mi ni potrebno samo poslušati, ampak lahko tudi jaz kaj predlagam	0,01	0,01	0,61	0,03
Če nekje vidim ali preberem pomembno zdravstveno informacijo, jo po navadi omenim zdravniku	0,09	-0,01	0,68	0,01
% pojasnjene variance	24,67	11,95	7,99	4,31
Cronbachova alfa	,810	,760	,656	,701

Iz zgornje tabele lahko vidimo končni rezultat faktorjske analize. Vidimo lahko dobljene 4 faktorje in razporeditev indikatorjev v te faktorje. Faktorje sem, glede na indikatorje, ki jih vsebujejo, poimenovala pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti, sporazumevanje, pacientova vključenost v proces odločanja in iskrenost. Faktor pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti pojasnjuje največ, 24,67% variance, faktor sporazumevanje 11,95%, faktor pacientova vključenost v proces odločanja 7,99% in faktor iskrenost 4,31% variance. Vrednost Cronbachove alfe je pri vseh faktorjih, razen pri faktorju pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti, kjer je njena vrednost malo pod mejno, dovolj visoka, kar pomeni, da je zadovoljeno notranji konsistentnosti.

Indikatorje vsakega faktorja posebej sem na koncu sestavila v sestavljene spremenljivke. Vsaka sestavljena spremenljivka je bila ustvarjena tako, da sem seštela indikatorje med seboj in delila z njihovim skupnim številom. Nove spremenljivke tako predstavljajo dimenzije odnosa med pacientom in zdravnikom.

Tabela 5.5: Opisna statistika dimenzij odnosa med pacientom in zdravnikom

	pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti	sporazumevanje	pacientova vključenost v proces odločanja	iskrenost
Min.	1,00	1,00	1,00	1,00
Max.	5,00	5,00	5,00	5,00
Povprečje	4,22	3,88	3,44	3,85
Std. odklon	0,66	0,77	0,80	0,89

5.2.2 e-zdravstvena pismenost uporabnikov skupnosti

E-zdravstvena pismenost je spremenljivka, sestavljena iz več indikatorjev e-zdravstvene pismenosti.³ Ker imajo indikatorji dihotomne lestvice (drži in ne drži) je sestavljena spremenljivka ustvarjena tako, da so sešteti vsi odgovori drži (oziroma pri obrnjeni spremenljivki ne drži). Lestvica sestavljene spremenljivke je tako od 0 do 6, kjer 0 pomeni popolno e-zdravstveno nepismenost in 6 popolno e-zdravstveno pismenost.

³ Uporabila sem indikatorje, ki so jih izbrali že avtorji raziskave MON 2016, prav tako s pomočjo faktorjske analize.

Tabela 5.6: Opisne statistike indikatorjev e-zdravstvene pismenosti

Vprašanje	Odgovor	N	%
Težko ločim nizko kvalitetne od visoko kvalitetnih informacij o zdravju na internetu	Drži	703	45,2
	Ne drži	854	54,8
Včasih ne vem, kje začetni iskati informacije na internetu, ko se soočam z zdravstveno težavo	Drži	610	39,3
	Ne drži	942	60,7
Pogosto ne razumem terminologije, ki jo uporabljajo nekateri zdravstveni viri na internetu	Drži	684	44,1
	Ne drži	866	55,9
Imam dovolj znanja, da lahko ocenim kvaliteto z zdravjem povezanih virov na internetu	Drži	1012	65,8
	Ne drži	527	34,2
Na internetu si raje preberem kratke in enostavne zdravstvene razlage kot pa strokovno komplicirane pojasnitve	Drži	1071	68,8
	Ne drži	485	31,2
Velika količina informacij o zdravju na internetu me po navadi zmede	Drži	795	51,1
	Ne drži	761	48,9

