

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

mag. Saška A. Terseglav

**Pomen komunikacijskih kompetenc zdravnikov v procesu diagnostike in
zdravljenja**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2014

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

mag. Saška A. Terseglav

Mentorica: prof. dr. Mirjana Ule

Pomen komunikacijskih kompetenc zdravnikov v procesu diagnostike in zdravljenja

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2014

Zahvala

Zahvaljujem se svoji mentorici, profesorici Mirjani Ule, za ves čas, ki mi ga je namenila za konzultacije, mi svetovala in me spodbujala h kritičnemu razmišljanju, ter za zanimive pogovore.

Zahvala gre tudi članoma komisije, prof. Mitji Košniku, ki mi je potrpežljivo približeval in pomagal razumeti lepote in pasti zdravniškega poklica, in prof. Slavku Splichalu za vztrajno stremljenje k natančnosti pri raziskovalnem delu.

Neizmerno sem hvaležna zdravstvenim ustanovam za gostoljubje, ki so mi ga izkazali ob izvedbi raziskave. Zahvaljujem se pacientom in zdravnikom, ki so sodelovali v raziskavi, ter medicinskim sestram za pomoč pri izvedbi.

Hvala tudi mojim najbližjim za pomoč, podporo in razumevanje.

Izjava o avtorstvu

POVZETEK

Pomen komunikacijskih kompetenc zdravnikov v procesu diagnostike in zdravljenja

V doktorski disertaciji smo obravnavali komunikacijske kompetence zdravnikov v procesu diagnostike in zdravljenja, pri čemer nam je osrednje teoretično izhodišče pri proučevanju problema predstavljal relacijski model komunikacijske kompetence v zdravstvu (*ang. Relational Health Communication Competence Model, RHCCM*) (Query in Kreps 1996), ki poudarja odnosne in interakcijske vidike medosebnega komuniciranja v zdravstvu. Glavni cilj naloge je bil pojasniti pojem komunikacijske kompetence in njen vpliv na zaupanje v odnosu med zdravnikom in pacientom.

Raziskovalci komuniciranja v zdravstvu opozarjajo, da gre pri zdravniškem posvetu za srečanje med dvema popolnoma različnima svetovoma. Zdravnik in pacient namreč nista »naravno združljivi«, temveč občasno povezani vlogi, ki ju oba v procesu diagnostike in zdravljenja sestavljata in oplemenitita prek medosebnega stika in izkušnje. Zapleteni odnosi med tema dvema svetovoma pomembno vplivajo na proces diagnostike in zdravstvene izide, zato jim gre pomembno mesto v tej nalogi. Zdi se namreč, da smo priča splošni kulturni spremembi, kjer je sodoben pacient vse manj pripravljen sprejeti položaj, v katerem se ga obravnava kot pasivnega udeleženca v sistemu zdravstva. Več ko ima znanja o dosežkih sodobne medicine, pogostejša in zahtevnejša so vprašanja, namenjena zdravniku, ki skrbi za njegovo zdravje. Organizacijska vpetost zdravstva v že preživete okvire po drugi strani vse bolj posega v zdravnikovo delo in pacientovo zdravstveno obravnavo in resno ogroža tako medosebne odnose kot tudi celotni sistem zdravstva. Cilj naloge je bil zato jasen: ponuditi odgovor na dileme, ki se pojavljajo v povezavi s kakovostjo odnosa med zdravnikom in pacientom, in spregovoriti o mogočih spremembah. Glavno raziskovalno vprašanje, ki smo si ga zastavili v tej nalogi, je bilo, kaj bistveno določa kakovost odnosa med zdravnikom in pacientom. Izhodiščni tezi disertacije se glasita: *kakovost odnosa med zdravnikom in pacientom določajo zdravnik, pacient in tudi okolje ter usklajenost zdravnikovih in pacientovih komunikacijskih kompetenc prispeva k večjemu zaupanju v zdravnika.*

Naloga je razdeljena v dva dela: teoretični in empirični. V teoretski obravnavi smo izbrali tematski pristop. Vsako poglavje je bilo posvečeno raziskovanju ločenega in samostojnega področja našega raziskovanja. V prvem delu smo obravnavali družbene kontekste razmerij v zdravstvu in pokazali na izzive in dileme sodobnih zdravstvenih sistemov, med katere uvrščamo tudi slovenskega. V drugem, osrednjem, delu smo obravnavali različne konceptualizacije zdravstvenega komuniciranja in analizirali odnose med zdravniki in pacienti. Posebno pozornost v tem delu smo namenili pojmovanjem in kriterijem komunikacijskih kompetenc, ki smo jih v kontekstu našega raziskovanja razumeli kot »sposobnost učinkovite uporabe veččin medosebnih odnosov za iskanje in posredovanje relevantnih zdravstvenih informacij« (Kreps 1988, 351), za potrebe našega raziskovanja pa implementirali relacijski model komunikacijskih kompetenc v zdravstvu. Teoretični pregled smo končali s pojmovanjem in opredelitvami zaupanja.

V prvem delu empiričnega dela smo kot način zbiranja podatkov izbrali klasično anketo, kot metodo anketiranja pa uporabili neposredno anketiranje s strukturiranim anketnim vprašalnikom. Na ta način smo dobili odgovore na vprašanja, kakšni so pravzaprav odnosi med zdravniki in pacienti. Vzorčni okvir v prvem delu raziskave so predstavljali zdravniki in pacienti, proučevana enota raziskave je bila diada (zdravnik/ca in pacient/ka). Raziskava je pokazala, pri katerih elementih komunikacijske kompetence se kaže največje ujemanje med

zdravnikom in pacientom, in ocenila, kakšen vpliv imajo komuniciranje in z njim povezani dejavniki na pacientovo zaupanje v zdravnika. S poglobljenimi polstrukturiranimi intervjuji v drugem delu naloge smo želeli dodatno osvetliti proučevano tematiko. Z analizo odgovorov petih ekspertov, predstavnikov zdravniške stroke, smo dobili mnenje o najpogostejših vzrokih za motnje in nesporazume pri komuniciranju s pacienti ter njihove predloge za spremembe.

Rezultati naše raziskave so pokazali na prispevek komuniciranja k zaupanju pacientov v zdravnike. Nemedicinski pogoji (poimenovali smo jih organizacijska klima oz. okoliščine) vplivajo na pacientovo percepcijo zdravnikove komunikacijske kompetence, te pa so (v razsežnosti socioemocionalne dimenzije) v pozitivni povezavi s pacientovim zaupanjem vanj. Skladno z navedenim smo v nalogi odprli nekaj največjih problemov, s katerimi se spopada slovenski zdravstveni sistem, znotraj katerega je ogromno neracionalnih stvari. V sklepnem delu naloge smo tako poskušali odgovoriti na vprašanje, kateri osnovni pogoji morajo biti izpolnjeni za vzpostavitev optimalnih okoliščin za kakovosten posvet in dobre medosebne odnose. Na rešitve je mogoče gledati z mikro- (sistemskega) ali makro- (individualnega) vidika.

Pričujoča naloga prispeva zlasti k disciplini zdravstvenega komuniciranja, in sicer na dveh področjih, teoretičnem in praktičnem. Teoretični prispevek je v pregledu in implementaciji nekaterih ključnih teorij s področja raziskovanja ter opredelitvi definicijske konsistentnosti komunikacijske kompetence. Praktični prispevek doktorske disertacije je po drugi strani v prikazu in analizi ankete, ki je bila izvedena med zdravniki in pacienti, ter primerjavi rezultatov te ankete z rezultati nekaterih drugih relevantnih domačih in tujih raziskav. Z nalogo smo prispevali tudi k obogatitvi izvirne znanstvene in strokovne literature o komuniciranju v zdravstvu v slovenskem jeziku.

Ključne besede: komuniciranje, komunikacijske kompetence, odnosi, zdravniki, pacienti, zdravstvo, zaupanje, zadovoljstvo, motnje v komuniciranju

ABSTRACT

Importance of physician communication competence during diagnostic investigations and treatment

This dissertation examined physician communication competence during diagnostic investigation and treatment. The main theoretical reference drawn from was the *Relational Health Communication Competence Model, RHCCM* (Query and Kreps 1996) which describes the relational and interaction aspects of interpersonal communication in health care. The main research objective was to explain the term "communication competence" and to examine the effect it has on trust developed in the physician-patient relationship.

Health care communication researchers have observed that the medical consultation revolves around the encounter of two entirely different worlds. The roles of the physician and patient are not "naturally compatible", but they intertwine occasionally as, in the course of the diagnostic and treatment process, both parties develop and refine their roles through interpersonal interaction and experience. The intricate relations between these two spheres have importantly influenced both the diagnostic process and health outcomes, which is why they have been selected as the core topic of this dissertation. In general terms, we seem to be witnessing a culture shift in the behaviour of today's patients who are increasingly less willing to accept a situation that makes them passive recipients in the health care system. The more information the patient has available of medical advances the more questions, and more complex for that matter, they will ask their physician. On the other hand, there is also the organisational embedment of the health care system in the obsolete structures that have increasingly been interfering with both physicians' practice and patient treatment. As a result, interpersonal relationships and the entire health care system have suffered. The purpose of the thesis is clear: to address the dilemmas concerning the quality of the physician-patient relationship, and explore potential changes. The core research question was to identify the key elements in determining the quality of the physician-patient relationship. The main thesis statements are as follows: *The quality of the physician-patient relationship depends on the physician, the patient and also the environment. Concordance of physician and patient communication competence contributes to increased trust in the physician.*

The thesis consists of a theoretical and an empirical part. Theoretical explorations are topic-specific. Each chapter deals with a single, autonomous aspect of the research question. Part One focuses on social contexts affecting health care relations, and points to challenges and dilemmas of modern health care systems, including Slovenia's. Part Two, which is the central part, deals with various conceptualizations of health care communication, and analyses physician-patient relationships. Furthermore, it focuses specifically on the definitions and criteria of communication competence which, for the purposes of our research, are to be understood as »ability to effectively apply interpersonal skills to gather and deliver the relevant health information« (Kreps 1988, 351). Part Two also provides for an implementation of a relational model of communication competence in health care. The theoretical overview closes with the definitions of confidence and trust.

In the first empirical section the data were collected by way of a standard survey. A structured survey was used as the research method to gather information directly from individuals. In this way we captured the information about the nature of the physician-patient relationship. The sample consisted of physicians and patients. The core research unit was a physician-patient dyad. The research identified the elements of communication competence that

exhibited highest levels of concordance between the physician and the patient, and attempted to define the effect of communication and other related factors on patient's trust in the physician. Detailed semi-structured interviews were conducted to collect the data for the second, qualitative section of the thesis, in order to provide further insight in the topic concerned. Through an analysis of responses provided by five medical professionals the most common dysfunctions and misunderstandings likely to occur during medical encounters were identified, and improvements suggested.

The outcomes of this research have confirmed the relevance of communication in the process of patients' development of faith in physicians. Non-medical factors (also termed organisational climate or circumstances) influence the patient's perception of the physician's communication competence which (from the viewpoint of socioemotional dimension) relates positively to patient's trust in the physician. In the outcome of this research, several major challenges have surfaced concerning the Slovenian health care system within which many irrational practices persist. The conclusion attempts to identify a set of basic requirements in order to create the best possible environment for a valuable consultation and good interaction. The solutions may be viewed upon either from a micro (systemic) or macro (individual) perspective.

This dissertation is a theoretical and practical contribution to the health care communication discipline in particular. Theory-wise the thesis contributes to the knowledge in the relevant field by outlining the selected relevant theories and their implementation, and by exploring the consistency of definitions of communication competence. On the practical side, this doctoral research delivers the results of a survey conducted among physicians and patients, and compares them with some other relevant domestic and foreign research outcomes. The dissertation adds to the body of original scientific research on health communication in the Slovenian language.

Keywords: communication, communication competence, relationships, physicians, patients, health care, trust, satisfaction, dysfunctional communication

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	12
1.1	Izhodišče in temeljna opredelitev problema	12
1.2	Struktura doktorskega dela	18
2	TEORETIČNI DEL	23
2.1	Družbeni konteksti razmerij v zdravstvu	23
2.1.1	Zdravje in zdravstvo v okviru različnih socioloških pristopov	23
2.1.2	Medikalizacija življenja in družbe	30
2.1.3	Od medikalizacije do »farmaceutikalizacije«	38
2.1.4	Medijsko poročanje o zdravstvenih temah	45
2.2	Komuniciranje med zdravnikom in pacientom	53
2.2.1	Model komuniciranja v zdravstvu	55
2.2.2	Faze in cilji zdravniškega posveta	57
2.2.3	Modeli odnosa med zdravnikom in pacientom	61
2.2.4	Konceptualizacije komuniciranja med zdravnikom in pacientom	65
2.2.5	Vloga osebnostnih lastnosti v odnosih med zdravniki in pacienti	69
2.2.6	Motnje v komuniciranju in vzroki zanje	72
2.3	Komunikacijske kompetence v zdravniškem posvetu	74
2.3.1	Pojmovanja in kriteriji komunikacijske kompetence	74
2.3.2	Relacijski model komunikacijskih kompetenc v zdravstvu	77
2.3.3	Komponente komunikacijskih kompetenc v zdravniškem posvetu	81
2.4	Zaupanje v odnosih med zdravniki in pacienti	85
2.4.1	Opredelitve, pomeni in ravni zaupanja	85
2.4.2	Novejše raziskovalne ugotovitve o zaupanju med zdravniki in pacienti	88
2.5	Kritike raziskovanja komuniciranja med zdravniki in pacienti	94
3	EMPIRIČNI DEL – RAZISKOVALNI NAČRT ZA POSTAVITEV TEORETIČNEGA MODELA IN NJEGOVA EMPIRIČNA PREVERLJIVOST	96
3.1	Raziskovalni hipotezi	96
3.2	Opredelitev spremenljivk in prikaz teoretičnega modela	100
3.3	Metoda	102

3.3.1 Opis enote in vzorca ter postopek zbiranja podatkov	102
3.4 Operacionalizacija in operacionalni model	105
3.5 Analiza podatkov in testiranje raziskovalnih hipotez	109
3.5.1 Struktura vzorca	109
3.5.2 Rezultati raziskave	110
3.5.3 Testiranje hipotez	117
3.5.4 Predstavitev ugotovitev raziskave (z uporabo ankete) z diskusijo	119
3.5.5 Predstavitev ugotovitev raziskave (z uporabo poglobljenih intervjujev) z diskusijo	130
4 ZAKLJUČNE UGOTOVITVE DISERTACIJE IN PREDLOGI	146
5 LITERATURA	157
6 STVARNO IN IMENSKO KAZALO	176
7 PRILOGE	178
Priloga A: Potrdilo o izvedbi raziskave Komisije za medicinsko etiko	178
Priloga B: Shema postopka vključevanja raziskav	179
Priloga C: Osnovni rezultati kvantitativne raziskave	180

KAZALO SLIK

Slika 2.1: Uvrščanje zdravstvenega komuniciranja v področje komuniciranja	54
Slika 2.2: Model komuniciranja v zdravstvu	55
Slika 2.3: Relacijski model komunikacijskih kompetenc v zdravstvu	79
Slika 3.1: Prikaz teoretičnega modela	101

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Poenostavljen pregled sociologije zdravstva	25
Tabela 2.2: Trije osnovni modeli odnosa zdravnik – pacient po Szasz in Hollender	64
Tabela 2.3: Glavni rezultati vključenih študij	92
Tabela 7.1: Posredovanje informacij (pacient o zdravniku/zdravnik o sebi) – opisne statistike	180
Tabela 7.2: Posredovanje informacij – razlika med ocenami diad zdravnik o sebi/pacient o zdravniku	180
Tabela 7.3: Posredovanje informacij (pacient o sebi/ zdravnik o pacientu) – opisne statistike	181
Tabela 7.4: Posredovanje informacij – razlika med ocenami diad pacient o sebi/zdravnik o pacientu	181
Tabela 7.5: Preverjanje informacij (pacient o zdravniku/zdravnik o sebi) – opisne statistike	181
Tabela 7.6: Preverjanje informacij – razlika med ocenami diad zdravnik o sebi/pacient o zdravniku	182
Tabela 7.7: Preverjanje informacij (zdravnik o pacientu/pacient o sebi) – opisne statistike	182
Tabela 7.8: Preverjanje informacij – razlika med ocenami diad pacient o sebi/zdravnik o pacientu	182
Tabela 7.9: Pridobivanje informacij (pacient o zdravniku/zdravnik o sebi) – opisne statistike	182
Tabela 7.10: Pridobivanje informacij – razlika med ocenami diad zdravnik o sebi/pacient o zdravniku	183
Tabela 7.11: Pridobivanje informacij (pacient o sebi/zdravnik o pacientu) – opisne statistike	183

Tabela 7.12: Pridobivanje informacij: razlika med ocenami diad pacient o sebi/zdravnik o pacientu	183
Tabela 7.13: Socioemocionalna dimenzija (pacient o zdravniku/zdravnik o sebi) – opisne statistike	183
Tabela 7.14: Socioemocionalna dimenzija – razlika med ocenami diad zdravnik o sebi/pacient o zdravniku	184
Tabela 7.15: Socioemocionalna dimenzija (pacient o sebi/zdravnik o pacientu) – opisne statistike	184
Tabela 7.16: Socioemocionalna dimenzija: razlika med ocenami diad pacient o sebi/zdravnik o pacientu	184
Tabela 7.17: Zaupanje v zdravnika – opisne statistike	184
Tabela 7.18: Okoliščine – opisne statistike	185

1 UVOD

1.1 Izhodišče in temeljna opredelitev problema

»Dober dan, zna biti, da iz kdove katerega razloga tega pisma ne boste prebrali, vendar kljub temu računam, da ga boste, da ste izobražen in dovolj odgovoren človek, saj ste vendar zdravnik. Našega očeta ste sprejeli dne ... // Kar je najhuje, je to, da me kljub večkratnemu pojasnilu niste hoteli poslušati ... // To je bilo eno največjih ponižanj ...// Zanima me, če res ni nikogar na vašem oddelku, ki bi si bil pripravljen vzeti čas za pacienta, namesto da sedi izgubljeno pred računalnikom ... // Močno želim verjeti, da ste našemu očetu morda prihranili vse muke, in verjamem, da mu ni bilo pomoči; ne morem pa razumeti vašega odnosa. Pa ne mislimo, da niste storili ničesar dobrega. //

Ne bojte se, ne bomo prišli po kartoteko, ne iščemo medijske pozornosti. Globoko v sebi želimo slišati, da je bil vse to le naključje, pa vendar slutimo, da ni tako, da to ni bilo prvič in ne zadnjič. // Ne vem, kaj naj vam rečem v slovo.«

(pismo pacientovega svojca zdravniku)

»Zdravniki, v preteklosti spoštovani in cenjeni predstavniki družbe, so neupravičeno postali objekt kolektivne jeze in zaničevanja. Prepričanje o slabi zdravniški komunikaciji pa ni izolirano. Nekako istočasno s tem so ljudje začeli razmišljati, da je celotno zdravstvo v Sloveniji slabo, da so zdravniki slabi ... «.

(mnenje intervjuvane zdravnice)

V doktorski disertaciji raziskujemo zapletene odnose med zdravniki in pacienti. Razširjena prepričanja in odprte dileme, ki se preslikavajo iz izposojenih citatov, predstavljajo osrednje prizorišče pričujočega dela.

V nalogi izhajamo iz predpostavke, da je sodobni zdravstveni sistem »usmerjen v pacienta« (*ang. patient centered*), kar pomeni, da upošteva njegove individualne potrebe, želje, osebnostne lastnosti, zmožnosti in sposobnosti ... Različno razumevanje usmerjenosti v pacienta na vseh ravneh v zdravstvu predstavlja nezanemarljiv vir težav, kar je slabo tako za paciente kakor tudi za zdravnike. Iz povedanega nedvomno sledi, da ima zdravstveno komuniciranje pomembno mesto v strokovnih diskurzih o kakovostni obravnavi pacientov. Zakaj je zdravstveno komuniciranje tako pomembno?

Živimo v času številnih družbenih sprememb in s tem povezanih težav. Gre za spremembe na demografskem področju, spremenili sta se socialna struktura družbe in ekonomska moč države, posledično so sledile tudi spremembe na področju socialne varnosti, kar vpliva na sistem zdravstva. Ta je le eden izmed družbenih podsistemov, ki je prav tako kakor drugi podsistemi in celotna družba izpostavljen grozeči ekonomski in gospodarski krizi, ki smo ji priča in katere vzrok je družbena kriza vrednot, etike, morale, duha na različnih ravneh.

Na zdravstvenem področju so v porastu kronične bolezni, ki so vezane na spremenjeno starostno strukturo prebivalstva. Štirje od desetih ljudi v sodobnem svetu so danes starejši od 65 let. Veliko od njih ima vsaj eno – če ne dve ali še več – izmed kroničnih bolezni, kot so diabetes, rak, srčno-žilne bolezni. Zdravstveni strokovnjaki napovedujejo, da bo leta 2030 nastopila epidemija raka, po drugi strani psihiatrična stroka glasno opozarja na velik porast težjih oblik duševnih motenj in psihoz, ki so posledica vedno večjih socialnih stisk in negotovosti, ki človeka spravljajo v obup ... Gre seveda za bolezni, ki zahtevajo dolgotrajno zdravljenje, narava teh bolezni pa zahteva medsebojno izmenjevanje informacij in tesno sodelovanje.

Priča smo izjemnemu napredku sodobne medicine, ki nam na eni strani ponuja nove metode zdravljenja, tehnološko naprednejšo diagnostiko, vedno nova zdravila za zdravljenje različnih bolezni, na drugi pa se nujno srečamo tudi z njihovimi omejitvami. Teoretiki vse pogosteje opozarjajo, da je sodobna medicina postala brezosebna, saj je razkosala telo, zdravi le bolezen, in ne pacienta, pri tem pa arogantno ignorira terapije in pozablja, da ni »vsak človek pacient, pač pa vsak pacient predvsem človek« (Komat 2009, 16). Medicini 21. stoletja se zato pogosto očita, da na telo ne gleda celostno, pač pa kot na stroj z ločenimi deli, ki jih lahko zdravimo povsem neodvisno od celotnega sistema, na simptome pa kot na nekaj, kar je treba zatreti in jim ne pozorno prisluhniti. Takšno medicino naj bi zanimalo le fizično stanje pacienta, ne pa tudi psihično in zato ignorira njegova čustva. Zaradi teh sprememb so zdravniki izgubili status velikih avtoritet, posledično pa se vse več ljudi obrača k alternativnim in komplementarnim oblikam zdravljenja.

Istočasno z razvojem družbe in sodobnih komunikacijskih tehnologij postaja prebivalstvo vse bolj zdravstveno ozaveščeno. Večja razgledanost in informiranost prebivalcev pa, kot meni Eržen (2007), povečujeta njihova pričakovanja v povezavi z zdravstveno dejavnostjo. Želijo najboljšo oskrbo, ki je na voljo, in hkrati pričakujejo čim večjo stopnjo enakosti pri dostopu do zdravstvene oskrbe.

Vse to je tisto, kar spreminja potrebe prebivalstva, zaradi katerih nastaja velik razkorak med tem, kar lahko zdravstveni sistem ljudem ponudi, in tem, kar lahko ljudje pričakujejo. Logična posledica so resne težave v najbolj elementarnih odnosih – odnosih med zdravnikom in pacientom. Ti so v zdravstvu postali nekakšna kritična točka, saj se večina pritožb na delo

zdravnikov nanaša na odnose do pacienta in mnogo manj na strokovne napake. »Ljudje smo bolj občutljivi za odnose kot pa na napako« (Lunder 2002, 124). Več kot 60 odstotkov pritožb, ki prihajajo na Zdravniško zbornico Slovenije, omenja ali poudarja neprijazen odnos zdravnikov do pacientov ali svojcev (Peklaj 2014). Tudi raziskovanje vzrokov napak v medicini je prineslo številna dejstva o medosebnih odnosih in pomanjkljivem sporazumevanju med zdravniki in pacienti (Levinson in drugi 1997).

Odnos med zdravnikom in pacientom je izmed vseh odnosov, ki jih ljudje vzpostavljamo v vsakdanjem življenju, eden najkompleksnejših in najbolj zapletenih. Gre namreč za odnos, ki temelji na velikih razlikah med sogovornikoma, v katerega se (praviloma) vstopa neprostovoljno, vsebuje vsebine vitalnega pomena za človekovo življenje in zahteva tesno sodelovanje (Chaitchik 1992). Sodobna literatura poudarja dve veliki in resni vrzeli v odnosih med zdravniki in pacienti: izmenjavo informacij (Street 1991; Carpenter 2010; Verheul, Sanders, Bensing 2010; Saha in Beach 2011) in ustvarjanje odnosa (Roter in drugi 1988; 1988; Ong in drugi 1995; Street, Gordon, Haidet 2007).

V splošnem velja, da je izmenjava informacij v samem osrčju posveta (Waitzkin 1985, Street 1991). Toda od same informacije do njenega razumevanja, njenega sprejetja in nato upoštevanja ter ravnanja skladno z njo je silno dolga pot. Tudi informacija sama ni zastoj, je rezultat dela, prizadevanja, odnosa (Drinovec 1998). Zato ne preseneča, da ima komuniciranje osrednjo vlogo, ko pacienti razpravljajo o dobrih in slabih zdravnikih, saj raziskave kažejo, da so za paciente komunikacijske spretnosti zdravnikov pomembnejše kot njihova strokovnost (Ule 2003). Pacienti v splošnem menijo, kot ugotavlja Gönc (2004), da dobijo premalo informacij o svojem zdravstvenem stanju in o nastanku obolenja. Tiste informacije, ki jih dobijo, so pogosto nerazumljive in kot takšne tudi neuporabne. Pogovori so pogosto usmerjeni samo v obolenje, psihološke in psihosocialne posledice bolezni pa se pogosto zanemarijo. Raziskava iz leta 2004, ki so jo koordinirali strokovnjaki inštituta Picker Europe in v kateri je sodelovalo osem tisoč pacientov oziroma prebivalcev iz osmih evropskih držav, je namreč pokazala, da želijo imeti pacienti boljše stike s svojimi zdravniki, več informacij o zdravljenju in zdravstveni oskrbi ter intenzivnejše sodelovanje pri sprejemanju odločitev, ki zadevajo njihovo zdravstveno stanje. V vseh teh državah je raziskava pokazala nezadovoljstvo z dostopnostjo zdravstvenega varstva, številni sodelujoči so omenjali dolge čakalne dobe in premalo časa, ki so jim ga namenili zdravniki. Približno 74 odstotkov v anketi sodelujočih je menilo, da bi pacienti morali sodelovati pri odločitvah glede zdravljenja, bodisi

kot glavni akterji bodisi v sodelovanju z izvajalcem zdravstvenih storitev. Po drugi strani pa jih je samo 36 odstotkov menilo, da si njihovi zdravniki prizadevajo vzpostaviti primeren dialog. 45 odstotkov sodelujočih je bilo tudi prepričanih, da nimajo zadostnih informacij o novih načinih zdravljenja (Bošnjak 2003, 6).

Potreba po ustreznem komuniciranju in informiranosti se pri pacientih v današnjem času še povečuje, kot se povečuje tudi potreba po tem, da pacienti sodelujejo pri odločitvah o lastnem telesu in zdravljenju. Zdravnik je v odnosu s pacientom profesionalno odgovoren ne samo za bolezen, ampak tudi za odnose, saj ima na svoji strani znanje, izkušnje, prestiž in zdravstveno organizacijo (Ule 2003). Zdravnikova skrb za drugega in sočutje »sta skozi vso zgodovino medicine veljala za osnovno humanistično motivacijo medicincev. A zdi se, kot ugotavlja Gadžijev (2001), v današnjih razmerah za uspešno dejavnost močno manjkata prav ta dva osnovna vidika.« Kaj je privedlo, da je tako? V kakšnih razmerah delajo slovenski zdravniki?

Države EU imajo v povprečju 87 zdravnikov na 100.000 prebivalcev, Slovenija 50, s tem pa smo med evropskimi državami predzadnji. Vsak slovenski zdravnik mora zato oskrbovati v povprečju 1.912 prebivalcev, v Veliki Britaniji na primer 1.400 v mestih ali 1.200 v ruralnem okolju, v sosednji Avstriji med 800 in 1.000. Slovenski zdravnik vsak dan v povprečju pregleda 45 pacientov, v manjših krajih zelo pogosto tudi več kot 60, poleg tega mora iti pogosto na teren zaradi nujne medicinske pomoči. Za pregled pacienta ima v povprečju na voljo sedem minut časa¹ (Zupanič in Vukelič 2013). V Sloveniji se trenutno spopadamo s pomanjkanjem zdravnikov družinske medicine. Po nekaterih podatkih je število zdravnikov družinske medicine v Sloveniji za kar 40 odstotkov manjše od povprečja EU. Znano je, da za te specializacije ni velikega zanimanja zaradi prenapornega dela, drugih, bolj »prestižnih« in uglednih specializacij, tudi zaradi slabšega vrednotenja njihovega dela. Zdravniki se pritožujejo, da se ne morejo posvetiti samo tistim pacientom, ki so pred njimi, ampak so odgovorni še za celo vrsto drugih procesov v istem delovnem dnevu. Število pacientov se je pri zdravnikih izjemno povečalo, tako se čas za posameznega pacienta skrajšuje, intenziteta dela pa je zelo visoka. Z uveljavitvijo Direktive o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu se pričakuje, da bodo razmere samo še slabše. Poveden je tudi podatek, da zdravnice pri nas v povprečju umirajo desetletje prej kot druge ženske, kar je

¹ Zdravnik v Veliki Britaniji na primer na dan v povprečju pregleda 20 pacientov, pomagajo mu štiri osebe, na teren mu ni treba.

očitno povezano s poklicem oziroma načinom življenja. Zaradi izredne predanosti poklicu se na primer dogaja, da zdravnik ne gre na bolniški dopust, tudi ko bi ga svojim pacientom priporočil.

Zdravniki se pred nevarnostjo napake vse bolj umikajo v tako imenovano defenzivno medicino, ki ima svoje začetke v ZDA v šestdesetih letih prejšnjega stoletja. Podatki kažejo, da večina ameriških zdravnikov trenira defenzivno medicino, ta pa je, kakor se je izkazalo v ZDA, mnogo dražja od odškodnin v zdravstvu. V Sloveniji je sicer ne merijo nobene sistematične analize, čeprav je seveda razširjena tudi pri nas. Zdravniki tako predpisujejo več zdravil in preiskav, kot bi bilo treba, prevečkrat napotujejo paciente na kontrolne preglede, nekatere hospitalizacije so nepotrebne. Čeprav na videz to povišuje kakovost zdravniških storitev, se v ozadju nakazuje kar nekaj pasti defenzivne medicine. »Odkar je v Sloveniji priznana odškodnina za poškodbo, se je obisk travmatoloških ambulant povečal vsaj za 30 odstotkov« (Ferk 2010). Takšna medicina postaja stroškovno neobvladljiva, so pa tudi druge posledice njenega izvajanja, ki niso povezane s stroški; ker se na primer predpisuje preveč antibiotikov, se nazadnje poveča odpornost proti zdravilu itd.

V zadnjih letih slovensko javnost pretresajo tragični primeri Nekrep, Cesarec, smrt pred celjsko bolnišnico ... Gre za medijsko razvpite primere, na katerih so se zdravstvena politika in zdravniške organizacije učile, kaj gre v zdravstvu narobe in kako ne bi smelo biti. Kadar se problematizira strokovnost, se seveda zaupanje prelomi. Sistematičnega vpogleda v to, kako slovenske državljanke in državljani obravnavajo in vrednotijo zdravstvo in zdravnike, je bolj malo. Za sistematično se lahko šteje javnomnenjska raziskava Politbarometer, ki vključuje vprašanje o zaupanju v institucije v Sloveniji. Po podatkih te raziskave iz decembra 2013 državljani pri nas najbolj zaupajo predsedniku republike, v samem vrhu zaupanja institucijam pa je tudi zdravstvo, ki mu zaupa 31 odstotkov državljanov (junija 2013 se je, zanimivo, zdravstvo uvrstilo med ustanove z najvišjim zaupanjem v državi) (Politbarometer 11/2013)². Tudi novejša raziskava *Zaupanje in zadovoljstvo s slovenskim zdravstvenim sistemom* (2013) je pokazala, da v splošnem zdravstvo v javnosti uživa sorazmerno dober ugled in zaupanje. Državljanji so lastno zaupanje v zdravstveni sistem ocenili nekoliko boljše kot zadovoljstvo z organizacijo zdravstvenega sistema. Omenjena raziskava pa je pokazala še na močno zaupanje državljanov osebnemu zdravniku (anketiranci so zaupanje ocenili z visoko

² Na dnu so politične stranke, državni zbor, vlada, banka, Cerkev, sodstvo (Politbarometer 11/2013).

povprečno oceno 4,32). Tudi številne druge domače in tuje raziskave dokazujejo, da večina pacientov zdravnikom zaupa, saj ti delujejo v njihovem najboljšem interesu (Calnan in Sanford 2004). Zaupanja v zdravstvo kot institucijo sicer ne moremo enačiti z zaupanjem v zdravnike, percepcijo zdravstvene politike ali vrednotenjem zdravja (Bašić Hrvatin 2010). Na splošno pa velja, da je medosebno zaupanje močnejše od zaupanja v javne institucije (Hillen, Hanneke, Smets 2011). Zakaj torej takšno nasprotje med eksplicitnim zaupanjem v zdravnike (kar se kaže v raziskavah) in slabim vtisom v javnosti? To nam bo pokazala šele podrobna analiza.

Izstopajoča problemska področja v sistemu zdravstva, povezana z medosebnimi odnosi in komuniciranjem, ki jih je izpostavil ugledni teoretik komuniciranja v zdravstvu Kreps (1992, 6) in še vedno ostajajo, so (1) nizka stopnja pacientovega sodelovanja in ujemanja z zdravnikom, (2) nesporazumi in dezinformacije v procesu diagnostike in zdravljenja, (3) nerealna in neizpolnjena pričakovanja pacientov in zdravnikov (povezana s stereotipi), (4) pomanjkanje osebne občutljivosti in (5) nezadovoljstvo z zdravstvenim sistemom.

V doktorski disertaciji bomo zato raziskovali dejavnike, ki vplivajo na odnos in komuniciranje med zdravnikom in pacientom. **Glavno raziskovalno vprašanje**, ki si ga zastavljamo v nalogi, je, kaj bistveno določa kakovost odnosa med zdravnikom in pacientom. Pri tem nas zanima, katera so najpomembnejša dejstva, ki so nam že dobro poznana o komuniciranju med zdravnikom in pacientom, in katere so najpomembnejše stvari (in nerešena vprašanja), ki bi jih lahko naredili za izboljšanje tega procesa.

Glavni raziskovalni problem, s katerim se bomo v delu ukvarjali, bo pojasniti pojem komunikacijske kompetence in njen vpliv na zaupanje v odnosu med zdravnikom in pacientom. Osrednje teoretično izhodišče pri proučevanju problema bo predstavljal relacijski model komunikacijske kompetence v zdravstvu (Query in Kreps 1996), ki poudarja odnosne in interakcijske vidike medosebne komunikacije v zdravstvu.

Tezi disertacije

Iz povedanega nedvomno sledi, da komuniciranje med zdravnikom in pacientom predstavlja enega ključnih elementov v procesu diagnostike in zdravljenja. Zdravljenje ni le strokovna medicinska dejavnost, temveč je tudi medčloveški odnos, ki temelji na izmenjavi informacij, predvsem pa na zaupanju. Izhodiščni tezi disertacije se glasita:

1. *Kakovost odnosa med zdravnikom in pacientom določajo zdravnik, pacient in tudi okolje.*
2. *Usklajenost zdravnikovih in pacientovih komunikacijskih kompetenc prispeva k večjemu zaupanju pacienta v zdravnika.*

Splošni in specifični cilji disertacije

V nalogi bomo poskušali pokazati, da je komuniciranje prav tako pomembno za varno zdravljenje, kot so sodobni diagnostični postopki in preiskave. Če se zdravnik in pacient ne ujemata v razumevanju bolezni, namena, ciljev in tudi svojih vlog v procesu zdravljenja, potem lahko tako zdravljenje postane tudi nevarno. Zato bodo specifični cilji naslednji:

- a) določiti dejavnike, ki vplivajo na razvoj zdravnikove in pacientove komunikacijske kompetence,
- b) preveriti, kakšna je usklajenost med zdravnikovo samooceno komunikacijskih kompetenc in pacientovo oceno zdravnikovih komunikacijskih kompetenc,
- c) preveriti, kakšna je usklajenost med pacientovo samooceno komunikacijskih kompetenc in zdravnikovo oceno pacientovih komunikacijskih kompetenc,
- d) preveriti povezanost komunikacijskih kompetenc z organizacijsko klimo zdravstvene ustanove,
- e) preveriti vpliv komunikacijske kompetence zdravnika na pacientovo zaupanje vanj.

1.2 Struktura doktorskega dela

Disertacija bo sestavljena iz dveh delov: teoretskega in empiričnega.

Narava proučevane teme nam v teoretskem delu disertacije narekuje uporabo različnih pristopov, ki nam bodo pomagali osvetliti posamezne vidike obravnavane problematike. Teoretski del naloge tako vsebuje pregled klasične in sodobne literature s področja zdravstvene sociologije, s posebnim poudarkom na komuniciranju v zdravstvu.