Velik delež uporabnikov trdi, da imajo dovolj znanja, da lahko ocenijo kvaliteto z zdravjem povezanih virov na internetu (65,8%). Manj kot polovica uporabnikov (45,2%) je priznalo, da imajo probleme s prepoznavanjem kvalitetnih informacij o zdravju na internetu, približno enak delež (44,1%) pa, da ne razumejo terminologije, ki jo uporabljajo nekateri zdravstveni viri na internetu. Nekoliko manj (39,3%) uporabnikov včasih ne ve, kje začetni iskati informacije na internetu, ko se sooča z zdravstveno težavo. Hkrati je 51,1% uporabnikov priznalo, da jih velika količina informacij o zdravju na internetu po navadi zmede. Seveda se moramo na tem mestu zavedati, da so to le lastne ocene in trditve uporabnikov in vprašanja niso preverjala dejanske e-zdravstvene pismenosti. Pri taki vrsti vprašanj lahko obstaja napaka zaradi družbene zaželenosti odgovorov in posledično netočnih rezultatov.

Tabela 5.7: Opisne statistike sestavljene spremenljivke e-zdravstvena pismenost

	Min.	Max.	Povprečje	Std.odklon
e-zdravstvena pismenost	0	6	3,12	1,871

5.3 Osnovne povezanosti

Tabela 5.8: Osnovne povezanost med spremenljivkami

		pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti	sporazumevanje	pacientova vključenost v proces odločanja	iskrenost
e-zdravstvena pismenost	Pearsonov koeficient	0,052	0,273	0,196	0,177
	Sig.	0,038	0,000	0,000	0,000
Čas od zadnjega obiska portala	Pearsonov koeficient	-0,044	-0,036	0,025	0,026
	Sig.	0,077	0,148	0,312	0,300
Dolžina članstva	Pearsonov koeficient	-0,003	0,042	0,079	0,082
	Sig.	0,902	0,121	0,003	0,002
Čas od zadnjega obiska foruma	Pearsonov koeficient	-0,025	-0,005	0,001	-0,011
	Sig.	0,364	0,842	0,965	0,698
Objava sporočila (0=ne, 1=da)	Pearsonov koeficient	-0,015	-0,013	0,057	0,046
	Sig.	0,571	0,627	0,028	0,080
Čas od zadnje objave sporočila na forumu	Pearsonov koeficient	-0,072	0,021	0,034	-0,019
	Sig.	0,037	0,547	0,317	0,579
Pogostost objavljanja sporočil v zadnjih 6 mesečih	Pearsonov koeficient	0,021	0,019	-0,032	-0,014
	Sig.	0,681	0,706	0,524	0,779
Spol (0=moški, 1=ženska)	Pearsonov koeficient	-0,013	-0,046	-0,016	0,018
	Sig.	0,636	0,083	0,553	0,486
Izobrazba	Pearsonov koeficient	0,001	0,098	0,075	0,058
	Sig.	0,972	0,000	0,005	0,030
starost	Pearsonov koeficient	0,085	0,127	0,029	-0,026
	Sig.	0,002	0,000	0,280	0,325

Iz tabele lahko razberemo, med katerimi spremenljivkami obstaja statistično značilna povezanost. Vse povezanosti so zgolj šibke. Vidimo lahko pozitivno povezanost med e-zdravstveno pismenostjo in vsemi štirimi dimenzijami odnosa. Večja e-zdravstvena pismenost je torej povezana z večjo iskrenostjo med pacientom in zdravnikom, boljšim sporazumevanjem, boljšo pacientovo oceno zdravnikove usposobljenosti in večjo pacientovo

vklučenost v proces odločanja. Obstaja pozitivna povezanost med dolžino članstva v spletni skupnosti in sporazumevanjem ter pacientovo vključenost v proces odločanja. Daljše članstvo je povezano z boljšim sporazumevanjem med pacientom in zdravnikom ter večjo pacientovo vključenost v proces odločanja. Obstaja pozitivna povezanost med objavo sporočila na forumu in pacientovo vključenost v proces odločanja. Dejstvo, da je uporabnik kdaj že objavil sporočilo na forumu, je povezano z boljšo vključenostjo v proces odločanja. Čas od zadnje objave sporočila na forumu je negativno povezan s pacientovo oceno zdravnikove usposobljenosti. V praksi to pomeni, da je manj pretečenega časa od zadnje objave (lestvica je obrnjena tako, da višja vrednost pomeni, da je od zadnjega obiska preteklo manj časa) povezano s slabšo pacientovo oceno zdravnikove usposobljenosti. Višja izobrazba je povezana z večjo iskrenostjo v odnosu, boljšim sporazumevanjem med pacientom in zdravnikom ter večjo pacientovo vključenost v proces odločanja. Višja starost je povezana z večjo iskrenostjo med pacientom in zdravnikom ter boljšo pacientovo oceno zdravnikove usposobljenosti.