Na komuniciranje v zdravstvu vplivajo širši družbeni konteksti, znotraj katerih poteka neke vrste tiha reformacija zdravstva, zato bomo najprej na kratko predstavili ta širši družbeni okvir. Zakaj je po našem mnenju tako pomembno ukvarjanje z njim? Naj pri tem uporabimo citat v disertaciji intervjuvane zdravnice – *»V slovenskem zdravstvu obstaja toliko problemov, da pravzaprav ne vem, kako jih spraviti na skupni imenovalec. Zadeve so zelo resne, napete, kar čutijo pacienti. Mislim, da bi morali sociologi in filozofi zelo trdo delati na tem področju,*

še zlasti seveda na krizi vrednot.« –, ki sam po sebi kliče po odzivu. Raziskovalci komuniciranja med pacientom in zdravnikom bi tudi po mnenju Hallove in Schmid Mastove (2009) morali pogosteje gledati na teorije in modele ne le z različnih vidikov znotraj medicinskih okvirov, temveč bi jih morali osvetliti tudi s pomočjo sociologije, socialne in kognitivne psihologije, antropologije ... Tako bomo *prvi del disertacije* skušali utemeljiti na konceptih vloge pacienta in izkušnje bolezni. Proučevanje teh ob sodobnih socioloških teorijah je namreč v preteklosti vplivalo na njihovo razumevanje od strogo biomedicinskih vidikov pacientovega doživljanja do bolj celostnega razumevanja pomena bolezni. Po mnenju nekaterih raziskovalcev zdravstvene sociologije, kot sta na primer Armstrong (1984) in Seale (2003), je sociologija močno prispevala k bogatejši definiciji pacienta od pasivnega prejemnika k aktivnemu uporabniku zdravstvenih storitev.

V nadaljevanju bomo razpravljali o nekaterih največjih težavah, s katerimi se spopadajo sodobni zdravstveni sistemi, seveda tudi slovenski. Enega izmed njih predstavlja farmacevtska industrija, ki se je nevarno infiltrirala v vse sfere medicinske stroke in tam tudi prevladuje. V javnost prihajajo dvomljive prakse farmacevtske industrije, ki zlasti v zadnjih dveh desetletjih uporablja sporna orodja in načine delovanja. Farmacevtska industrija pa je le en dejavnik medikalizacije, ki ji več besed namenjamo v naslednjem delu disertacije. V sodobni družbi se namreč dogaja vrsta sprememb, ki pogojujejo način soočanja ljudi z običajnimi težavami. Priča smo spremembam v družbeni toleranci do nekaterih blažjih simptomov ali težav, kot so običajne zdravstvene težave, ki so del naravnega procesa življenja in staranja, ki se jim ne moremo popolnoma izogniti in ki se jih danes prikazuje kot obolenja. Gonilo medikalizacije ni zgolj in samo medicinska stroka, temveč tudi potrošništvo. V tem procesu so enako priročna orodja tudi mediji, zato bo medijsko poročanje o zdravstvenih temah naslednja tematika, s katero se bomo poglobljeje spoznali v tem delu naloge.

V *drugem delu* se bomo posvetili področju zdravstvenega komuniciranja in znotraj tega natančneje modelom sodelovanja in komunikacijskim procesom med zdravniki in pacienti. Pojasnjevanje, kako in zakaj kakovostno komuniciranje med zdravnikom in pacientom prispeva k boljšim zdravstvenim izidom, od nas zahteva globlje razumevanje, kako so posebni, natančno opredeljeni vidiki komuniciranja povezani z različnimi izidi, kakor tudi razumevanje tega, kako okoliščine (klinično okolje, socialno okolje pacienta, osebne lastnosti ...) moderirajo učinke komuniciranja na zdravje.

V *tretjem delu* se bomo posvetili komunikacijski kompetenci kot temeljni sposobnosti sogovornikov. Zelo natančno (in seveda v kontekstu zdravstvene obravnave) nas bodo zanimali (1) definicijska konsistentnost komunikacijske kompetence, (2) nastajanje komunikacijske kompetence, njene lastnosti in dimenzije, (3) pogoji, pod katerimi oseba »poseduje« kompetenco.

Ujemanje elementov komunikacijske kompetence med zdravniki in pacienti ter povezanost tega z zaupanjem bosta obravnavana v *četrtem delu*, ki bo podrobneje raziskoval opredelitve zaupanja. To namreč, kot trdita Surbone in Lowenstein (2003, 184), predstavlja jedro partnerstva med pacientom in zdravnikom. Zaupanje je ključni element v vsakem medčloveškem odnosu, še posebej pa je to pomembno za odnos med pacientom in zdravnikom (Mechanic in Schlesinger 1996). Razpoke v modernem sistemu zdravstvenega varstva seveda močno ogrožajo pacientovo zaupanje v zdravnika in njun odnos. Pomen zaupanja pacienta v zdravnika najbrž ni več vprašljiv.

Zlasti v zadnjih treh desetletjih so se raziskovalci, ki jih je zanimalo področje zdravstvenega komuniciranja, začeli bolj poglobljeno ukvarjati z učinki komuniciranja na pacientovo počutje, zaupanje in zdravstvene izide. V fokus proučevanja so postavili paciente, bistveno manj pa so se posvetili globinskemu raziskovanju vloge zdravnika, njegovih doživljanj ... Takšno in podobne »pomanjkljivosti« v raziskovalnih pristopih smo opazili med lastnim raziskovanjem, podobna opažanja gredo na račun teoretične globine raziskav. Na omejitve in dileme tovrstnega raziskovanja smo želeli opozoriti tudi v naši nalogi, zato bomo s kritiko znanstvenega raziskovanja zdravstvenega komuniciranja v *petem delu* zaokrožili teoretični del disertacije.

Osnovni namen **empirične raziskave** bo preveriti uporabnost teorij o komunikacijskih kompetencah na področju odnosov med zdravnikom in pacientom. V teoretski model smo vključili temeljne pojme, ki vplivajo na zaupanje pacienta v zdravnika. V modelu se predpostavlja, da obstaja povezanost med organizacijsko klimo zdravstvene ustanove, komunikacijskimi kompetencami zdravnika in pacienta ter zaupanjem v zdravnika. Z modelom bomo preverili, ali je organizacijska klima zdravstvene ustanove (in pogoji dela znotraj nje) povezana s pacientovim zaznavanjem zdravnikovih komunikacijskih kompetenc in ali zdravnikove komunikacijske kompetence vplivajo na zaupanje pacienta v zdravnika. V ta namen smo oblikovali dve raziskovalni vprašanji, ki nas bosta vodili pri raziskovanju.

Raziskovalno vprašanje 1: Kateri so dejavniki, ki prispevajo h komunikacijskim kompetencam zdravnika in pacienta, in kako se zdravnikove komunikacijske kompetence odražajo v pacientovem zaupanju vanj?

Raziskovalno vprašanje 2: Pri katerih elementih zdravnikove in pacientove komunikacijske kompetence (način pridobivanja informacij, posredovanje informacij, preverjanje pridobljenih informacij, socioemocionalne dimenzije) se kaže največje ujemanje in pri katerih najmanjše?

Na podlagi teoretskih izhodišč smo postavili naslednji hipotezi.

Hipoteza 1: Pacientova ocena zdravnikovih komunikacijskih kompetenc je povezana z organizacijsko klimo zdravstvene ustanove.

Hipoteza 2: Komunikacijske kompetence zdravnika pozitivno vplivajo na pacientovo zaupanje vanj.

V **prvem delu empiričnega** dela bomo kot način zbiranja podatkov izbrali klasično anketo, ki bo zagotavljala anonimnost odgovorov. Vzorčni okvir v tem delu raziskave bodo predstavljali zdravniki in pacienti. Proučevana enota raziskave bo diada (zdravnik/ca in pacient/ka). V **drugem delu empiričnega dela** bomo uporabili poglobljene intervjuje s strokovnjaki s področja zdravstva, s katerimi bomo dodatno preverili rezultate, pridobljene z anketo, torej dejavnike, ki vplivajo na komuniciranje in zaupanje med zdravnikom in pacientom.

Gre za proučevanje občutljive in v sodobnem času pomembne tematike medosebnega razumevanja drug drugega v zdravstvu. Zavedamo se zahtevnosti vloge, ki jo vsak udeleženec v procesu diagnostike in zdravljenja zavzema, zato naloga nikomur ničesar ne očita, saj v tem pogledu ni polemična. V nalogi bomo analizirali resne težave sodobnega zdravstvenega sistema tako z individualnega kot družbenega vidika; z osebnega vidika se nam zastavlja vprašanje vloge posameznika – zdravnika in pacienta (mikroraven) znotraj sistema –, z družbenega pa nas zanima delovanje sistema zdravstva (makroraven). V disertaciji želimo raziskati možnosti, ki bi posameznikom omogočale globlje razumevanje koncepta komuniciranja, zaupanja in pomena komunikacijske kompetentnosti.

Pri proučevanju raziskovalnega problema bomo upoštevali načela medicinske etike. Načrt raziskave smo predhodno v presojo in v odobritev predložili Komisiji Republike Slovenije za medicinsko etiko, ki je izvedbo raziskave v slovenskih zdravstvenih ustanovah odobrila (priloga A). V pojasnilu za sodelovanje smo se zavezali, da bomo ohranjali tajnost udeležencev in podatkov, s posebnim poudarkom na dostojanstvu in dobrobiti udeležencev ves čas raziskave. Pri zaščiti pred kakršnokoli škodo smo sledili etičnim načelom, ki veljajo v tovrstnem raziskovanju, kot so:

- (1) zagotovitev informiranega pristanka in soglasja za sodelovanje,
- (2) zagotavljanje anonimnosti udeležencev,
- (3) korektna navodila in pojasnila za sodelovanje,
- (4) pravica prenehanja sodelovanja,
- (5) zaupnost podatkov.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 Družbeni konteksti razmerij v zdravstvu

2.1.1 Zdravje in zdravstvo v okviru različnih socioloških pristopov

Sociologija raziskuje zdravje in bolezen ne le, ker sta izjemno zanimiva pojava, ki sta povezana z vprašanjem človeškega obstoja – z bolečino, trpljenjem, tudi smrtjo –, ampak tudi ker nam razumevanje izkušnje teh pojavov pomaga razumeti delovanje družbe (White 2009). V slabih socialnih in delovnih razmerah, denimo, ljudje obolevajo hitreje, zgodnja smrt med nižjim slojem prebivalstva je pogostejša; bolezen in družbena neenakost sta tesno povezani. Zdravje, ki ga Svetovna zdravstvena organizacija definira kot stanje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja (WHO 1946), je eden izmed kazalcev razvitosti družbe in pogoj kakovostnega življenja ljudi. Ima instrumentalni in ekspresivni pomen – na eni strani pomeni sredstvo za delovanje posameznikov v okviru družbenih struktur, po drugi strani je element kakovostnega življenja ljudi in zatorej cilj sam po sebi (Pahor 1999). Kakšen je prispevek sociologije pri proučevanju zdravja in bolezni?

Predvsem razkriva določene dimenzije zdravja in bolezni, ki so v medicinskem modelu nevidne (Pahor 1999), ustvarja različne diskurze o razsežnostih medicine in družbenih vzrokov obolevanja in bolezni (White 2009, 6). Sociologi tudi s pomočjo empiričnega raziskovanja pojasnjujejo vpliv interakcij družbenih razredov, poklicnih interesov, moči, spola in etnične pripadnosti na razumevanje zdravja in bolezni (White 2009, 7). Sociologija torej opozarja na raznoliko razumevanje bolezni in zdravljenja ter omogoča vpogled v pacientovo izkušnjo bolezni. Pri tem je treba jasno poudariti, da sociologija ne posega v polje naravoslovnega raziskovanja, temveč je njen namen sociološko pojasniti in prikazati, kako je naše poznavanje bolezni in zdravja konstruirano v političnem, kulturnem in socialnem okolju (White 2009, 7). Humanistične in družboslovne vede se namreč ne zanimajo za bolezen samo, ne za simptome, ampak za način, na katerega se bolni ljudje spoprijemajo z boleznijo (Ule 2003, 53). Sociološke raziskave zdravja in zdravstva so namreč pomemben vir informacij o tem, kako je zdravje v najširšem smislu porazdeljeno v naši družbi. Odkrivajo nam, kako sta zdravje in družba med sabo povezana. To velja zlasti za v sodobnem času opravljene sociološke raziskave, katerih izsledki odražajo posledice izjemno velikih političnih,

gospodarskih in socialnih sprememb, ki so se zgodile v naši družbi (Rosenstein in Pahor 2000).

Tako kot se sociologija osredotoča na vprašanja delovanja družbe, družbenih skupin in na vlogo posameznika znotraj tega, področje zdravstvene sociologije³ (Kaminskas in Darulis 2007; Turner 1995) proučuje družbene pojave, kot je razumevanje zdravja in bolezni (vzroki, posledice, proces rehabilitacije ...), zdravstvene poklice (odnose med izvajalci zdravstvene dejavnosti, poklicno socializacijo zdravstvenih delavcev itd.), okolje izvajanja zdravstvene dejavnosti, izkušnjo bolezni, družbene vplive na zdravje in bolezni (Turner 1995). »Predmet zdravstvene sociologije so vsakdanje izkušnje ljudi, ki imajo težave z zdravjem, pa tudi tistih, ki ljudem s težavami pomagajo, kot so medicinske sestre, fizioterapevti, zdravniki in drugi. Prav vpogled v procese (ugotavljanje doživljanja, smisla, delovanja, organiziranja in nadzorovanja ljudi, ki se srečujejo v polju obravnave zdravja in bolezni bodisi kot uporabniki storitev bodisi poklicni zdravstveni delavci) pomaga pojasniti, zakaj nastajajo velike razlike med strateškimi načrti na področju izboljševanja zdravja« (Pahor 1999).

Pomembnejše sociološke paradigme v povezavi z zdravjem in boleznijo

Pojmovanja o zdravju, bolezni, medicini se spreminjajo v skladu s spreminjanjem vodilnih ideologij, vrednostnih sistemov, kulturnih tradicij (Ule 2003, 18). V nadaljevanju bomo predstavili dominantne sociološke ideologije, ki nam bodo pomagale razumeti pojem bolezni in zdravja oziroma njihovo uporabnost v zdravstveni sociologiji.

Funkcionalizem obravnava vlogo bolne osebe v družbi s poudarkom na tem, kako pacient dobi posebno oznako v družbi, zato da se ohranjata družbena stabilnost in red. Glavni predstavnik funkcionalizma, ameriški sociolog Talcott Parsons (1902–1972), je podrobno preučeval institucijo zdravstvenega varstva v moderni družbi (Pahor 1999). Njegov prispevek

³ Področje sociologije zdravja in bolezni se je razvilo v anglosaksonskem svetu, termin se še uporablja v Veliki Britaniji in Avstraliji (Ule 2003), v ZDA se to področje imenuje medicinska sociologija (*medical sociology*). Termin je leta 1894 prvič uporabil McIntire v delu *The importance of studies of medical sociology*. Znotraj tega je Strauss leta 1957 postavil ločnico še med dvema pogostokrat omenjenima terminoma – sociologija v medicini (*sociology in medicine*) (v strokovni literaturi pogostokrat imenovana tudi kot sociologija zdravja in bolezni (*sociology of health and disease*), gre za uporabo socioloških pristopov in metodologije pri analiziranju različnih problemov v zdravstvu, kot so zdravljenje, preventiva itd., in sociologija medicine (*sociology of medicine*) oz. sociologija zdravstva, ki zdravstvo proučuje bolj »od zunaj«, z vidika širših družbenih procesov, podobno kot religijo, šolstvo, družino itd. (Kaminskas in Darulis 2007).

k sociološkemu razumevanju vloge medicine in bolezni v sodobni družbi je precejšen (Malnar 2002), zaradi njegove definicije pojma vloge pacienta (kot pričakovano ravnanje) pa se ga označuje za očeta zdravstvene sociologije (Kaminskas in Darulis 2007).

Tabela 2.1: Poenostavljen pregled sociologije zdravstva

Teorija	Družbeni model	Vzrok bolezni	Vloga medicinske stroke
Marksistična teorija	Konflikten in izkoriščevalski	Prednost dobička pred zdravjem	Disciplinirati in nadzorovati delavski razred; zagotavljanje individualizirane razlage bolezni
Parsonsova teorija	V osnovi skladen in stabilen niz medsebojno povezanih družbenih vlog in struktur	Družbena napetost zaradi izpolnjevanja zahtev družbenih vlog	Rehabilitacija posameznika, da bo zmožig igrati svojo družbeno vlogo
Foucaultova teorija	Mreža odnosov oblasti brez enotnega izvora – birokratski nadzor	»Bolezni« so oznake za razvrščanje in ločevanje prebivalstva z namenom lažjega nadzora	Uveljaviti spoštovanje »normalnih« družbenih vlog; zagotoviti ponotranjenje teh norm
Feministična teorija	Do žensk izkoriščevalski in represiven (patriarhalen)	Izvajanje družbene vloge, ki jo ženskam vsiljujejo patriarhalni moški, medikalizacija ženske in njenega reprodukcijskega življenjskega cikla	Uveljaviti upoštevanje patriarhalnih norm ženskosti in materinstva

Vir: White 2009 (7–8).

Parsons je eden prvih, ki je definiral bolezen bolj v terminih socialne kot biomedicinske teorije (Ule 2003, 77). Zdravje definira kot optimalne sposobnosti za učinkovito sprejemanje in opravljanje socialnih vlog (White 2009), bolezen nasprotno pojmuje kot biološki proces, ki ogroža družbo tako, da onemogoča posameznikom opravljanje njihovih običajnih družbenih vlog (Pahor 1999), oziroma kot družbeni fenomen, ki zagotavlja, ali otežuje nemočno delovanje družbe (Bezenšek in Barle 2007). Poleg tega da je bolezen biološka motnja, je torej tudi oblika družbene odklonskosti. Zanimalo ga je zlasti vedenje pacienta. Dokler je posameznik bolan, zanj veljajo naslednja štiri pravila (White 2009; Kaminskas in Darulis 2007).

- (1) Pacient je oproščen običajnih družbenih obveznosti. Nastop bolezni za posameznika pa nima zgolj negativnih posledic, saj skozi bolezen stopi v vlogo pacienta (»sick role«), kar mu omogoča tudi določene ugodne socialne učinke. Predvsem se tako na legitimen način lahko izogne običajnim odgovornostim, ki se od njega pričakujejo (Malnar 2002).
- (2) Pacient ni odgovoren za svojo bolezen; bolezen se v družbi dojema kot »naravna danost«, zato posameznikom, ki vstopijo v vlogo pacienta, praviloma ne grozijo sankcije zaradi neopravljenih njihovih običajnih vlog. Njihova odgovornost je tako legitimno zmanjšana (Malnar 2002). Obenem ima posameznik v vlogi pacienta tudi določene dolžnosti, kot sta

- (3) dolžnost, da si prizadeva za čimprejšnjo ozdravitev, in
- (4) iskanje profesionalne pomoči, torej da poišče družbeno določene oblike pomoči in da pri zdravljenju tudi sodeluje.

Poglavitno vprašanje kritikov Parsonsa je, ali je »vstop v vlogo pacienta le stvar individualne izbire, stvar zavestnega »pobega« pred družbenimi odgovornostmi in stresi« (Malnar 2002, 3). Pojem vloga pacienta je namreč lahko ustrezen za določene bolezni, npr. za akutne fizične bolezni, manj pa se ujema s potekom kroničnih, dolgotrajnih bolezni, kjer je potek počasen in izid negotov, kjer se zdravnik in pacient pogajata ali sta celo v konfliktu. Vloga pacienta v tem primeru ni začasna, ampak je bolezen stalna značilnost, ki ji posameznik prilagodi svoje običajne dejavnosti (Pahor 1999). Obstajajo bolezni, kjer pacient z umikom ne pridobi ničesar, lahko je celo povsem izločen in stigmatiziran (primer aidsa) (Bezenšek in Barle 2007). Parsons naj bi spregledal tudi deprivilegirane skupine (temnopolte, ženske, revne ...) in to, da v sodobnih družbah ni skupnega sistema vrednot, ki bi povezoval vse člane družbe in na katerega bi vsi pristajali (Pahor 1999).

Medtem ko se Parsons sam ni empirično ukvarjal z vzroki in motivi za »dejavno« prevzemanje vloge pacienta, pa so nekateri raziskovalci opozorili, da tega vidika vendarle ni mogoče zanemariti. Annandale (1998, 11) tako poroča o primeru bolnice, ki je občutila popolno olajšanje, ko so ji povedali, da ima ledvično bolezen, ker ji je ta omogočala pobeg pred prevelikimi pričakovanji okolja. Kot ugotavljata Kaminskis in Darulis (2007), je bil funkcionalizem kljub svoji vsebini – poudarkom na družbeni stabilnosti in redu – razmeroma kratko obdobje vodilna teoretična paradigma v zdravstveni sociologiji.

Marksizem – raziskovalci v materialističnih in marksističnih tradicijah so ustvarili enega najmočnejših socioloških diskurzov o izvoru bolezni in družbenem načinu njene distribucije. Ti pristopi poudarjajo odločilno vlogo ekonomskih interesov tako pri ustvarjanju bolezni kot tudi pri njenem obravnavanju (White 2009, 8). Če je posameznik »pri Parsonsu predvsem 'krivec', je v marksistični perspektivi predvsem 'žrtev'« (Malnar 2002, 4). Marksisti namreč trdijo, da medicina opravlja ključno funkcijo v kapitalističnih družbah: »žrtve bolezni krivi za njihovo stanje, čeprav sta povzročitelja bolezni kapitalizem in njegovo teženje k dobičku. Poleg tega je sam način, kako je bolezen obravnavana, pomemben element kapitalistične družbe. Medicinska stroka deluje kot sredstvo družbenega nazora delavskega razreda skozi individualizacijo in depolitizacijo bolezni ter skozi nadzorovanje dostopa do zdravniških

spričeval« (2009, 8), zdravstveni sektor pa je tudi profitna dejavnost, saj omogoča zdravju škodljivo proizvodnjo ter hkrati močno in visoko profitno farmacevtsko industrijo (Pahor 1999).

Razširjenost bolezni po marksistični paradigmi ni samo biološki proces, ampak ga določajo tudi način produkcije in ekonomski odnosi. To dokazujejo razlike v zdravstvenem stanju med družbenimi razredi, pojav industrijskih bolezni, produkcija bolezni za dobiček (npr. tobačna industrija) (Pahor 1999). Ne gre za to, »da posameznik prevzame deviantno vlogo pacienta, ampak ga torej družbene neenakosti naredijo za pacienta« (Malnar 2002, 4).

Po marksističnem pojmovanju je kapitalizem spremenil tudi medicino, in sicer v naslednjem: »(1) medicina je prešla iz individualne obrti (posamezni zdravilec) v korporativni, industrijski tip zdravljenja (bolnišnica), (2) je vedno bolj specializirana in hierarhična, (3) narašča mezdno delo (tudi npr. farmacevtska industrija, zdravstvena nega), zdravniki se proletarizirajo, njihov profesionalni standard izginja pod nadzor menedžerjev in finančnikov« (Pahor 1999, 1016).

Kritiki marksistične paradigme izpostavljajo zlasti to, da ta ne upošteva velikega splošnega izboljšanja zdravstvene situacije prebivalstva, ki se kaže v poviševanju življenjskega standarda in podaljšani življenjski dobi, ki ju je prinesel kapitalizem (White 2009).

Poststrukturalizem – Nekateri avtorji kritično-teoretske tradicije se analitično osredotočajo predvsem na represivno-disciplinatorsko vlogo medicine. V tem kontekstu so gotovo najbolj izpostavljeni Michel Foucault in pripadniki njegove teoretske šole (Malnar 2002). Foucault (2003) opozarja na pomemben vidik moderne družbe: »Gre za birokratsko družbo, kjer so ljudje podvrženi nadzoru profesionalnih ekspertnih skupin (s področij medicine, kriminologije, sanitarnih znanosti), ki s svojimi načini delovanja razvrščajo ljudi v kategorije – bolni, moteni, kriminalni, odklonski« (White 2009, 9). Foucault (2003) meni, da je medicina proizvod birokratske države, saj ta predpisuje, kaj je »normalno«, in nato s pomočjo ekspertov uveljavlja spoštovanje »normalnega«; skozi opazovanje psihofizičnega telesa posameznika se je tako vzpostavil nov sistem oblasti, »biopolitika«. Prodiranje tega modela oblasti na medicinskem področju se kaže denimo v razmahu psihiatrije (kot samorazkrivanje) in v razmahu preventivne medicine, diskurzih zdravega prehranjevanja itd. (Annandale 1998, 36).

White (2009, 8) ugotavlja, da Foucaultova teorija oblasti poudarja njeno razpršenost in pripravljenost večine – moških in žensk –, da večino časa spoštujejo družbene norme in se jim

večinoma podrejšajo. Kot je za paradigmo Foucaulta značilno, pri podrejanju »normalnim« družbenim vlogam ne gre toliko za avtoritarne mehanizme in prakse oblasti same, temveč za ponotranjeni nadzor, ki ga nad seboj izvaja posameznik sam (Malnar 2002).

Prav tako Foucaultov argument dvomi o marksističnih diskurzih, ki temeljijo na tem, da je oblast centralizirana v rokah kapitalističnega razreda. Po Foucaultovem mnenju oblast ne more biti last nobene družbene skupine ne glede na to, ali temelji na odnosu razredov ali na patriarhatu. Uporabnost Foucaultovega stališča se kaže v načinu, s katerim zgodovinsko opredeli medicinsko znanje, še posebej ker dovoljuje razvoj sociologije telesa. Foucaultov prikaz zgodovinskega konstruiranja telesa so povzele in razširile feministične teorije, ki menijo, da je treba analizirati konstrukcijo telesa glede na spol.

Feministična sociologija želi razširiti in razviti marksistično tradicijo in Foucaultovo sociologijo. Feminizem obravnava vpliv spola na opredelitev bolezni in zdravljenja ter zdravljenje kot obliko moškega nadzora nad ženskami, njihovimi telesi in identiteto (Pahor 1999; Kaminskas in Darulis 2007). White (2009, 9) meni, da je »ključni argument feminističnega pristopa ta, da ima način, na katerega smo socializirani v moške in ženske socialne vloge, odločilen vpliv na naše zdravje in bolezni«. Zastopa stališče, da ima medicina glavno vlogo pri usklajevanju s temi socialnimi vlogami, še posebej je usmerjena k ženskam. »Feministični odzivi na način, kako medicina »medikalizira« ženska telesa, so sprožili ključna vprašanja znotraj socioloških razlag bolezni.«

Feminizem se sprašuje, kako nastaja in se ohranja podrejenost žensk, ki vključuje tudi dominacijo nad ženskim telesom, rojevanjem in materinstvom. Žensko spolnost in reproduktivne sposobnosti zdaj nadzoruje medicina, tako kot jo je v preteklosti religija. Medicinski pogled opredeljuje žensko zdravje kot reproduktivno sposobnost in spolnost znotraj zakonske zveze. Medicina nadzira žensko telo v vseh obdobjih življenja v povezavi z menstruacijo, nosečnostjo, rojevanjem, menopavzo. Medikalizacija ženskega telesa je rezultat želje medicine po novem tržišču, zato je izključila zunajmedicinske zdravilce – babice in ljudske zdravilke (preganjanje čarovnic) (Pahor 1999).

Simbolični interakcionizem temelji na treh predpostavkah, in sicer da ljudje delujejo v odnosu do stvari tako, da se ravna po pomenih, ki jih imajo te stvari zanje (te stvari so lahko fizični objekti, ljudje, institucije, ideje, dejavnosti, situacije); pomeni teh stvari izvirajo iz družbene

interakcije posameznika z drugimi ljudmi; ti pomeni se uporabljajo in spreminjajo v procesu interpretacije, ki sledi, ko oseba osmišlja stvari, s katerimi se sooča (Blumer 2004, 209).

V proučevanju zdravstvenih pojavov je izhodišče interakcija med igralci vlog v »drami zdravja in bolezni«. Pripadnike te smeri predvsem zanima, kako se subjektivna izkušnja bolezni izoblikuje skozi interakcije. Simbolični interakcionizem proučuje odnose moči v povezavi s totalno ustanovo (kjer je vse določeno s pravili) in procesi stigmatizacije (označevanja) (Pahor 1999). Kritično analizo totalnih ustanov in vpogled v procese stigmatiziranja nam poda predstavnik tega pristopa Erving Goffman prek njegovih del *Stigma* in *Azili*. V enem izmed štirih esejev (*O značilnostih totalnih ustanov*) Goffman (1961, 1963) opredeli totalne ustanove kot tiste ustanove, ki povsem zajamejo čas in dejavnosti svojih članov, torej vse vidike posameznikovega življenjskega sveta, kot so delo, bivanje, zabava itd. Gre za totalnost zajetja, ki jo simbolizirajo tudi pregrade, ki jih take ustanove, kot so psihiatrične bolnišnice, zapori, vojašnice, praviloma gradijo med seboj in zunanjim svetom (Urek 2008). Zelo analitično in kritično pa se je ukvarjal z moderno vlogo medicine kot vrednotno nabitega sistema družbenega nadzora, ki deluje pod preobleko nevtralne znanosti.

Z označevanjem ljudi za paciente ter obolele in z definiranjem bolezni, denimo, se izvaja nadzor. Poglavitna nadzorna tehnika je označevanje ljudi kot pacientov, obolelih. Represivni vidik te operacije je v tem, da označevanje ni nujno utemeljeno na neki biološki realnosti, temveč odraža tudi vrednote in predsodke medicinskih profesionalcev. To še zlasti velja v primeru duševnih bolezni. Posameznik je tako zaradi postopka označevanja, »etiketiranja«, opredeljen kot devianten (Malnar 2002; White 2009).

Študije s področja interakcionistične sociologije dokazujejo pomen odnosa med zdravnikom in pacientom. Čeprav naj bi bili zdravniki pri svoji praksi univerzalistični, ali kot navaja White (2002, 106), »pri kliničnih odločitvah slepi za sociološke dimenzije, kot so pacientov spol, pripadnost sloju, rasi, njegova starost«, zdravniško ravnanje v praksi pogosto pride v nasprotje z družbenimi stereotipi in predsodki. Annandale (1998) pravi, da se v situaciji omejenih virov, denimo, postavlja vprašanje, kdo naj bo deležen dragega zdravljenja in kdo ima prednost – nekdo, ki je najbolj življenjsko ogrožen, ali nekdo, ki bo dlje živel, mlajši ali starejši, kadilec ali nekadilec, nobelovec ali množični morilec (Malnar 2002).

Raziskava zdravstvenega osebja na oddelku nujne medicinske pomoči je pokazala, da zdravstveno osebje paciente, ki niso življenjsko ogroženi in katerih primer ni nujen, ki so se poškodovali sami ali imajo določene druge značilnosti, označuje kot »smeti« (Annandale 1998). White (2002, 107) podobno ilustrira s primeri, ko ženske skladno s stereotipnim prepričanjem o njihovi večji »čustveni nestabilnosti« dobivajo mnogo več pomirjeval, ko pacienti socialno šibkih slojev praviloma niso enako obravnavani ali niso deležni zahtevnejših posegov, na vrstni red (čakalne liste) pri obravnavi pa vplivajo stereotipi in predsodki zdravnikov, ki oblikujejo sodbe o tem, kdo si zasluži operacijo in kdo ne. Zagotovo pa velja poudariti, da so tovrstne ugotovitve pomembne bolj kot opozorilo in element, na katerega je treba biti pozoren, ni pa jih mogoče jemati kot dejstva, saj na ravnanja v odnosu med zdravnikom in pacientom pomembno vpliva okolje (zdravstveni sistem, ki velja v določeni družbi, kultura), v katerem se odnos razvija (Bezenšek in Barle 2007).

Prav tako pa je Goffmana zanimal razvoj osebne identitete »šibkejših« – marginalnih in deprivilegiranih družbenih skupin. Zanimalo ga je, kako duševni pacienti ohranjajo osebno identiteto. Goffman (1963) je začel proučevanje procesa, v katerem posameznik razvije identiteto na podlagi interakcij z drugimi ljudmi. Način, kako vidimo sami sebe, je posledica naših interakcij z drugimi in odgovorov drugih na naša pričakovanja ali dejanja. Določeni odzivi drugih potrjujejo našo »normalnost«, drugi, denimo odklanjanje stikov, zavračanje, pa odstopanja od »normalnosti«. Pojav, ko se določena človekova značilnost posploši na človeka v celoti, Goffman (1963) poimenuje stigmatizacija oz. nezaželena drugačnost.

2.1.2 Medikalizacija življenja in družbe

Pred več kot petintridesetimi leti je filozof in radikalni kritik modernega civilizacijskega tehnološkega napredka Ivan Illich opozoril na to, da se zdravstveni sistem širi s tem, ko se »medikalizira« življenje samo. Ta sistem naj bi po Illichovem mnenju predstavljal veliko grožnjo, saj iz normalno zdravih ljudi ustvarja paciente. V znanem delu *Medicinski nemezis* (1975) je kritično obravnaval sistem zdravstva, ki si lasti nadzor ne le nad tistimi, ki so (neozdravljivo) bolni, ampak tudi nad povsem zdravimi ljudmi.

Obravnavi tega pojava so se v zadnjih treh desetletjih posvetili številni avtorji, ki opozarjajo na različne dejavnike medikalizacije in kažejo na njeno razsežnost in razširjenost v družbi (Kamin 2006, 13). White (2002) meni, da »podobno kot v foucaultovski perspektivi

obravnave oblasti in medicinskega védenja tudi teza o medikalizaciji družbe govori o trendu, v katerem se vse večji del razlag in izkušenj individualnega ali družbenega vedenja naslanja na medicinske razlage in medicinsko terminologijo« (Kamin 2006, 38).

Definicije in analitični pristopi pojava medikalizacije se sicer skozi desetletja spreminjajo, vendar pa medikalizacija v svojem bistvu pomeni »opis posameznikov problemov z medicinsko terminologijo, najpogosteje z izrazi, kot sta motnja ali bolezen (Conrad 1992, 210), oziroma proces, kjer »vse več področij vsakdanjega življenja preide pod avtoriteto, vpliv in nadzor medicine« (Zola 1983, 295).

Čeprav je medikalizacija uveljavljen sociološki pojem, pa je težko natančno definirati, do kam segajo začetki njenega pojavljanja v sociološkem razmišljanju. Proces se je v svojih začetkih nanašal na kritiko psihiatrične prevlade v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, čeprav se sam izraz pri tem še ni omenjal, in dozorel v sedemdesetih letih, ko se srečamo s prvimi »klasičnimi« primeri medikalizacije, kjer so se sociologi osredotočali na takrat novo opredeljene medicinske probleme (Gabe, Bury, Elston 2004), ki so se nanašali na deviantna vedenja, kot so alkoholizem in homoseksualnost, hipoaktivnost pri otrocih, zloraba otrok, ali normalne telesne procese, kot sta rojevanje, menopavza (Conrad 1992; Ballard in Elston 2005).

Za te zgodnje formulacije je bila medikalizacija razumljena kot splošni družbeni trend, ki je vključeval medicinsko prevlado nad »normalnimi« življenjskimi dogodki in izkušnjami, ki so postali kategorizirani kot problemi, primerni za medicinsko obravnavo in intervencijo, nad že prepoznanimi družbenimi problemi; nekaj slabega je zdaj postalo bolno (Ballard in Elston 2005).

Medikalizacija in avtoriteta medicinskega poklica

Literatura prepoznava medicinsko dominanco kot ključni dejavnik medikalizacije in opozarja, da ta dva pojma nista sinonima.

Teza o medikalizaciji družbe sloni na ideji avtoritativne ekspertize – medicine, ki zna in ve, na eni strani, in nevednim nebogljenim ljudstvom, v katerega življenje mora strokovnjak nenehno posredovati, na drugi. Problem medikalizacije in moči medicine je v profesionalni instituciji medicine, ki krepi svojo moč s poseganjem na vse več področij življenja in s širjenjem svojih pooblastil na področju upravljanja »deviantnega« vedenja (Kamin 2006; Zola

1983). Kot smo lahko videli v prejšnjem poglavju, je tudi za Foucaulta (1976) medikalizacija eden vplivnejših pojavov v družbi, eden temeljnih vzrokov zanjo pa je velika pristojnost ali celo prevlada medicinske stroke, ki odloča, kaj je normalno in kaj je patološko. S temi besedami Uletova opiše zmagovalen odnos medicine nad življenjem posameznika in družbe: »Dvajseto stoletje je predstavljalo čas doslej najobsežnejših in najtemeljitejših sprememb v medicini kot tudi v pojmovanju zdravja in bolezni. Medicinsko znanje in medicinska moč sta se spojila med seboj. Alopatska medicina je dokončno zmagala« (Ule 2003, 23).

Pod pretvezo zagotavljanja zdravstvene obravnave je medicina, kot pravi Illich (2010), dejansko povzročila škodo na (1) klinični ravni (prek neučinkovitega zdravljenja in stranskih učinkov itd.), (2) na družbeni ravni (ljudje so vedno bolj odvisni od zdravil) in na (3) strukturni ravni, saj se je zmanjšala sposobnost družbe spopadati se z boleznijo in smrtjo na smiseln način. Zato je za Illicha medikalizacija obžalovanja vreden proces, za katerega sta v veliki meri odgovorna razvoj in birokratizirana medicina (Ballard in Elston 2005).