5.4 Povezanost rabe spletne zdravstvene skupnosti in različnih dimenzij odnosa med pacientom in zdravnikom

Za analizo prvega raziskovalnega vprašanja sem s pomočjo regresijske analize ugotavljala povezanost rabe spletne zdravstvene skupnosti in odnosa med pacientom in zdravnikom. Regresijska analiza nam poda regresijske koeficiente, ki so statistično gledano parcialni korelacijski koeficienti – povedo nam torej, kakšna je povezanost med dvema spremenljivkama, kontrolirano po vseh ostalih neodvisnih spremenljivkah v modelu. Izdelala sem 4 regresijske modele za vse 4 dimenzije, kamor sem vključila indikatorje rabe spletne skupnosti, e-zdravstveno pismenost ter kontrolne spremenljivke starost, spol in izobrazba.

Tabela 5.9: Prileganje modelov in deleži variabilnosti odvisne spremenljivke

	R kvadrat (prilagojen)	Signifikanca
pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti	-0,014	0,856
sporazumevanje	0,046	0,006
pacientova vključenost v proces odločanja	0,058	0,001
iskrenost	0,134	0,000

Vidimo lahko, da se modeli za dimenzije sporazumevanje, pacientova vključenost v proces odločanja in iskrenost prilegajo podatkom, saj so vrednosti signifikance nizke. Le model za dimenzijo pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti se ne prilega podatkom. Z neodvisnimi in kontrolnimi spremenljivkami skupaj pojasnimo 4,6% variabilnosti dimenzije sporazumevanje, 5,8% variabilnosti dimenzije pacientova vključenost v proces odločanja in 13,4% variabilnosti dimenzije iskrenost.

Tabela 5.10: Koeficienti linearne regresije

	pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti	sporazumevanje	pacientova vključenost v proces odločanja	iskrenost
	Beta	Beta	Beta	Beta
Konstanta				
Čas od zadnjega obiska portala	-0,046	-0,08	0,077	-0,102
Dolžina članstva	-0,059	0,024	0,088	0,014
Čas od zadnjega obiska foruma	0,013	0,053	-0,113	-0,033
Čas od zadnje objave sporočila na forumu	-0,057	-0,021	0,074	0,001
Pogostost objavljanja sporočil v zadnjih 6 mesecih	0,018	-0,009	-0,023	-0,05
e-zdravstvena pismenost	0,053	0,323***	0,244***	0,246***
Spol (0=moški, 1=ženska)	0,008	-0,044	0,002	-0,018
izobrazba	-0,053	0,062	-0,019	0,082
starost	0,086	0,199***	-0,005	0,065

* $0,05 < p < 0,1$, ** $0,01 < p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Iz zgornje tabele lahko razberemo, kje obstajajo statistično značilne parcialne povezanosti. Vse parcialne povezanosti v modelu so zgolj šibke. E-zdravstvena pismenost je statistično značilno povezana s sporazumevanjem, pacientovo vključenostjo v proces odločanja in z iskrenostjo. Smer povezanosti je v vseh treh primerih pozitivna, tako da lahko rečemo, da je večja e-zdravstvena pismenost povezana z večjo iskrenostjo v odnosu med pacientom in zdravnikom, boljšim sporazumevanjem ter večjo pacientovo vključenost v proces odločanja. Starost je statistično značilno povezana z iskrenostjo v odnosu med pacientom in zdravnikom.

Smer povezanosti je pozitivna, zato lahko rečemo, da je višja starost povezana z večjo iskrenostjo v odnosu med pacientom in zdravnikom.

Odgovor na prvo raziskovalno vprašanje je torej, da statistično značilne povezanosti med rabo spletnih zdravstvenih forumov in odnosom med pacientom in zdravnikom ni, kažejo se namreč le povezanosti med rabo in starostjo ter e-zdravstvena pismenostjo.