Primer kritičnega pogleda na domnevni medicinski prevzem normalnih telesnih procesov in življenjskih dogodkov se je pojavil v 70. letih 20. stoletja, ko je nastala feministična analiza spreminjajočega se obvladovanja ženskih reproduktivnih izkušenj, denimo poroda. Pred nastopom 20. stoletja večina nosečnic ni bila deležna zdravstvene oskrbe v nobeni fazi nosečnosti, danes pa so zdravniški nasveti in posegi, povezani z reprodukcijo, nekaj samoumevnega, in to ne le od zgodnje nosečnosti dalje, temveč celo pred spočetjem. Podobno je obravnavan proces menopavze, kjer se z merjenjem hormonov indicira »potreba« po zdravljenju oziroma terapiji z nadomeščanjem hormonov (Ballard in Elston 2005). Gre za primera, ko so številne ženske občutile moralno zavezo za sprejetje medicinskega posredovanja, da bi se izognile morebitnim poznejšim zapletom ali slabemu zdravju.

Nekoliko drugačno videnje povezave med medikalizacijo in medicinsko dominantnostjo so v razmislek ponudili marksisti, kot denimo Navarro (Ballard in Elston 2005) in Waitzkin (1984) v 70. in zgodnjih 80. letih 20. stoletja. Njihov argument je bil, da je velika verjetnost, da bi kapitalizem imel korist od naraščajoče družbene odvisnosti od medicine, kar se kaže na dva načina:

(1) razširitev individualističnega medicinskega modela in priznavanje visokega statusa medicinski stroki je spodbudilo sprejetje personaliziranih rešitev za družbeno pogojene težave – denimo zdravila proti depresiji,

(2) porast porabe medicinskih potrošnih dobrin prinaša vse večji dobiček (Ballard in Elston 2005).

V sodobni družbi se dogaja vrsta sprememb, ki pogojujejo način soočanja ljudi z vsakodnevnimi težavami. Barsky in Boros (v Conrad 2007) ugotavljata, da je nastala sprememba v družbeni toleranci do nekaterih blažjih simptomov ali težav. Običajne zdravstvene težave, ki so del naravnega procesa življenja in staranja, ki se jim ne moremo popolnoma izogniti, se danes prikazuje kot obolenja: prehodna tesnoba, motnja koncentracije ali zaskrbljenost se prikazujejo kot simptom anksioznosti, bolečine v križu ali sklepnih hitro pomenijo »osteoporozo«, menopavza je, denimo, postala bolezen »hormonske deficiencie«. »Kronični stanj je že toliko, ugotavljata Moynihan in Cassels (2010), da ni več jasno, kje potegniti črto, ki bi delila zdravje od bolezni, saj so se meje, ki ločujejo »normalno od bolezenskega«, pogosto zelo prilagodljive, se spreminjajo s časom in se dramatično razlikujejo od dežele do dežele /.../ bolni ste že, če obstaja samo tveganje, da bi kdaj za čim zboleli. Ali z Zolajevimi besedami: »Naj bo spolnost, hrana, aspirin, oblačila, vožnja z avtomobilom, surfanje, v bistvu lahko karkoli povzroči zdravstvene težave pod določenimi pogoji ali skupaj z drugimi snovmi ali dejavnostmi ali če je tega premalo ali preveč« (Zola, 1983, 49).

Conrad in Schneider (1992) ugotavljata, da proces medikalizacije lahko poteka na treh različnih ravneh, in sicer na:

- (1) konceptualni, kjer gre za uporabo medicinske terminologije za povsem nemedicinski pojav (denimo naravno povešene prsi po nosečnosti se diagnosticirajo kot ptoza prsi oz. »mlečna ptoza« (Maturo 2012),
- (2) institucionalni, kadar organizacije, ki so specializirane za določen problem, pri njegovi obravnavi uporabijo medicinske postopke,
- (3) interakcijski, ki poteka v odnosu zdravnik – pacient, ko je pacientov »družbeni« problem definiran kot medicinski in tako tudi obravnavan (npr. homoseksualnost je bila v Diagnostičnem in statističnem priročniku vse do leta 1983 navedena kot patologija).

Navedeno kaže na to, da so v ta proces pogosto vključeni zdravniki in medicinski postopki, čeprav ni nujno, da vselej. Na primeru alkoholizma lahko vidimo, da je njihova vloga marginalizirana (Elston in drugi 2009).

V sodobnejši literaturi s področja medikalizacije je zaslediti obravnavanje vloge aktivnega udeleženca v procesu medikalizacije, na primer upora žensk proti medikalizaciji menopavze, rojstva otrok in drugih primerov. Griffiths (1999 v Ballard, Elston 2005) opozarja, da so ženske postale dejavne iskalke informacij v povezavi z njihovimi življenjskimi situacijami in same iščejo zdravniški nasvet.

Kot trdi Lewis (1993), ni nujno, da je medikalizacija naravnih življenjskih procesov, kot sta porod in menopavza, posledica medicinske zarote, temveč zgolj proces, v katerem veliko žensk zahteva zase »najboljšo« oskrbo in se hkrati včasih tudi upre medikalizaciji. Ugotovljeno je bilo, da prej ko so pacienti po eni strani potisnjeni v pasivno upoštevanje zdravnikovih navodil, obstaja po drugi strani verjetnost, da gre tudi za pritisk teh pacientov na zdravnike ali pa vsaj za sodelovanje in dogovarjanje med njimi (Broom in Woodward 1996). De Swan (1990) meni, da se medikalizacija lahko oblikuje skozi pogajanja med laično populacijo, ki si želi poiskati pomoč, in zdravstveno stroko, ki to pomoč želi nuditi. Tovrstne analize kažejo, da medikalizacija na določenih življenjskih področjih ni nujno sporna, niti ni nujno, da jo je sprožila medicina (Ballard in Elston 2005).

Ob tem pa Uletova (2003, 49) ugotavlja, da na mesto (nekdanjega) pretežno medicinskega nadzora nad zdravjem in boleznijo stopa danes še množica dejavnikov – poleg medicine predvsem medijska konstrukcija zdravja, industrija, tudi moda. Tudi Peter Conrad (2005) navaja, da v zadnjem desetletju glavno gonilo medikalizacije ni več samo medicinska stroka, temveč tudi potrošniki, spremljajoče zdravstvene dejavnosti (servisi⁴) in biotehnološka industrija, zlasti farmacija.

Pojav medikalizacije je povzročilo več dejavnikov⁵, ki so načeloma povezani z reorganizacijo medicine in zdravstvenega varstva, kažejo pa se v eroziji medicinske avtoritete in premiku usmerjenosti zdravstvene politike od skrbi za dostop do zdravstvenih storitev k skrbi za

⁴ Dejavniki, ki lahko prispeva k medikalizaciji, zadeva dejavnost družbenih gibanj in interesnih skupin. To dokazujejo primeri, v katerih so se oblikovale interesne skupine, ki so sprejele in ponotranjile medicinsko definicijo določenega problema. Prizadevale so si za splošno uveljavitev te definicije v družbi in posledično promovirale ustreznost medicinskih diagnoz ter ustreznih načinov reševanja problemov. Med bolj klasičnimi primeri so skupine za samopomoč, npr. društva anonimnih alkoholikov ipd., ki so pomagali medikalizirati alkoholike kot ljudi, ki se upirajo pomoči, kot omahljivce, neodločneže, ki nujno potrebujejo strokovno medicinsko pomoč za razstrupljanje (Kamin 2004, 39).

⁵ Na številne dejavnike medikalizacije opozarjajo različne raziskave. Revija *The British Medical Journal* je v letu 2002 posvetila tej temi celotno številko (Conrad 2005, 11).

nadzorovanje zdravstvenih stroškov. Gre za počasen premik od diskurza pravic posameznika do zdravstvene oskrbe k diskurzu posameznika za lastno zdravje (Kamin 2006, 40).

Dejavniki medikalizacije in potrošništvo

Turner (2004) ugotavlja, da so potrošniki pomemben dejavnik medikalizacije, saj je zdravje postalo tržno blago. Uletova (2003, 41) meni, da je to posledica splošne usmeritve potrošniške družbe k telesu in k telesnim potrebam ljudi. Vedno več časopisov, revij, televizijskih oddaj itd. je posvečenih skrbi za zdravje, ohranjanju zdravja in preprečevanju bolezni, potrošniki pa, kot navaja Barker (2008), prav na podlagi medijskih reprezentacij pri analiziranju svojega zdravja vse bolj prevzemajo medicinsko terminologijo. Oglaševalske kampanje spodbujajo ljudi, da razmišljajo o zdravstvenih potrebah, o katerih sicer ne bi (Turner 2004). Ohranjanje zdravja gre po mnenju Uletove (2004) vzporedno z naraščanjem potreb po »dobrem počutju«, po »mladostnem videzu«. Potrošniška družba je družba, ko morajo ljudje stalno paziti na zdravje, še zlasti v starosti (2003, 50). V času, ko torej »mnogi med nami živijo daljše, bolj zdravo in bolj vitalno življenje od naših prednikov, lahko zdravi ljudje, ki jih plašijo spretne oglaševalske, t. i. kampanje za zdravstveno ozaveščanje, zbolijo že od same skrbi, menita Moynihan in Cassels« (2010, 9).

Nazoren primer potrošništva v medicini je estetska kirurgija. Postopki, kot so na primer lifting, liposukcija, operacija nosu ali povečava prsi, so velik medicinski posel. Telo je postalo »projekt«, na katerem se izvaja od ekstremnih popravkov do minimalnih korektur, medicina pa je pri tem postala gonilo za izboljšavo. V nekem smislu je celo telo, košček za koškom, postalo predmet medikalizacije (Conrad 2005).

S tem ko zdravje postane tržno blago, postane medicinska obravnava kot drugi servisi in produkti (Conrad 2005). Posamezniki postajajo o zdravstvenih vprašanjih vse bolj obveščeni, v odnosu do zdravnikov in zdravstvenih storitev pa vse bolj prevzamejo vlogo potrošnika – potrošnika, ki izbira med zdravniki in prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji, potrošnika, ki se navaja poiskati drugo mnenje in oceniti kakovost storitev, ki mu jih zdravnik nudi. Za to vlogo potrošnika v sistemu zdravja in bolezni ga vzgaja več institucij – tudi sama medicina, ki je v privatizaciji zdravstvenih storitev prepoznala ogromni tržni potencial in posameznike

sama nagovorila k možnosti in odgovornosti izbire zdravljenja. (Kamin 2004, 40). V tem pogledu najpomembnejše potrošniško orodje predstavlja svetovni splet⁶ (Conrad 2005). Vsa farmacevtska industrija razpolaga z bogatimi spletnimi stranmi, napolnjenimi z »v uporabnika usmerjenimi« informacijami. Te pogosto vključujejo teste samopreverjanja, ki uporabnikom pomagajo določiti, ali imajo določeno motnjo in ali jim določena obravnava lahko koristi. Na spletu obstaja na milijone klepetalnic, forumov, spletnih središč, na katerih imajo potrošniki možnost deliti informacije o bolezni, zdravljenju, zapletih, ponudnikih (Hardey 2001). Bolezni so se tako preobrazile iz osebnih v bolj javne izkušnje (Conrad 2005), saj spletne komunikacije presegajo geografsko omejenost, združujejo paciente s podobnimi boleznimi, omogočajo anonimnost (Terseglav 2007) in kljub njihovim pomanjkljivostim (možnost napačnega razumevanja) paciente spreminjajo v aktivne uporabnike zdravstvenih storitev, s čimer ne nastopajo samo kot pacienti, temveč kot potrošniki (Conrad 2005).

Farmacevtska industrija in industrija biotehnologije postajata dva najmočnejša dejavnika medikalizacije. Moynihan in Cassels (2010) poudarjata razsežnosti farmacevtske industrije, ki izrablja naše najgloblje strahove pred smrtjo in spreminja samo pojmovanje tega, kaj človek v svojem bistvu je. Crister (2005, 165) na neverjetne razsežnosti farmacevtske industrije pokaže s citatom enega izmed direktorjev farmacevtskega giganta: »*Obstaja veliko ljudi, ki še niti ne vedo, da bi morali biti naši pacienti!*« Toda k tej temi se bomo vrnili pozneje.

Nove možnosti zdravljenja obeta industrija biotehnologije. Ta z razvojem na področju genetike velja za eno izmed najbolj rastočih panog in ključnih tehnologij 21. stoletja (Fuchs 2001, 1), njeni produkti pa bodo vplivali na celotno družbo, kar bo zagotovo pomenilo nova razmerja tudi v polju zdravja in bolezni.

Nikolas Rose, sociolog Foucaultove smeri, meni, da je manipulacija z molekulami glavna značilnost naše družbe. »Sodobna biomedicina življenje na molekularni ravni pojmuje kot skupek razumljivih življenjskih mehanizmov, ki jih lahko prepoznamo, izoliramo, jih upravljamo, aktiviramo in ponovno združujemo v intervencijskih postopkih, ki jih ne omejuje

⁶ Uporaba storitev spleta se je zelo razširila na vsa področja znanosti in tako tudi v medicino. Na spletu najdemo ogromno število zdravstvenih informacij, ki jih dobimo tako pri informacijskih službah kot na spletiščih posameznih institucij ali celo posameznikov. Podobno kot za iskanje splošnih informacij za lažje in hitrejše iskanje zdravstvenih informacij obstaja veliko število prosto dostopnih iskalnikov in podatkovnih zbirk z bolj ali manj prijaznimi uporabniškimi vmesniki (Klemenčič in Leskošek 2007, 7).

navidezna ureditev naravnega življenjskega reda« (Rose v Maturo 2012, 123). Zato lahko rečemo, da živimo v družbi, ki postaja vse bolj bionska. To pomeni, da sta biologija in genetika glavni sili, ki vplivata na človekovo življenje, družbeni dejavniki pa so stranskega pomena. Medikalizacija s svojimi dosežki je glavni element današnje bionske družbe (Maturo 2012). Tako medikalizacija staranja in življenja nasploh kot širjenje genskega testiranja in zdravljenja jasno kažeta, kako močni politični in podjetniški interesi skrbijo za razlikovanje med normalnim in patološkim. Za medikalizacijo in genetikalizacijo stojijo močne farmacevtske in medicinsko tehnične družbe, ki ponujajo orodja, zdravila itd. Normalno ne pomeni več povprečno, temveč nekaj, kar je družbena norma. Če kaj odstopa od nje, so brž na voljo sredstva za izboljšavo ali odstranitev deviacij. Sodobna medicina naravnost živi od popravljanja napak narave (Ule 2004, 34).

Trditve o splošnem naraščanju medikalizacije, ki odsevajo spremembe v načinih družbenega nadzora deviantnosti, so bile primerne sredi 20. stoletja. Vsekakor pa to ne pomeni, da se ta trend neizogibno in neizprosno nadaljuje. Če je medikalizacija, kot menita Conrad in Schneider (1992), povezana z naraščanjem racionalizacije in znanosti (torej z modernostjo) in če se trenutno soočamo z bledenjem modernosti, nas ne bi smelo presenetiti, če bi obstajalo več nesoglasij glede medikalizacije (Ballard, Elston 2005). Kljub kritikam obstaja medikalizacija uporaben koncept za zdravstvene sociologe. Vsekakor pa je treba preseči zgolj kopičenje različnih primerov medikalizacije, da bi lahko razvili celovitejšo teorijo procesa medikalizacije, njenih vzrokov in posledic, in vse to povezati z nedavnimi spremembami v organizacijskih oblikah zdravstva in znanju ter z rastočimi izzivi, s katerimi se soočajo zdravstveni strokovnjaki (Elston in drugi 2004).

Poleg tega pa upošteva, da se je konec 80. let sociološka pozornost preusmerila v razmislek o domnevnem upadu medicinske dominantnosti, postaja ideja o medikalizaciji kot neizbežnem oziroma nepovratnem procesu vse manj verjetna. Seveda pa je mogoče pričakovati, kot sta trdila Conrad in Schneider (1992), da če je medikalizacija kot splošni družbeni trend povezana zlasti z modernostjo in če zdaj vstopamo v postmoderno obdobje, povečanje demedikalizacije (Ballard in Elston 2005).

2.1.3 Od medikalizacije do »farmaceutikalizacije«

Uporaba zdravil in medikalizacija nista ena in ista stvar. Nekateri vidiki medikalizacije niso neposredno povezani z uporabo zdravil (medikalizacija, ki se izvaja na konceptualni ali interakcijski ravni). Poleg tega obstajajo primeri medikalizacije, ki v osnovi ne predvidevajo porabe zdravil, čeprav so ta bila uporabljena. Taka primera sta medikalizacija nosečnosti in medikalizacija lepote. Obstajajo tudi primeri bolezni, pri katerih obravnava ni niti farmakološka niti medicinska v strogem smislu, saj se od pacienta zahteva prilagoditev na poseben način življenja⁷ (Maturó 2012).

Abraham (v Maturó 2012) meni, da imajo družbenokulturni vidiki uporabe zdravil specifične lastnosti, ki jih ni mogoče ustrezno analizirati z vidika medikalizacije. Zato predlaga pojem »farmaceutikalizacija«. To lahko opredelimo kot »proces, pri katerem zdravniki, pacienti (ali oboji v dogovoru) socialne, vedenjske ali telesne bolezni zdravijo farmakološko (z zdravili) oziroma naj bi bilo takšno zdravljenje potrebno«.

Pogosta primera farmaceutikalizacije sta zdravljenje motenj razpoloženja z anksiolitiki ali antidepresivi in zmanjševanje dejavnikov tveganja srčne bolezni z uporabo statinov, ki znižujejo holesterol. Pri tem je treba opomniti, da je omenjene bolezni mogoče zdraviti tudi brez zdravil, tako kot se je to izvajalo v preteklosti. Zdravljenje je lahko tako zdravniško, npr. s psihoterapijo, kot nezdravniško, npr. s spremembo načina življenja. Med dejavnike, ki so spodbudili farmaceutikalizacijo, Abraham (v Maturó 2012) navaja tri najpomembnejše:

- (1) ekonomska politika farmacevtske industrije,
- (2) deregulativna državna politika in
- (3) potrošništvo. Tega smo obravnavali, o prvih dveh bomo govorili v nadaljevanju.

Farmacevtska industrija zaradi svoje javnozdravstvene razsežnosti igra pomembno vlogo v družbi in daje pomemben prispevek k blaginji celotnega sveta. Uporaba zdravil, pa tudi medicinskih pripomočkov se je v zadnjih desetletjih močno razširila povsod v razvitih družbah in še vedno strmo narašča.

⁷ Tak primer bolezni je na primer celiakija, katere edina učinkovita obravnava je prehranjevanje brez glutena.