5.5 Povezanost rabe spletne zdravstvene skupnosti in različnih dimenzij odnosa med pacientom in zdravnikom pod pogoji e-zdravstvene pismenosti

V drugem raziskovalnem vprašanju me je zanimalo, na kakšen način je raba spletne zdravstvene skupnosti povezana z različnimi vidiki odnosa med pacientom in zdravnikom, pod pogoji e-zdravstvene pismenosti.

Tokrat sem v regresijski model vključila interakcije indikatorjev rabe spletne zdravstvene skupnosti in e-zdravstvene pismenosti. Pred tem sem izračunala centrirane vrednosti indikatorjev rabe in e-zdravstvene pismenosti, da bi se izognila multikolinearnosti. V model sem dodala tudi kontrolne spremenljivke starost, spol in izobrazba. ⁴

Tabela 5.11: Prileganje modelov in deleži variabilnosti odvisne spremenljivke za modele z interakcijami

	R kvadrat (prilagojen)	Signifikanca
pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti	-0,011	0,700
sporazumevanje	0,049	0,011
pacientova vključenost v proces odločanja	0,080	0,000
iskrenost	0,135	0,000

Iz tabele vidimo, da se vsi modeli prilegajo podatkom, razen model za dimenzijo pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti, kjer je signifikanca previsoka, da bi govorili o prileganju podatkov. Z neodvisnimi in kontrolnimi spremenljivkami skupaj pojasnimo 4,9%

⁴ VIF parametri, ki nakazujejo na multikolinearnost v modelu, če je njihova vrednost previsoka, so imeli vrednosti v mejah normale (samo e-zdravstvena pismenost ima v vseh modelih vrednost VIF okoli 3, predvidevam, da zaradi povezanosti med samimi neodvisnimi spremenljivkami med seboj. Ker ni velike razlike, če dam eno od neodvisnih spremenljivk ven iz modela, sem na koncu pustila vse.)

variabilnosti dimenzije sporazumevanje, 8% variabilnosti dimenzije pacientova vključenost v proces odločanja in 13,5% variabilnosti dimenzije iskrenost.

Tabela 5.12: Koeficienti linearne regresije za modele z vključenimi interakcijami

	pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti	sporazumevanje	pacientova vključenost v proces odločanja	iskrenost
	Beta	Beta	Beta	Beta
Konstanta				
Čas od zadnjega obiska portala ^a	-0,034	-0,078	0,074	-0,099
Dolžina članstva ^a	-0,045	0,038	0,116*	0,003
Čas od zadnjega obiska foruma ^a	-0,02	-0,07	0,106	0,006
Čas od zadnje objave sporočila na forumu ^a	-0,072	-0,038	0,064	-0,027
Pogostost objavljanja sporočil v zadnjih 6 mesecih ^a	0,012	-0,031	-0,035	-0,077
e-zdravstvena pismenost	0,006	0,375***	0,217**	0,261***
Spol	0,013	-0,042	0,008	-0,013
izobrazba	-0,054	0,053	-0,029	0,077
starost	0,086	0,201***	-0,009	0,063
Čas od zadnjega obiska portala x pismenost	0,178**	-0,044	-0,122	0,035
Dolžina članstva x pismenost	-0,054	-0,033	-0,052	0,007
Čas od zadnjega obiska foruma x pismenost	-0,133	-0,081	0,041	-0,117
Čas od zadnje objave sporočila na forumu x pismenost	0,018	0,038	0,162*	0,022
Pogostost objavljanja sporočil v zadnjih 6 mesecih x pismenost	0,052	0,103*	-0,009	0,189***

^a centrirane vrednosti spremenljivk, * 0,05 < p < 0,1, ** 0,01 < p < 0,05, *** p < 0,01

Vidimo lahko povezanost med časom od zadnjega obiska portala in pacientovo oceno zdravnikove usposobljenosti, ki je statistično značilna le ob prisotnosti e-zdravstvene pismenosti, sama po sebi pa ne. Smer povezanosti je pozitivna, tako da lahko rečemo, da je manj pretečenega časa od zadnjega obiska portala (lestvica je obrnjena tako, da višja vrednost

pomeni, da je od zadnjega obiska preteklo manj časa) povezano z boljšo pacientovo oceno zdravnikove usposobljenosti, pod pogojem večje e-zdravstvene pismenosti uporabnika.

Prav tako je čas od zadnje objave sporočila statistično značilno povezan z boljšim sporazumevanjem med pacientom in zdravnikom le ob prisotnosti e-zdravstvene pismenosti. Smer povezanosti je pozitivna, tako da lahko rečemo, da je manj pretečenega časa od zadnje objave sporočila na forumu (lestvica je obrnjena tako, da višja vrednost pomeni, da je od zadnje objave sporočila preteklo manj časa) povezano z boljšim sporazumevanjem med pacientom in zdravnikom, pod pogojem večje e-zdravstvene pismenosti pacienta.

Pogostost objavljajanja sporočil je statistično značilno povezana z iskrenostjo v odnosu med pacientom in zdravnikom ter pacientovo vključenost v proces odločanja le ob prisotnosti e-zdravstvene pismenosti, medtem ko sama po sebi povezanost ni statistično značilna. Smer povezanosti je tudi tukaj pozitivna, zato lahko rečemo, da je pogostejše objavljajanje sporočil na forumu povezano z večjo iskrenostjo v odnosu in večjo pacientovo vključenostjo v proces odločanja, pod pogojem večje e-zdravstvene pismenosti pacienta.

Vidimo lahko pozitivno povezanost med dolžino članstva in sporazumevanjem med pacientom in zdravnikom, ki je statistično značilna, interakcija dolžine članstva z e-zdravstveno pismenostjo pa ni statistično značilna.

Odgovor na drugo raziskovalno vprašanje je, da je pod pogoji e-zdravstvene pismenosti raba spletnih zdravstvenih skupnosti povezana z nekaterimi vidiki odnosa med pacientom in zdravnikom, na način, da povezanosti med rabo in odnosom, ki same po sebi niso statistično značilne, postanejo statistično značilne, ko je prisotna e-zdravstvena pismenost.

6 Razprava

Odgovora na raziskovalni vprašanji:

Prvič, statistično značilne povezanosti med rabo spletnih zdravstvenih skupnosti in odnosom med pacientom in zdravnikom ni.

Za odgovor na prvo raziskovalno vprašanje sem izvedla regresijsko analizo, ki nam je pokazala, kje obstajajo parcialne povezanosti med spremenljivkami. Analiza nam pokaže, da

ne obstajajo statistično značilne povezanosti med rabo spletnih zdravstvenih skupnosti in odnosom med pacientom in zdravnikom.

Odgovor na prvo raziskovalno vprašanje ni v skladu s teoretičnimi predpostavkami in predstavljenimi predhodnimi raziskavami. Čeprav kvantitativni vidiki uporabe spletnega portala, ki sem jih raziskovala v prvem raziskovalnem vprašanju, niso povezani z dimenzijami odnosa med pacientom in zdravnikom, lahko sklepam, da so z odnosom povezani drugi, kvalitativni vidiki uporabe, kot so načini in razlogi za uporabo portala in forumov - ali uporabnik na portalu išče drugo mnenje, ali išče le socialno in emocionalno oporo ljudi, ki se soočajo z enakimi problemi, ali se na portal obrne po informacije za svoje bližnje in ne zase, ali portal obišče zaradi nezadovoljstva s svojim zdravnikom, itd. Statistično značilno pa je z nekaterimi dimenzijami odnosa pozitivno povezana e-zdravstvena pismenost. Večja e-zdravstvena pismenost je povezana z večjo iskrenostjo v odnosu med pacientom in zdravnikom, boljšim sporazumevanjem ter večjo pacientovo vključenost v proces odločanja.

Drugič, pod pogoji e-zdravstvene pismenosti je raba spletnih zdravstvenih skupnosti povezana z nekaterimi vidiki odnosa med pacientom in zdravnikom, na način, da povezanosti med rabo in odnosom, ki same po sebi niso statistično značilne, postanejo statistično značilne, ko je prisotna e-zdravstvena pismenost.