Globalno gledano je znesek prodanih zdravil denimo za leto 2007 znašal okoli 700 milijard dolarjev, medtem ko je ta delež leta 2000 znašal okoli 350 milijard dolarjev (Busfield 2010). V ZDA živi manj kot pet odstotkov vsega svetovnega prebivalstva, zdravil na recepte pa tam porabijo skoraj polovico vseh, ki so na svetovnem trgu. Poraba znotraj ZDA še naprej narašča in je v skoraj šestih letih zrasla za 100 odstotkov – ne samo zaradi strmega zviševanja cen, ampak tudi zato, ker jih zdravniki vse pogosteje predpisujejo (Moynihan in Cassels 2010, 10). A tudi drugje po svetu stroški za farmacevtske izdelke naraščajo. V Angliji denimo je NHS leta 2006 porabil 22.000.000 angleških funtov na dan za zdravila na recept, kar je za 60 odstotkov več kot desetletje predem (Busfield 2010). Mladi Avstralci so samo v letu 2000 zaužili desetkrat toliko antidepresivov kot v letu 1990, kanadska poraba novih zdravil, ki naj bi zbijala holesterol, pa je v istem obdobju poskočila celo za 300 odstotkov (Moynihan in Cassels 2010, 11). Čeprav je farmacevtska industrija tako v strokovni kot laični javnosti pogosteje bolj prepoznana, pa trg z medicinskimi pripomočki v tem času raste še hitreje. Svetovni trg z medicinskimi pripomočki je velik in po podatkih EvaluatePharma za leto 2011 ovrednoten na 325 milijard ameriških dolarjev. Ta znesek znaša 45 odstotkov svetovnega trga zdravil na recept (Hren 2013, 13).

Tudi v Sloveniji uporaba zdravil narašča. Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Poročilo ZZZS za leto 2012 v ZZZS 2013) kar tri četrtine Slovencev dobi na leto vsaj en recept, poraba zdravil pri ljudeh, ki obišejo zdravnika, pa se je v zadnjem desetletju povečala za 50 odstotkov. Zdravniki pacientom, ki že prejemajo zdravila, predpisujejo teh vedno več. Iz rednih poročil Inštituta Republike Slovenije za leto 2012 in Zavoda za zdravstveno zavarovanje za leto 2012 je razvidno, da so stroški za ambulantno predpisana zdravila in stroški za zdravila iz OZZ v letih od 2001 do 2012 narasli za 32,34 odstotka, stroški za vse izdatke za zdravila pa celo za 59,33 odstotka. Iz poročil je razbrati, da delež zdravil v breme sredstev za zdravstvo narašča.

Ozadje delovanja farmacevtskih družb

Veliki ugled medicine temelji na načelu neodvisnosti in objektivnosti, predvsem pa na skrbi za paciente. Na njene interese pa vse bolj pritiskajo finančni interesi, za katere si prizadeva farmacevtska industrija (Weiss 2009, 23). So interesi teh dveh strok združljivi?

Da interesi medicine in farmacije niso združljivi na način, kot ga poznamo danes, ugotavljajo številni avtorji raziskav, ki so se osredotočili na različne vidike delovanja farmacevtskih družb, denimo Cohen (2001), Kassirer (2004), Crister (2005), Angell (2008), Moynihan in Cassels (2009), Weiss (2009); med njimi je – zanimivo – največ prav zdravnikov. Njihova dela so razkrile šokantne podrobnosti o delu farmacevtskih podjetij, podatki v njih pa so izrazito skladni.

Za boljše razumevanje se je treba za trenutek ustaviti pri vlogi in pomenu ameriškega vladnega urada za hrano in zdravila – FDA (Food and Drug Administration), ki pod nadzorom ministrstva za zdravje ureja vsa vprašanja glede zdravil in prehrane in je zadolžen za preverjanje zdravil in njihovo odobritev za trg. Ta naj bi bila po mnenju Cristerja (v Grobelnik, 2006) v osemdesetih letih zaradi prepočasnega postopka odobritve kriva za stagnacijo ameriške farmacevtske industrije. V tem času so se med politiko in farmacevtskimi družbami začele prepletati vedno močnejše povezave. Tako so danes vodilne ameriške farmacevtske družbe (ki sicer obvladujejo skoraj 50-odstotni svetovni tržni delež) združene v PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufactures of America), ki predstavlja enega največjih lobijev v Ameriki. Posledice takšnega vpliva farmacevtskih družb pa so vidne na več področjih. Kot prvo je treba omeniti pospešitev odobritve zdravil FDA, ki danes pogosto potekajo zgolj na podlagi subjektivnih, lastnih raziskav posameznih farmacevtskih družb. Zaradi takšnih dejanj (odobrenih nevarnih zdravil) se posledično pojavljajo številna nova obolenja, (pre)pogosto pa tudi smrti. Tisto, kar najbolj bode v oči, je, opozarja Cohen (2001, 2), »da farmacevtski velikani priporočajo napačno uporabo zdravil, čezmerne odmerke zdravil, zdrave ljudi pa poskušajo prepričati, da so bolni«.

Posledice napačne uporabe zdravil so reakcije na zdravila ali hudi stranski učinki, ti pa so v Združenih državah Amerike visoko na lestvici povzročiteljev smrti. Po podatkih raziskave, objavljene v reviji ameriškega združenja zdravnikov JAMA (Journal of the American Medical Association), lahko v letu 2001 od 225.000 smrtnih primerov kar 106.000 primerov pripišemo nepredvidljivim negativnim učinkom zdravil, 7.000 primerov napačno predpisanim zdravilom (Grobelnik, 2006). S podatkom o smrti zaradi predoziranja ali zlorabe zdravil ne razpolagamo. Po podatkih ZZZS je 6,2 odstotka pacientov, ki jih zdravi UKC Ljubljana, hospitaliziranih zaradi posledic negativnih učinkov zdravil. Več kot deset zdravil pri nas redno dobiva več kot 23 tisoč ljudi. Strokovnjaki opozarjajo, da so to že prvi primeri hude

polifarmakoterapije (pojav, ko posameznik vsakodnevno zaužije kombinacijo več kot petih zdravil).

V Združenih državah Amerike se cene zdravil oblikujejo prosto in se o njih kupci ne smejo niti pogajati, zato so tam najvišje na svetu. Večina drugih držav poskuša njihove cene regulirati ali se o njih pogajati s proizvajalci, vendar je njihova moč razmeroma majhna, še zlasti če gre za majhno državo, kjer se proizvajalci sklicujejo na ekonomijo obsega⁸ (Keber 2008).

Farmacevtska podjetja trdijo, da so zdravila tako draga zato, ker morajo pokriti zelo visoke stroške raziskovanja in razvoja. »Raziskave in razvoj« so stalni argument, s katerim nastopajo, ko zagovarjajo visoke cene zdravil. Po drugi strani pa avtorji omenjenih raziskav vsak zase ugotavljajo, da je te podatke nemogoče pridobiti, saj so netransparentno navedeni in skriti v različna letna poslovna poročila, praviloma skupaj s stroški za trženje. Nekateri avtorji to področje poimenujejo celo »črna skrinjica« farmacevtskih družb.

Kritike letijo tudi na račun inovacij; avtorji skupno ugotavljajo, da ta industrija v zadnjih letih ni več niti inovativna, ker da ni na trg poslala več kot peščice resnično pomembnih novih zdravil, in »še ta so temeljila na raziskavah v akademskih ustanovah, malih biotehniških podjetjih ali na nacionalnih inštitutih za zdravje, financiranih z denarjem davkoplačevalcev⁹« (Angell 2008, 30). To pa pomeni, da so farmacevtska podjetja danes osredotočena na proizvodnjo novih različic obstoječih zdravil, in to z višjimi cenami. Prav tako, kot ugotavljata Moynihan in Cassels (2010), se svetovne farmacevtske družbe tako ne zadovoljujejo več samo s prodajo zdravil, ki bi bila omejena zgolj na paciente, ki jih zares potrebujejo, ampak so se preusmerile k zdravim in čilim ljudem. »Na Wall Streetu prav dobro vedo, koliko denarja se da zaslužiti, če dopoveš zdravemu, da je bolan« (Moynihan in Cassels 2010, 11).

⁸ Cena posameznega zdravila je tako v Sloveniji marsikdaj višja od njegove cene v veliki in bogati državi (Keber 2008).

⁹ Uprava za hrano in zdravila (FDA) je v petih letih med letoma 1998 in 2002 odobrila 415 novih zdravil, med katerimi je bilo le 14 % res inovativnih. Nadaljnjih 9 % je bilo starih zdravil, ki so bila na neki način samo spremenjena, preostalih 77 % pa je bilo zdravil t. i. »tudi mi«, ki so različice zdravil iz oddaljene preteklosti. Nekatera so imela drugačno kemično sestavo od izvornikov, večina pa ne (Angell 2008, 95).

Namesto da bi ta podjetja več vlagala v inovativna zdravila, postavila zmernejše cene, namenjajo denar za trženje. Po mnenju Cristerja (2005) je trženje tisto, ki je poleg političnih navezav ključno, da je farmacija med tremi najbolj dobičkonosnimi sektorji v Združenih državah Amerike. Večina trženjskih strategij – mednje sodijo

- (1) izobraževanje zdravnikov,
 - (2) oglaševanje nenamenske rabe zdravil,
 - (3) najemanje profesionalnih piscev »ghostwriters«,
 - (4) izobraževanje uporabnikov,
 - (5) oglaševanje bolezni,
 - (6) neposredno oglaševanje pri uporabnikih – je seveda usmerjenih k vplivanju na zdravnike.
- Ti so za farmacevtsko industrijo in tudi industrijo pripomočkov daleč najpomembnejši deležnik, saj prav oni predpisujejo zdravila in odločajo o diagnostiki z implantacijo medicinskih pripomočkov. Ključno je, kot navaja Kotler (2004, 572), »da ljudje zaupajo viru sporočila, zato veliko farmacevtskih podjetij izbira zdravnike za oglaševanje zdravil, saj jim ljudje zaupajo«. Farmacevtska podjetja sicer merijo na vsakega posameznega zdravnika. Nudijo jim posebne dodatke za predpisana zdravila, sponzoriranje izobraževanj, študija, tudi medicinske opreme. Najbolj so zanimivi t. i. mnenjski voditelji, vplivni posamezniki, avtorji strokovnih publikacij, ugledni profesorji praviloma iz akademskih ustanov, predavatelji na kongresih. Wazanova (2000) ugotavlja, da v medicini ne obstaja prav veliko tem, ki bi sprožile tako intenzivna trenja med zdravstvenimi strokovnjaki kot prav povezanost med zdravniki in farmacevtskimi podjetji. Pogledi na to temo so različni in pogosto protislovni. Neka raziskava med študenti medicine je namreč pokazala, da jih 85 odstotkov meni, da ni primerno, če politik sprejme darilo, medtem ko jih le 46 odstotkov meni, da je neprimerno, če darilo farmacevtskega podjetja prejme zdravnik (Palmisano in Edelstein 1980). Zagotovo pa v tem kolesju ne sodelujejo vsi zdravstveni strokovnjaki in zdravniki. »Težava je v tem, da so tisti, ki sodelujejo, glasnejši in imajo več vpliva, ker si njihovi sponzorji prizadevajo, da bodo na strokovnih in medijskih dogodkih prav oni poklicani kot predstavniki stroke. Zato bodo mediji, na željo oglaševalca seveda, prav takšne povprašali za mnenje. Zato bodo takšni na čelu strokovnih svetov, izobraževalnih organizacij, komisij« (Lončar 2009, 10).

Navzkrižje interesov med zdravniško zavezanostjo pacientu in željo farmacevtskih podjetij po prodaji svojih izdelkov predstavlja izziv zdravniškemu profesionalizmu. Navzkrižje nastane,

ko lahko utemeljeno sklepamo, da je moralna integriteta zdravnika ogrožena (Brennan in drugi 2006).

V družbi, polni nasprotij, sta razkritje navzkrižnih interesov in spopad z njimi praviloma dobrodošla, saj nam to omogoča, da se lahko odločamo v skladu z našimi željami. Toda v medicini, kjer imajo pomembne odločitve o zdravljenju velik vpliv na kakovost življenja, zgolj razkritje navzkrižja interesov ni dovolj. Pacienti si zaslužijo nasvet, kako naj se odločijo, brez občutka, da je nasvet pristranski. Zdravniki in znanstveniki, ki so v neposredni finančni povezavi s farmacevtsko industrijo, pa ne le da ne morejo razkriti nasprotja interesov – ne bi jim smelo biti dovoljeno, da sodelujejo pri izdelavi strokovnih smernic (Kassirer 2004).

Tako začenja Jerome Kassirer, ugledni profesor medicine na dveh ameriških univerzah (in v devetdesetih letih zaslužni in glavni urednik ene najstarejših in najbolj elitnih strokovnih revij *New England Journal of Medicine*), svoj prispevek *Why Should We Swallow What These Studies Say* (Kassirer, 2004), v katerem prikazuje preplet medicinske stroke in farmacevtske industrije na primeru objave smernic in priporočil za raven holesterola pri posameznikih z visokim tveganjem za srčne bolezni. Gre za eno izmed številnih zgodb, ki je v neprijeten položaj postavila tako zdravniško stroko kot farmacevtsko industrijo in jo je vredno pogledati podrobneje, saj je primer splošnega vedenja.

Junija 2004 je ameriški Nacionalni program za holesterol (NCEP), del Nacionalnega inštituta za zdravje, predstavil strožje smernice za raven holesterola, kot so veljale v preteklosti, in sicer tako stroge, da bi milijoni Američanov s tveganjem za bolezni srca in ožilja morali jemati draga zdravila (statine), ki znižujejo raven holesterola, da bi dosegli nižje omejitve, navedene v novih smernicah. Česar NCEP ni razkril, je podatek, da je bila večina članov senata, ki so pomagali napisati priporočila, v finančni povezavi s farmacevtskimi podjetji, ki bi imela koristi zaradi povečane uporabe statinov. Kritiki in pristojne organizacije so se takoj odzvali zaradi skritih finančnih odnosov in zahtevali razkritje povezav. Poročilo je pokazalo, je od devetih članov sveta, ki je implementiral smernice, šest članov prejelo raziskovalne štipendije, honorarje za nastope ali različna svetovanja, in to od najmanj treh, v nekaterih primerih pa kar vseh petih proizvajalcev statinov; le en član sveta ni imel nobenih finančnih povezav s proizvajalci teh zdravil.

Pozneje so ugledne medicinske organizacije dokazovale verodostojnost teh smernic z različnimi sporočili in dokazi, da so smernice ob sprejemanju prestale uveljavljene »postopke

znanstvenih pregledov« uglednih in neodvisnih organov, v katerih je sodelovalo več deset recenzentov. Strokovna združenja (med njimi tudi ameriško kardiološko združenje, ki je v ugledni reviji *Circulation* objavilo smernice) so zavračala povezavo med proizvajalci (industrijo), saj da je njihova politika preprečevanja konflikta interesov predpisana in se morajo v primeru nasprotja interesov njihovi člani izločiti iz takšnih postopkov.

Razkritju je sledila široka razprava o sodelovanju vrhunskih strokovnjakov s proizvajalci zdravil, o avtonomiji in pristranskosti pri odločanju, tudi o posledicah tovrstnih razkritij.

Razprava je odprla vrsto zanimivih vprašanj. Ali je pregled smernic 90 drugih vodilnih strokovnjakov preprečilo morebitno pristranskost vpletenih? So bila med njimi nesoglasja? Če so bila, ali so jih razrešili? Na večino teh vprašanj ne poznamo odgovorov. Se pa avtor prispevka sprašuje, ali je res najboljša pot za sprejemanje smernic ta, da se v sprejemanje teh vključijo vsi vrhunski strokovnjaki nekega strokovnega področja. »Najboljše odločitve v skupini nastajajo na podlagi različnih in neodvisnih mnenj. Kadar družbe s povsem enakimi interesi vključijo vse vrhunske strokovnjake z nekega področja, odločevalci postanejo dovzetni za 'skupinsko razmišljanje'«.

V časopisu ameriškega združenja zdravnikov JAMA je že skupina uglednih zdravnikov zahtevala stroge ukrepe in strožjo regulacijo sistema (Brennan 2006), znotraj katerega priporoča politiko, po kateri bi medicinske univerze prevzele vodilno vlogo pri odpravljanju nasprotij interesov, ki še vedno ogrožajo razmerje med zdravniki in zdravstveno industrijo. Med nujnimi ukrepi izpostavljajo zlasti naslednje: farmacevtska podjetja naj bi prepovedovala kakršna koli darila za zdravnike, enako bi bili prepovedani obiskovanje zdravnikov in posredovanje vzorcev zdravil. Zdravniki naj ne bi bili v finančni povezavi s farmacevtskimi podjetji, tisti, ki so, naj ne bi sodelovali v strokovnih združenjih, društvih, zbornicah, ki predpisujejo smernice za jemanje zdravil ali priporočajo zdravila. Izobraževanje zdravnikov na kongresih, tečajih, delavnicah farmacevtskih družb naj bi bilo prepovedano, medicinske univerze in izobraževalne ustanove pa bi morale prve sprejeti stroga pravila sodelovanja in prepovedati tovrstni način sodelovanja.

In kakšen vpliv bi upoštevanje teh priporočil lahko imelo? Kot piše v priporočilu, so avtorji smernic prepričani, da je to edina prava pot, na katero bi morala sodobna medicina stopiti. Močno bi se zmanjšali finančni izdatki za zdravila na recept, povečala bi se uporaba generičnih ali cenejših izdelkov, zmanjšala bi se odvisnost medicine od farmacevtskih

podjetij. S temi ukrepi bi po mnenju uglednih strokovnjakov medicina pokazala, da so na prvem mestu res interesi pacientov.

Zadnjemu primeru neposredne povezave med farmacevtsko industrijo in zdravniki smo bili v Sloveniji priča decembra 2013, ko je v medijih odmevala kriminalistična preiskava nekaterih slovenskih zdravnikov, ker naj bi jim farmacevtske družbe oziroma dobavitelji medicinske opreme denar nakazovali kar na njihove osebne račune. To ni prvi in ni edini tak primer, izpostavljamo pa ga zaradi aktualnosti, saj kaže, da finančne povezave med zdravniki in farmacevtskimi podjetji (tudi na ravni zdravstvenih ustanov) še niso izkoreninjene.

2.1.4 Medijsko poročanje o zdravstvenih temah

Na prvi pogled se sicer zdi, da dve povsem različni področji raziskovanja – mediji in zdravstvena sociologija – stojita daleč vsaksebi (Lupton in Kleiman v Seale 2003). Istočasno z razvojem zdravstvene sociologije, ki je pomembno prispevala k širšemu razumevanju izkušnje bolezni (torej stran od strogo biomedicinskega vidika), smo bili priča razvoju medijev in kulturnim študijam. Te nove discipline so množično posredovanje osebnih izkušenj razumele kot pomembno temo. Gre za sestavni del širšega razumevanja »biti človek« v postmodernih družbenih razmerah. Zato je znotraj teh področij zelo pogosta tema na primer medijska reprezentacija spolov, ki je pomemben dejavnik pri razumevanju vprašanj identitete, na katera imajo mediji precejšen vpliv. Osebna identiteta posameznika je v veliki meri kulturna konstrukcija (Rose 1999). Sistemi znanja in diskurzi se izvajajo v množičnih medijih in vplivajo na javnost na različne načine. Novi mediji, zlasti tisti, ki jih ponuja splet, omogočajo novo vrsto izkušenj. Moramo torej razumeti medije, če želimo razumeti izkušnje in njihovo upodabljanje v obliki pripovedi (Seale 2003).

Seale (2003) meni, da je največja zbirka zgodb v poznih modernih družbah sestavljena iz različnih virov množičnih medijev (televizije, časopisov, revij, radia in vedno bolj spleta). Iz te bogate zbirke ljudje črpajo in pripovedujejo zgodbo svojega jaza. Množični mediji so se tako uveljavili kot osrednji posrednik med posameznikom in družbo (Lampert in Bleicher 2003) in imajo neprimerljiv vpliv na ljudi v primerjavi z drugimi komunikacijami (Gunther 1998); močno krojijo življenja uporabnikov, vplivajo na njihovo zavedanje, odločajo, kaj je v družbenih odnosih primerno in kaj ne (Leask, cooker, King 2010). S pomočjo medijev razlagamo in razumemo dogodke v svetu, ki nas obkrožajo. Mediji so primarni vir slik o širšem svetu javnih zadev. Ker je ta širši svet za večino ljudi nedostopen in oddaljen, so edini

vir informacij o njem množični mediji. Od tega, kar se mediji odločijo sporočiti ljudem, je odvisno, kaj ljudje vedo o svetu javnih zadev (Bašić Hrvatinić 2010). Množični mediji so prepoznani kot vir kolektivnih izkušenj, ki služijo razumevanju sveta in našega mesta v njem (Hodgetts Chamberlain 2006).

Množični mediji in stroke za opredeljevanje tveganj, kot je na primer medicina, v sodobni družbi zasedajo vodilna družbena in politična mesta. Ta družba je »družba tveganja« in hkrati »družba znanosti, medijev in informacije« (Beck v Kamin 2006, 110).

Ko pogledamo v medijsko realnost, vidimo, da so teme zastopane glede na svojo družbeno relevantnost in moč. Ko govorimo o družbeni moči neke teme, govorimo predvsem o količini denarja, s katerim razpolaga področje. Ne gre za formalni vpliv, ki bi ga imel kapital na medij, ampak na splošno usmerjenost v družbi. Tisti, ki je družbeno gledano na obrobju, je tudi v medijih obravnavan obrobno. Zdravstvo, razen nekaterih segmentov, nikakor ni na obrobju, prej nasprotno. Zdravstvo je v samem središču družbenega dogajanja (Zupanič 2012)¹⁰.

Ko posamezniki zbolijo, sprejemajo odločitve s področja zdravja, obiščejo izvajalce zdravstvenih storitev, sodelujejo pri sprejemanju zdravstvene politike, so njihove odločitve v veliki meri pogojene z informacijami, ki jih dobivajo iz različnih medijev. Ti ponujajo slike, kako je biti bolan, kaj povzroča bolezni, kaj pomeni zdravje, kako poteka zdravljenje, kakšen odnos imajo izvajalci zdravstvenih storitev (ali bi ga morali imeti), kakšna sta zdravstvena politika in njen vpliv. Zgodbe posredujejo interesne skupine, ki si želijo pridobiti vpliv nad ljudmi (Seale 2003). *Mainstream* mediji so pogosto prvi vir, iz katerega javnost, vključno z zdravstvenimi delavci, pridobi podatke o medicinskih dosežkih (Dolan in drugi 2004).

Množični mediji, ki so močno navzoči na zdravstvenem področju, vplivajo na oblikovanje predstav o zdravju (Seale 2003; Hayes in drugi 2007; Leask in drugi 2010), in to vseh, ki jih to zadeva, to je splošne javnosti, zdravstvene politike in tudi zdravstvenih delavcev (Larsson in drugi 2003). Pomembno vplivajo na določanje tem in vsebin, o katerih poročajo, torej o

¹⁰ V ponazoritev in potrditev navedenega nekaj podatkov iz Delovega arhiva: v letu 2009 so v Delu objavili 335 sestavkov o bančništvu, 321 sestavkov o delu političnih strank, 329 sestavkov o delu parlamenta, 287 o delu vlade, o kmetijstvu, denimo, 82 sestavkov, o znanosti 580, na temo zdravstva pa kar 1.334 sestavkov (Zupanič 2012).

tem, kaj nas mora skrbeti in kako moramo ukrepati, in tudi na način predstavitve, torej na to, kako naj razmišljamo o njih (McCombs in Shaw 1972).

Kot ugotavljata Catalán in Matamoros (2011), se velike količine denarja namenjajo za promocijo zdravja – produkcijo sporočil in oglaševalske kampanje, katerih cilj je zagotoviti troje: (1) informirati javnost z verodostojnimi podatki o zdravstvenih temah, (2) vplivati na posameznikova stališča do zdravja in vrednote v povezavi s tem in (3) vzpostaviti nove vedenjske vzorce in navade. Številne raziskave potrjujejo, da lahko množični mediji tudi na zdravstvenem področju (Schlinger v Kamin 2006): (1) umestijo zdravje in probleme zdravja na javni dnevni red, (2) okrepijo raven informacij o zdravstvenih temah, (3) spodbudijo ljudi, da sprejmejo dodatne informacije o zdravstvenih temah, (4) spodbudijo vplivanje na vedenje v medsebojnih interakcijah prek pogovorov z družino, prijatelji, zdravniki in drugimi strokovnjaki, (5) predlagajo načine samoiniciativnega iskanja informacij, (6) okrepijo obstoječa stališča in vedenja. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija (1946) množične medije postavlja kot osrednje pri doseganju zastavljenih ciljev.

V medijih so sporočila o zdravju v središču različnih interesnih skupin, tj. zdravstvene politike, interesov farmacevtske industrije, interesov zaposlenih v zdravstvu in pacientov. Dejansko pa bi sporočila o zdravju morala biti v nasprotju s temi interesi (Lampert in Bleicher 2003, 48). Chapman (v Kamin 2006, 111) množične medije izpostavlja kot enega ključnih advokatov v boju za »javno zdravje«.

Zdaj nas seveda zanima, kako dobro mediji opravljajo funkcijo promotorjev javnega zdravja oziroma kakšen je dejansko njihov vpliv? Koliko lahko mediji varujejo ali ogrozijo naša življenja in zdravje?

Zdravstveni psihologi medije pogosto prikazujejo kot bojno polje med »zdravimi sporočili« na eni strani in »nezdravimi sporočili« na drugi. Ukvarjajo se z raziskovanjem morebitnih vplivov »nezdravih sporočil« in z razvojem strategij za promocijo »zdravih sporočil« (Hodgetts in Chamberlain 2006). Na tem mestu velja omeniti teorijo zadovoljevanja potreb, ki jo je prvi osnoval komunikolog Elihu Katz konec petdesetih let prejšnjega stoletja. Teorija je takrat ponudila povsem novo izhodišče in preusmerila pozornost od vprašanja »kaj mediji povzročajo ljudem« (tradicionalna vloga medijev) k vprašanju »kaj posamezniki počno z mediji« (dejavnejša vloga posameznika). Poglavitni namen teorije je pojasniti, kako

posamezniki uporabljajo množične medije kot enega izmed zunanjih dejavnikov za zadovoljevanje socialnih potreb in doseganje lastnih ciljev. Temelji na petih predpostavkah (Katz 1959).

- (1) Občinstvo je dejavno, zato je večji del medijske uporabe namenski.
- (2) Pobuda za povezovanje zadovoljitev je z izbiro vrste medijev ali sporočil na strani občinstva.
- (3) Mediji so le eden izmed virov za zadovoljevanje potreb. Potrebe, ki jih lahko zadovoljimo z uporabo množičnega komuniciranja, so le del človekovih potreb.
- (4) Posamezniki so dovolj ozaveščeni, da lahko sami izražajo svoje motive oziroma jih lahko vsaj prepoznajo.
- (5) Zadovoljitve posameznika so odvisne od njegove družbene vloge in psihološke dispozicije (Katz in drugi v Golob 2003, 13–14).

Osrednji pojem teorije zadovoljevanja potreb je torej aktivnost medijskega občinstva (1979). Ob silnem razvoju množičnih medijev, kamor spadajo tudi družbeni mediji, pa je še toliko pomembneje razumeti tako vpliv medijev na občinstvo kot tudi to, kako občinstvo sprejema, obravnava, razume, vrednoti medije in njihova sporočila, kamor spadajo tudi zdravstvene teme.

Čeprav se na medijsko občinstvo v razpravah o svobodi, kakovosti in raznolikosti medijev v Sloveniji sklicujejo tako rekoč vsi udeleženci razprav – od ustvarjalcev, upravljavcev in lastnikov medijev do politikov, akademikov in civilnodružbenih organizacij – je sistematičnega vpogleda v to, kako državljanke in državljani obravnavajo, razumejo in vrednotijo medije, zelo malo (Petkovič in drugi 2012). Po podatkih Politbarometra iz decembra 2013 medijem zaupa 28 odstotkov državljanov, manj kot zdravstvu (31 % državljanov), obenem medijem ne zaupa 32 % državljanov (zdravstvu jih ne zaupa 26 %) (Politbarometer 11/2013). Mediji se po zaupanju uvrščajo v sredino ranga po zaupanju v institucije (EU, NATO, mediji) (Politbarometer 6/2013).

V zadnjih letih imajo tako strokovnjaki za odnose z javnostmi kot zdravstveni delavci in laična javnost vse (pre)večkrat občutek, da v dnevni medijih bolj kot strokovna predstavitev pomembnih zdravstvenih tem prevladuje senzacionalistično poročanje o negativnih zgodbah v zdravstvu (Duratović in Zaletel Kragelj 2011). Novinarjem, ki pokrivajo zdravstvene teme, se pogosto očita, da so pri svojem poročanju špekulativni, pristranski (Schuchman in Wilkes

1997), da se najraje dotaknejo dela zdravstvenih delavcev takrat, kadar iščejo udarne novice, s katerimi želijo pridobiti čim več bralcev, gledalcev in poslušalcev, da se zaradi njih v medijih pojavljajo novice o zdravniških napakah, dolgih čakalnih dobah, korupciji (Govc Eržen in Lekič 2004).

Obstaja splošno pričakovanje javnosti, da bodo mediji javnosti posredovali nepristranske in popolne informacije in ta pričakovanja si novinarji prizadevajo izpolniti. K temu jih zavezujejo tudi etični kodeksi. Z vprašanjem, koliko jim to uspeva na področju posredovanja informacij s področja zdravstva, so se ukvarjali številni kritični raziskovalci (npr. Hayes in drugi 2007; Schwitzer 2008). Davidson, Hunt in Kitzinger (2003), denimo, so preučevali medijsko poročanje v povezavi z britansko vladno politiko na področju boja proti neenakosti v zdravstvu. Ugotovili so, da so bile objave glede prikazovanja neenakosti v zdravju povezane z ideološko usmerjenostjo medija. Ugotovljeno je bilo tudi, da politični kontekst in časovna objava novic močno vplivata na naravo in obseg poročanja v mediju, ki ga ta namenja objavam uradne politike.

V slovenskem prostoru razpolagamo z malo analiz o poročanju novinarjev o zdravstvenih tematikah. Duratovičeva in Zaletel-Krajgerjeva (2011) v raziskavi o zdravstvenih tematikah v medijih ugotavljata, da so obeti za strokovno objavo v medijih, ki niso komercialno usmerjeni, veliko boljši kot v komercialno usmerjenih. Delovanje javnih medijev namreč ni namenjeno ustvarjanju dobička, ampak predvsem izobraževanju in informiranju, šele nato zabavi, nasprotno je osnovni cilj komercialnih medijev ustvarjanje dobička, čemur prilagajajo izbor in način podajanja vsebine; ta je vse pogostejše v funkciji zabave, ker je to privlačnejše za gledalce.

V času finančne in gospodarske krize so tudi mediji in njihova funkcija v krizi. »Lastniki krčijo sredstva za raziskovalno novinarstvo, zato iz programov izginjajo sicer pomembne, a zahtevnejše teme, ker njihovo raziskovanje zahteva več sredstev« (Duratovič in Zaletel Krajger 2011, 265). Uredništva klasičnih medijev so vedno manjša, novinarji se pogosto menjujejo, so bolj prilagodljivi, kakovost poročanja pa je postala slabša zaradi zniževanja stroškov.

Odgovornosti za »neuravnoteženo poročanje o zdravstvu« pa ni mogoče pripisati samo medijem. Novinarji pogosto opozarjajo, da znanstveniki niso pripravljeni ali sposobni svojih

izsledkov raziskav opisati v razumljivem jeziku ali pa da ti uporabljajo množične medije za promocijo lastnih interesov. Stiki med novinarji in znanstveniki so pogosto srečanje med dvema kulturama z dokaj malo skupnega in s številnimi možnostmi za nesporazum (Peters 1995; Koshland 1991). Pondelkova (2012, 55–56) se v prispevku na temo komuniciranja med zdravstveno javnostjo in novinarji sprašuje, ali so zdravstveni strokovnjaki novinarjem sploh pripravljene stopiti naproti. »Ali zmoremo prepoznati potrebe medijev in jim, ko to potrebujejo oz. to potrebuje naša zdravstvena ustanova ali organizacija, zagotoviti ustrezne vsebine in sogovornike, upoštevajoč posebnosti posameznega medija? Ali znamo vsebine, ki so za nas pomembne, sporočiti v jeziku, ki ga bodo razumeli mediji in javnost? Ali smo pripravljene pošteno, odprto in kontinuirano komunicirati z mediji, z njimi graditi partnerski odnos in vzpostavljati medsebojno zaupanje in spoštovanje?«

Zelo malo pozornosti se namenja tudi procesu novinarskega ustvarjanja zdravstvenih tem in temu, kaj vpliva na način objavljanja vsebin. Pomembno je razumeti okoliščine tako na strani novinarskega ustvarjanja kot tudi na strani zdravniškega dela. Larsson in soavtorji (2003) so v svoji obširni raziskavi, v katero so bili vključeni britanski in švedski novinarji, specializirani za zdravstvo in znanost, identificirali glavne ovire za kakovostno, strokovno in uravnoteženo poročanje o zdravstvenih tematikah. Najpogostejše med njimi so: (1) pomanjkanje časa (novinarji imajo premalo časa za pripravo zgodb, zdravniki nimajo časa za sledenje vsem objavam v splošnih medijih, prav tako so zdravniki omejeni s časom za pojasnjevanje kompleksnih strokovnih tem); (2) pomanjkanje medijskega prostora (novinarji so prostorsko omejeni za pojasnjevanje kompleksnih tem); (3) pomanjkanje specialnega znanja – preobremenjenost z informacijami (novinarji ne morejo poznati vseh specialnosti področja, ki ga pokrivajo; prav tako imajo zdravniki težave pri obvladovanju vseh objav s področja biomedicine); (4) boj za umestitev teme na vidno mesto medija; (5) komercializacija – finančne zavore (potreba po prodaji zgodbe je lahko v konfliktu z objavo uravnotežene objave; finančne spodbude zdravnikov so lahko v nasprotju z zagotavljanjem dobre prakse); (6) viri strokovnih informacij – zagovorništvo (novinarji in zdravniki so napadani iz različnih virov, ki so v navzkrižju interesov); (7) terminologija – pričakovanja pacientov (novinarji imajo težave pri zagotavljanju razumevanja zdravniškega žargona; zdravniki imajo težave pri komunikaciji s pacienti); (8) tekmovanje za občinstvo (oboje tekmujejo za naklonjenost javnosti); (9) uredništvo – organizacijske omejitve (novinarji so soočeni z vrsto organizacijskih omejitev, vključno z uredniki, ki lahko omejujejo njihove možnosti za izboljšanje informativno vrednost njihovega dela; tudi zdravniki se srečujejo s številnimi

organizacijskimi omejitvami pri svojem delu). Oboji se pri svojem delu in ustvarjanju novic srečujejo s podobnimi omejitvami.

Vse pogosteje pa tako velik interes za poročanje o zdravju in medicini in široka pokritost zdravstvenih tem vzbujata pomisleke tako pri zdravstvenih delavcih kot tudi novinarjih, ki te teme pokrivajo (Johnson 1998).

Spremembo v odnosu do zdravja, zdravstva, zdravnikov pa je prinesel tudi splet. Ogromen napredek internetne tehnologije (t. i. Splet 2.0) in zlasti razvoj participatornega interneta tako spreminjata tradicionalne načine komuniciranja, kar vključuje tudi področje zdravstvene komunikacije (Eysenbach 2008). Izsledki raziskave Mediascope Europe (2012), izvedene v 28 evropskih državah, so pokazali, da ima 65 odstotkov Evropejcev dostop do interneta, v Sloveniji pa kar 77 odstotkov. Povprečen evropski uporabnik spleta namenja 14,8 ure na teden, slovenski pa 13,6 ure na teden. Poleg iskanja informacij in novic pa je med uporabniki najbolj razširjena dejavnost spletno komuniciranje. Na Facebooku, ki je trenutno najbolj razširjeno družbeno omrežje na svetu, je aktivnih skoraj 700.000 Slovencev (35 % vseh prebivalcev Republike Slovenije), na Twitterju, o katerem se veliko poroča v klasičnih medijih, pa le 20.000.

Vseprisotnost t. i. novih medijev ter novih tehnologij in oblik komuniciranja, ki jih te tehnologije omogočajo (računalnik, mobilni telefon, digitalna televizija, različne oblike internetne komunikacije, kot so npr. družbena omrežja), vključuje problematizacijo klasičnih konceptov »množičnega komuniciranja« in praks raziskovanja množičnega občinstva (Luthar 2010).

Uporaba novih medijev v zdravstvene namene predstavlja premik v načinu iskanja zdravstvenih informacij, od tradicionalnega načina k bolj v uporabnika usmerjenemu (Hesse in drugi 2011), pri čemer pa je poudarek na izmenjavi informacij, in ne toliko na informacijah samih (Merolli, Gray, Martin-Sanchez 2013). »Med informacijami, ki jih sicer pacienti, ki informacije iščejo na spletu, so najpogosteje informacije o možnostih zdravljenja (71 %), sledijo napoved izida bolezni (58 %), morebitni neželeni učinki (50 %), obvladovanje simptomov bolezni (40 %) in mogoči načini soočanja s prejeto diagnozo (29 %) (Rajer 2013).«

Glede na izjemno hitre spremembe v svetu komunikacij, ki jih povzročajo zlasti participativne uporabe interneta in družbenih medijev, je tudi v kontekstu zdravstvene komunikacije pomembno razviti boljše razumevanje teh tehnologij (Wen-Ying in drugi 2009). Družbeni mediji res postajajo priljubljene metode za promocijo zdravja, saj so dokazano učinkovitejši pri doseganju ciljne javnosti (Korda in Itani 2013). Ob tem pa uporaba sodobnih tehnologij zastavlja številna vprašanja o njihovem vplivu na predstave posameznikov o zdravju in na samo zdravstveno oskrbo. Koliko jih poznamo, kako delujejo in kako jih najbolje uporabiti za promocijo zdravstvenih tem? Kako in pod kakšnimi pogoji bo lažji dostop prispeval k boljšemu razumevanju zdravstvenih tem in k odločanju za načine zdravljenja (Hesse in drugi 2011; Korda in Itani 2013)?