Za odgovor na drugo raziskovalno vprašanje sem prav tako uporabila regresijsko analizo, kamor sem vključila interakcije med indikatorji rabe spletne zdravstvene skupnosti in e-pismenostjo. Izkaže se, da nekatere povezave med indikatorji rabe spletne zdravstvene skupnosti in dimenzijami odnosa med pacientom in zdravnikom same po sebi niso statistično značilne, ob prisotnosti e-zdravstvene pismenosti pa postanejo statistično značilne. Tako lahko opazimo, da je raba spletne zdravstvene skupnosti povezana z nekaterimi pozitivnimi spremembami v odnosu med pacientom in zdravnikom, ko je pri pacientu prisotna večja e-zdravstvena pismenost. To pomeni, da e-zdravstvena pismenost res ima vlogo v povezavi rabe in odnosa.

Take so povezanosti med časom od zadnjega obiska portala in pacientovo oceno zdravnikove usposobljenosti, med časom od zadnje objave sporočila in boljšim sporazumevanjem med pacientom in zdravnikom in med pogostostjo objavljajanja sporočil in iskrenostjo v odnosu med pacientom in zdravnikom ter pacientovo vključenost v proces odločanja. Raba spletnih zdravstvenih skupnosti sama po sebi torej ni povezana z negativnimi ali pozitivnimi

spremembami v odnosu, lahko pa izboljša nekatere vidike odnosa, če je uporabnik e-zdravstveno pismen. Če je uporabnik sposoben pravilno ovrednotiti, razumeti in najti zdravstvene informacije, relevantne zanj, lahko raba zdravstvenih skupnosti koristi njegovemu odnosu z zdravnikom, v smislu večje iskrenosti, boljšega sporazumevanja in večje vključenosti v proces odločanja.

Odgovor na moje drugo raziskovalno vprašanje je do neke mere v skladu z že omenjeno raziskavo Christmannove (2013), ki med drugim pokaže, da sta prav kvaliteta informacije in njena evalvacija ključna dejavnika za vpliv, ki ga imajo pridobljene zdravstvene informacije na odnos med pacientom in zdravnikom.

7 Zaključek

V svojem diplomskem delu sem s pomočjo prebrane literature in statistične analize poskusila odgovoriti na dve raziskovalni vprašanji: ali obstaja povezanost med rabo spletnih zdravstvenih skupnosti in odnosom med pacientom in zdravnikom in na kakšen način je raba spletnih zdravstvenih skupnosti povezana z različnimi vidiki odnosa med pacientom in zdravnikom, pod pogoji e-zdravstvene pismenosti.

Izvedla sem statistično analizo na predhodno zbranih podatkih v raziskavi MON 2016. Neodvisno spremenljivko predstavlja odnos med zdravnikom in pacientom. S pomočjo factorske analize sem najprej relevantne indikatorje odnosa med pacientom in zdravnikom razdelila v 4 dimenzije: iskrenost, sporazumevanje, pacientova ocena zdravnikove usposobljenosti in pacientova vključenost v proces odločanja. Neodvisne spremenljivke predstavljajo indikatorji rabe spletnega portala in e-zdravstvena pismenost uporabnika.

Kot glavno pomanjkljivost in omejitev svoje raziskave vidim način, na katerega sem izbrala indikatorje, saj lahko govorimo zgolj o »zdravorazumski veljavnosti« in je zato potrebno upoštevati možnost, da bi ob drugačnem izboru indikatorjev prišli tudi do drugačnih zaključkov. Za nadaljnje raziskovanje bi zato predlagala bolj načrtovano in s teorijo podkrepljeno izbiro indikatorjev.

Odgovor na prvo raziskovalno vprašanje je, da ne obstajajo statistično značilne povezanosti med rabo spletnih zdravstvenih skupnosti in odnosom med pacientom in zdravnikom. Je pa večja e-zdravstvena pismenost povezana z večjo iskrenostjo v odnosu med pacientom in zdravnikom, boljšim sporazumevanjem ter večjo pacientovo vključenost v proces odločanja. To, da ne obstajajo statistično značilne povezanosti med rabo in dimenzijami odnosa, lahko pojasnimo preprosto s tem, da smo raziskovali le nekatere kvantitativne vidike rabe (pogostost objavljanja sporočil, dolžina članstva v skupnosti, koliko časa je minilo od zadnjega obiska/objave sporočila na forumu,...) Lahko sklepamo, da so nekateri drugi, kvalitativni vidiki rabe spletne zdravstvene skupnosti statistično značilno povezani z odnosom med pacientom in zdravnikom.

Odgovor na drugo raziskovalno vprašanje je, da e-zdravstvena pismenost dejansko ima neko vlogo pri povezanosti rabe spletne zdravstvene skupnosti in odnosom med pacientom in zdravnikom. Regresijska analiza nam namreč pokaže, da so nekateri indikatorji rabe spletne

zdravstvene skupnosti statistično značilno povezani z dimenzijami odnosa med pacientom in zdravnikom ob prisotnosti e-zdravstvene pismenosti, medtem ko sami po sebi niso. Interakcije so statistično značilne in imajo pozitivno smer, kar pomeni, da raba spletnih zdravstvenih skupnosti lahko koristi nekaterim dimenzijam odnosa med pacientom in zdravnikom, če je uporabnik e-zdravstveno pismen.

8 Literatura

1. Anderson, James G. 2006. Consumers of e-health: patterns of use and barriers. *Social Science Computer Review* 22 (2): 1–7.
2. Ball, Marion J. in Lillis, Jennifer. 2001. E-health: Transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics* 61: 1–10.
3. Baker, Laurence, Wagner, Todd H., Singer, Sara in Bundorf, M Kate. 2003. Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey. *Journal of the American Medical Association* 289 (18): 2400-2406.
4. Bartlett, Yvonne K. in Coulson, Neil S. 2011. An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient communication. *Patient Education and Counseling* 83 (1): 113–119.
5. Coulson, Neil S. in Knibb, Rebecca C. 2007. Coping with Food Allergy: Exploring the Role of the Online Support Group. *CyberPsychology & Behavior* 10 (1): 145–148.
6. Christmann, Susanne. 2013. *The impact of online health information on the doctor-patient relationship*. Doktorska disertacija. London: London School of Economics and Political Science.
7. Demiris, George. 2006. The diffusion of virtual communities in health care: Concepts and challenges. *Patient Education and Counseling* 62 (2): 178–188.
8. Dutta-Bergman, Mohan J. 2005. The relation between health-orientation, provider-patient communication, and satisfaction: an individual-difference approach. *Health Communication* 18 (3): 291–303.
9. Eysenbach, Gunther. 2003. The impact of the Internet on cancer outcomes. *A Cancer Journal for Clinicians* 53 (6): 356–371.
10. Ferligoj, Anuška, Leskošek, Karmen in Kogovšek, Tina. 1995. *Zanesljivost in veljavnost merjenja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Dostopno prek: <http://www.stat-d.si/mz/mz11/mz11.pdf> (10. september 2016).
11. Fox, Susannah. 2011. *Peer-to-peer Health Care*. Pew Research Center. Dostopno prek: <http://www.pewinternet.org/2011/02/28/peer-to-peer-health-care-2/> (29. avgust 2016).
12. Gerber, Ben S. in Eiser, Arnold R. 2001. The patient-physician relationship in the internet age: future prospects and the research agenda. *Journal of Medical Internet Research* 3 (2): e15.

13. Himmel, Wolfgang, Meyer, Juliane, Kochen, Michael M. in Michelmann, Hans W. 2005. Information Needs and Visitors' Experience of an Internet Expert Forum on Infertility. *Journal of Medical Internet Research* 7 (2): e20.
14. Hu, Xinyi, Bell, Robert A., Kravitz, Richard L. in Orrange, Sharon. 2012. The prepared patient: information seeking of online support group members before their medical appointments. *Journal of Health Communication* 17: 960–978.
15. Johnston, Allen, C., Worrell, James L., Di Gangi, Paul M. in Wasko, Molly. 2013. Online health communities: An assessment of the influence of participation on patient empowerment outcomes. *Information Technology & People* 26 (2): 213–235.
16. Kaba, R. in Sooriakumaran, Prasanna. 2007. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery* 2007 (5): 57–65.
17. Keating, Nancy L., Green, Diane C., Kao, Audiey C., Gazmararian, Julie A., Wu, Vivian Y. in Cleary, Paul D. 2002. How are Patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction and considering changing physicians? *Journal of General Internal Medicine* 17: 29–39.
18. Loane, Susan S. in D'Alessandro, Steven. 2014. Empowered and knowledgeable health consumers: The impact of online support groups on the doctor-patient relationship. *Australasian Marketing Journal* 22: 238–245.
19. Oh, Hyun J. in Lee, Byoungkwan. 2012. The effect of computer-mediated social support in online communities on patient empowerment and doctor-patient communication. *Health Communication* 27: 30–41.
20. Malik, Sumaira H. in Coulson, Neil S. 2008. Computer-mediated infertility support groups: An exploratory study of online experiences. *Patient Education and Counseling* 73 (1): 105–113.
21. McMullan, Miriam. 2006. Patient using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship. *Patient Education and Counseling* 63: 24–28.
22. Med.Over.Net. Dostopno prek: <http://med.over.net/> (11. september 2016).
23. Nambisan, Priya. 2011. Information seeking and social support in online health communities: impact on patients' perceived empathy. *Journal of the American Medical Informatics Association* 18 (3): 298–304.
24. Nutbeam, Don. 2000. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International* 15 (3): 259–267.

25. Peng, Xixian, Sun, Daoyuan, Zhao, Yuxiang in Xu, Wei. 2015. What trigger people use physician-patient interactive ohcs? An empirical research based integration model. *The Pacific Asia Conference on Information Systems*. Dostopno prek: <http://www.pacis-net.org/file/2015/3013.pdf> (28. avgust 2016).
26. Petrič, Gregor, Kamin, Tanja, Atanasova, Sara. 2016. *Raziskava odnosa pacient-zdravnik v spletni zdravstveni skupnosti Med.Over.Net*. Ljubljana: interno gradivo.
27. Rider, Tom, Malik, Muzaffar in Chevassut, Timothy. 2014. Haematology patients and the internet – The use of on-line health information and the impact on the patient–doctor relationship. *Patient Education and Counseling* 97 (2): 223–238.
28. Schulz, Peter J. in Nakamoto, Kent. 2011. »Bad« literacy, the internet, and the limits of patient empowerment. Prispevek na konferenci Association for the Advancement of Artificial Inteligence, Kalifornija.
29. Snow, Rosamund, Humphrey, Charlotte in Sandall, Jane. 2013. What happens when patients know more than their doctors? Experiences of health interactions after diabetes patient education: a qualitative patient-led study. *British Medical Journal* 3 (11). Dostopno prek: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/11/e003583.full> (29. avgust 2016).
30. Spadaro, Rosario. 2003. European Union Citizens and Sources of Information about Health (Eurobarometer 58.0). Brussels: The European Opinion Research Group (EORG). Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_58_en.pdf (13.september 2016).
31. Statistični urad Republike Slovenije (SURS). 2015. *Uporaba interneta v gospodinjstvih in pri posameznikih, Slovenija, 2015*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=5509&idp=10&headerbar=8> (13. september 2016).
32. Szasz, Thomas S in Hollender, Marc H. 1956. A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine* 97 (5): 585–592.
33. Tommasetti, Aurelio, Troisi, Orlando in Cosimato, Silvia. 2014. Patient Empowerment and Health online Community: two ways to give the new viability doctor-patient relationship. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales* 8: 9–23.

34. Umefjord, Göran, Petersson, Göran in Hamberg, Katarina. 2003. Reasons for consulting a doctor on the Internet: Web survey of users of an Ask the Doctor service. *Journal of Medical Internet Research* 22;5 (4): e26.
35. van Uden-Kraan, C.F., Drossaert, C.H.C., Taal, E., Seydel, E.R. in van de Laar, M.A.F.J. 2009. Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient Education and Counseling* 74 (1): 61–69.
36. Vennik, Femke D., Adams, Samantha A., Faber, Marjan J. in Puttersa, Kim. 2014. Expert and experiential knowledge in the same place: Patients' experiences with online communities connecting patients and health professionals. *Patient Education and Counseling* 95 (2): 265–270.