Zdravniki opozarjajo, da se morajo vsak dan ukvarjati s pacienti, oboroženimi z informacijami, ki so jih dobili na spletu. Nasprotujoče si informacije, ki jih pacienti tam dobijo, mnogokrat povzročajo napačno razumevanje, interpretacije bolezni, kar posledično privede do njihovih tesnob, stisk in povsem nepotrebnih razgovorov z zdravniki. Zato se, kot pravi Rajerjeva (2013), tudi zdravnikom glede pacientovega iskanje informacij po spletu prav tako postavlja več vprašanj: v kolikšni meri pacienti uporabljajo splet za iskanje zdravstvenih informacij, kakšni so razlogi za uporabo spleta, kolikšna je razpoložljivost spletnih strani s koristnimi informacijami in ali spletne strani pacienta z napačnimi ali slabo predstavljenimi informacijami pacienta zmedejo in tako otežujejo zdravljenje itd.?

Količina informacij, na primer o rakastih boleznih, na spletu eksponentno narašča. Kot pripoveduje Rajerjeva (2013), kar 40 % pacientov z rakom o informacijah s spleta govori s svojim zdravnikom. Pogovor o tovrstnih informacijah za obe strani predstavlja svojevrsten izziv. Možnost spleta, da bi zagotavljal z dobro informacijsko podporo sprejete odločitve o zdravljenju, je ogromna. Ob tem je zanimiv podatek, da zaupanje v informacije, pridobljene na spletu, upada. To gre pripisati predvsem zavedanju, da veliko informacij na spletu ni natančnih, pacienti pa zaradi šibkega predznanja ne zmorejo biti dovolj kritični. Zavedati se je treba, da so tudi točne informacije lahko napačno razumljene (Rajer 2013). Pri interpretaciji je zato zelo pomembna pomoč zdravnika. »91 % zdravnikov pravi, da je preveč informiranja za pacienta škodljivo, saj nerazumevanje obilice podatkov prispeva k dodatni psihični obremenjenosti. Nasprotno 62 % pacientov meni, da so jim bile informacije s spleta v pomoč, saj so na bolezen začeli gledati bolj optimistično. A spet 32 % zdravnikov meni, da so pridobljene informacije tovrstnega značaja dajale lažno upanje in poslabšale odnose pri

zdravljenju. Kar 44 % onkologov meni, da je razpravljanje o informacijah s spleta težavno. Med njimi jih ima 1 % vedno težave, ko želijo pacienti razgovor o informacijah s spleta, 5 % pa jih ima s tem težave večino časa (Rajer 2013).«

Zanimivo je vprašanje, kako zbiranje informacij s spleta vpliva na odločitve, povezane z zdravljenjem. »Odločitev glede zdravljenja zaradi spletnih informacij se popolnoma spremeni ali vsaj malce spremeni pri 11 % pacientov. Torej ima splet zelo pomembno vlogo pri odločitvah glede zdravljenja pri pacientov z rakom« (Rajer 2013). Torej bi se moralo zavedanje o moči tega medija pri zdravnikih okrepiti oziroma bi bilo koristno, da bi to izkoristili v procesu zdravljenja.

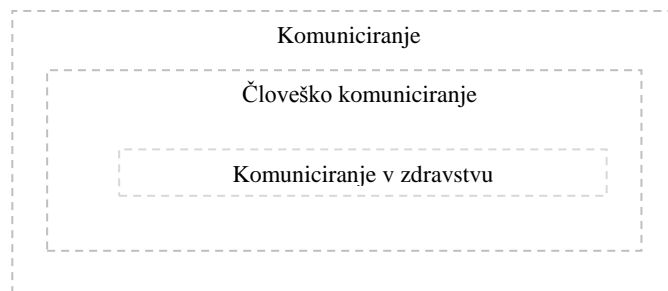
Na organizacijski ravni se številne zdravstvene organizacije še niso prilagodile na spremembe v smeri intenzivnejše uporabe internetnih komunikacij in javnega družbenega komuniciranja. Ugotavljanje, kako izkoristiti prednosti teh kompleksnih omrežij in obenem minimizirati njihove slabosti (tudi v pravno-etično), nikakor ni in ne bo lahka naloga. Zdravstvene organizacije v tujini, na primer Ameriško medicinsko združenje (JAMA), se sprti odzivajo na nekatere dileme, ki jih novi mediji prinašajo, in redno objavljajo smernice profesionalne in etične uporabe teh komunikacij za zdravstvene strokovnjake (Cain 2011).

2.2 Komuniciranje med zdravnikom in pacientom

V nekaterih pogledih je beseda komuniciranje tako univerzalna, kot so besede svoboda, ljubezen, demokracija. Čeprav vsak izmed nas intuitivno razume pomen teh besed, imajo lahko za posameznike različen pomen. Ker ima komuniciranje mnogo pomenov, je individualno pomenskost treba prepoznati, prav tako pa razlikovati različne oblike, ravni in načine komuniciranja (Northouse in Northouse 1997). Če na tem mestu preskočimo splošne definicije komuniciranja¹¹ in preidemo na specifično, se za namen tega dela v nadaljevanju posvečamo opredelitvi komuniciranja v zdravstveni dejavnosti in vlogi komuniciranja znotraj tega.

¹¹ Avtorica se je s področjem komuniciranja teoretsko podrobneje ukvarjala v svojem magistrskem delu *Uporaba elektronske pošte pri komuniciranju med zdravniki in pacienti*. Ljubljana, 2007.

Slika 2.1: Uvrščanje zdravstvenega komuniciranja v področje komuniciranja



Vir: Northouse in Northouse 1997 (2).

V polje ljudskega komuniciranja¹² (stiki med posamezniki in skupinami) uvrščamo ožje področje komuniciranja v zdravstveni dejavnosti, ki je usmerjeno in specifično ter katerega osrednji fokus je proučevanje posameznikovega odnosa do tematik in vprašanj, povezanih z zdravjem. Poglavitni poudarek pri komuniciranju v zdravstvu je na specifičnih, z zdravjem povezanih transakcijah¹³ in okoliščinah, ki vplivajo nanje. Področje teoretskega raziskovanja se imenuje komuniciranje v zdravstvu (*ang. health communication*)¹⁴ in ga delimo na pet glavnih podzvrsti (Aarva, de Haes, Visser 1997):

- (1) študije učinkovitosti – področje proučevanja so življenjske navade ljudi,
- (2) študije občinstva – področje proučevanja je sprejemanje in iskanje informacij v povezavi z zdravjem in življenjskimi navadami ljudi,
- (3) analize komunikatorjev – področje proučevanja je komuniciranje med udeleženci v procesu zdravljenja ter odnos in komunikacijske veščine zdravstvenega osebja,
- (4) analiza sporočil v komunikaciji oz. procesu komuniciranja – predmet proučevanja je vsebina sporočil (kdo komu kaj zakaj sporoča),
- (5) kulturne študije – predmet proučevanja je način življenja posameznikov, vključno s specifičnim vedenjem, prepričanji in idejami itd.

Komunikacije se v zdravstveni dejavnosti usmerjajo v izmenjavo informacij kot povezovanje informacijskih procesov ustvarjanja, prenosa, uporabe in shranjevanja informacij.

¹² Človeško komuniciranje poteka na različnih ravneh: medosebno, komuniciranje v institucijah, skupinah, množično komuniciranje ...

¹³ Transakcije so lahko verbalne, neverbalne, pisne, usmerjene v osebo ali v problem, če naštejemo le nekaj izmed njih ...

¹⁴ Disciplina je vzporedna številnim drugim novejšim in sorodnim znanstvenim področjem, kot so zdravstvena psihologija, zdravstvena sociologija, biomedicinsko komuniciranje, vedenjska medicina, zdravstveno komuniciranje. Komuniciranje v zdravstveni dejavnosti prekriva ta področja in se prvotno osredotoča na komunikacijska vprašanja v zdravstvenih okoljih.

Komunikacijski sistem tako predstavlja svojevrstno infrastrukturo, ki omogoča hitro in večsmerno izmenjavo informacij, v kateri je vsak udeleženec sočasno vir informacij in tudi njihov prejemnik (npr. zaposleni postanejo resnično sodelavci, omogoča pa se tudi ustvarjanje znanja kot temeljnega ustvarjalca novih postopkov in storitev ...) (Tasič 2005, 27–28).

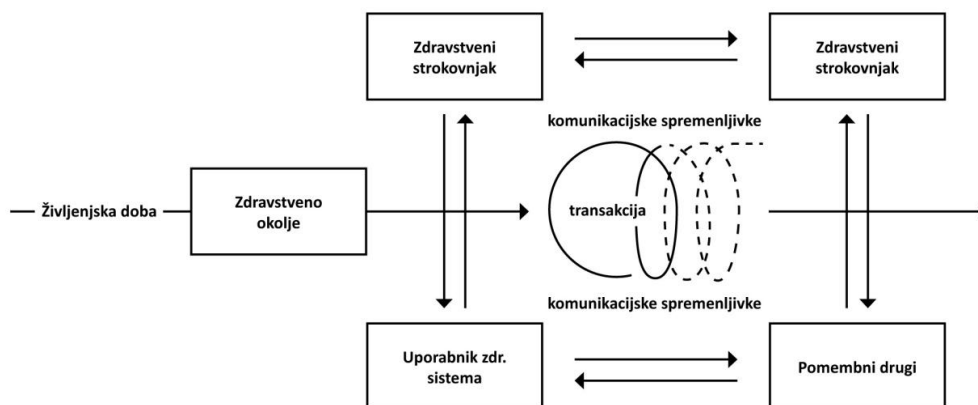
2.2.1 Model komuniciranja v zdravstvu

Model komuniciranja v zdravstvu sta v publikaciji Health Communication natančneje opisala avtorja Northouse in Northouse (1997, 17–20), ki izpostavljata tri poglavitne elemente v procesu zdravstvenega komuniciranja:

- (1) medosebni odnosi,
- (2) transakcija (dogovarjanje),
- (3) okolje, vsak izmed njih pa vključuje tudi vrsto podelementov, ki podrobneje definirajo vsakega izmed njih.

V modelu so opredeljeni štirje glavni tipi medosebnih odnosov v zdravstvenem okolju: (1) zdravstveni strokovnjak – zdravstveni strokovnjak; (2) zdravstveni strokovnjak – uporabnik zdravstvenega sistema (pacient); (3) zdravstveni strokovnjak – pomembni drugi; (4) uporabnik zdravstvenega sistema (pacient) – pomembni drugi (svojec).

Slika 2.2: Model komuniciranja v zdravstvu



Vir: Northouse in Northouse 1997 (5).

Med *zdravstvene profesionalce* štejemo izobražene posameznike s specializiranim znanjem, veščinami in izkušnjami s področij medicine in zdravstvene nege – zdravniki, medicinske

sestre in zdravstveni tehniki, administratorji, socialni delavci, klinični psihologi, pedagogi zdravstvene vzgoje, terapevti, farmacevti, duhovniki in drugi strokovnjaki. Vsak izmed njih je individuum, nosilec lastnih prepričanj, vrednot in predstav o okolju, v katerem dela, kar vpliva na njihove interakcije s pacienti in z drugimi udeleženci v zdravstvenem timu.

Uporabniki zdravstvenega sistema so posamezniki, zaradi katerih zdravstvena dejavnost sploh obstaja. V primeru akutne obravnave je to pacient, sicer so to drugi posamezniki, ki se vključujejo v sistem zdravstva. V modelu je uporabnik zdravstvenega sistema označen kot posameznik s specifičnimi lastnostmi, vrednotami in prepričanji. Tako kot osebne karakteristike zdravstvenega osebja vplivajo na interakcije s soljudmi, osebne lastnosti uporabnikov zdravstvenega sistema vplivajo na interakcije z drugimi.

Tretji niz posameznikov so uporabnikovi (oz. *pacientovi*) *pomembni drugi*, ki so del njegovega socialnega okolja, in ključne osebe pri sobivanju in ohranjanju njegovega zdravja. To so družinski člani, sostanovalci, prijatelji, sodelavci in druge pomembne osebe v pacientovem življenju, ki niso strokovnjaki s področja medicine in zdravstvene nege in katerih vloga pri ohranjanju pacientovega zdravja je bila v preteklosti mnogokrat spregledana.

Drugi element v modelu komuniciranja v zdravstvu *dogovarjanje (transakcija)* se nanaša na vse komunikacijske interakcije med vsemi naštetimi udeleženci v procesu zdravstvene obravnave. Izmenjava informacij poteka na besedni ali nebesedni ravni – obe obliki sta enako pomembni, dogovarjanje v zdravstvu pa je najučinkovitejše, kadar sta sočasno navzoči obe.

Tretji pomembni element pri komuniciranju v zdravstvu je *okolje*, v katerem proces komuniciranja poteka in ima velik vpliv na medsebojno komuniciranje udeležencev v modelu. To so institucije, kot so bolnišnice, zdravstveni domovi, domovi za ostarele. Na komuniciranje vpliva konkretno okolje, v katerem proces poteka (bolniška soba, zdravnikova pisarna, ambulanta ali čakalnica), ali njegove organizacijske ureditve. Pogovor denimo na oddelku za intenzivno nego in terapijo, kjer prevladujeta izjemno stresen način dela, pogosto pa tudi pomanjkanje zasebnosti, se gotovo bistveno razlikuje od zasebnega, mirnega okolja v zdravniški ambulanti ali njegovem delovnem prostoru. Vsaka posebna enota, v kateri se izvaja zdravstvena dejavnost, pomembno vpliva na dinamiko sporazumevanja. Seveda na kakovost komunikacije vpliva tudi število udeležencev v komunikacijski situaciji.

Opisani elementi ponazarjajo, da je komuniciranje v zdravstvu transakcijski večdimenzionalni proces, v katerem posamezniki (tako zdravstveni strokovnjaki kot uporabniki zdravstvenega sistema) medsebojno sodelujejo z enim samim ciljem – ohraniti posameznikovo zdravje. Kadar je posameznik vpleten v proces zdravstvene obravnave, je praviloma vpleten v eno izmed navedenih štirih vrst medsebojnega odnosa. Model nazorno pokaže medsebojni vpliv različnih medosebnih odnosov (način, kako med seboj komunicirajo zdravstveni strokovnjaki, se prenese v komunikacijski proces med zdravstvenim strokovnjakom in uporabnikom zdravstvenega sistema – pacientom; komuniciranje med zdravstvenimi strokovnjaki vpliva na način komuniciranja zdravstvenega osebja s pacienti itd.). Na enak način si lahko razlagamo pacientove komunikacijske vzorce, ki jih iz svojega socialnega okolja prenaša v odnos med njim in zdravstvenim strokovnjakom.

2.2.2 Faze in cilji zdravniškega posveta

»Ko se vsak dan pogovarjamo s pacienti v svojih ordinacijah, se nam pogosto dozdeva, da ti pogovori potekajo brez nekega reda in da so po svoji obliki podobni ostalim pogovorom, ki jih imamo z običajnimi ljudmi, takrat ko smo v položaju laika in se ne pogovarjamo o bolezni« (Vodopivec Jamšek 2013, 1).

Vendar pa ima pogovor med pacientom in zdravnikom kljub svoji izredni kompleksnosti in raznolikosti tudi nekatere zakonitosti in nekaj osnovnih pravil.

Pogovor med zdravnikom in pacientom se formalno imenuje posvet, kar je uradna oblika izmenjave zdravstvenih podatkov. *Zdravniški posvet* (angl. *consultation*) je taka oblika, kjer je pacient v stiku z zdravnikom osebno ali prek posrednika. Pri posvetu je zdravnikovo posredovanje sporočil, znanja in spretnosti neposredno izpostavljeno pacientovim zaznavam. Posveta ne smemo enačiti s pojmom *zdravstvena storitev*, ki je dogovorni element, ki nekaj pove o delu zdravstvene službe. Storitve je npr. obisk, šivanje rane, pa tudi nasvet pri zaprtju. Pomen posveta je neposredni stik med pacientom in zdravnikom. Pacient je sicer v navidezno podrejenem položaju, ker je iskalec storitve, kljub temu pa se mu ni treba nikoli sprijazniti z možnostjo, ki mu ne ustreza. Posvet predstavlja ključno točko celotnega ravnanja in odnosov med pacientom in izvajalci. Ima svojo značilno zgradbo, vsebino in namen (Švab 1995).

Pri načrtovanju in izvedbi posveta, poslušanju pacientovih težav bi morali upoštevati številne dejavnike, ki sta jih ugledna teoretika komuniciranja v zdravstvu Krebs in Thornton (1992) razdelila na naslednji način.

- (1) *Priprava na posvet* – prvi del procesa je določitev cilja in načina poteka intervjuja.
- (2) *Čas* – verjetno najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na proces intervjuja in pomembno prispeva že k »prvem vtisu«, ki ga ustvarita drug o drugem, temelji pa na tem, ali sta upoštevala čas naročanja. Ustrezna izraba časa, ki ga imata na voljo v pogovoru, je prav tako pomembna razsežnost pogovora.
- (3) *Okolje* – ljudje se po naravi umeščamo v odnose in prostorski kontekst. Prostor je pomemben vir (neverbalne) komunikacije in prav tako močno vpliva na proces pogovora. Pomembno je, kje zdravnik in pacient sedita, kakšna je razdalja med njima, urejenost prostora.
- (4) *Uvajanje* – po vzpostavitvi prostorskih in časovnih spremenljivk Krebs in Thornton (1992) menita, da bi bilo pred začetkom pogovora treba določiti še nekatere druge parametre. Pacienti naj bi bili seznanjeni s postopki pregleda, če bodo ti vključevali tudi dodatne preiskave itd. Zdravnik naj bi v teh uvodnih razgovorih dobil občutek o komunikacijski spretnosti pacienta, njegovem načinu izražanja, verbalni spretnosti pacienta.
- (5) *Posvet* – (intervju) je praviloma sestavljen iz dveh delov. V prvem delu komunikacijskega procesa, ki mu pravimo jemanje anamneze oz intervjuvanje, se zdravnik spozna z zgodovino pacientove bolezni. V drugem delu procesa, dajanju navodil ali svetovanju, pa zdravnik seznanja zdravnika s svojimi ugotovitvami (Ule 2003, 175). V tem procesu naj bi bil zdravnik seznanjen z različnimi komunikacijskimi pristopi in tipi vprašanj. Odprta vprašanja, denimo, omogočajo pacientom, da odgovarjajo na splošno. V odgovoru na vprašanje »*kako se počutite?*« lahko pacient izrazi svoje občutke, poglede, misli, zaznave. Odprta vprašanja vodijo k vzpostavitvi dobre osnove za nadaljnji pogovor, čeprav so časovno »potratna« in dopuščajo prostor za nepotrebne odgovore. Zaprta vprašanja so bolj restriktivna. Vprašanje »*kdaj ste nazadnje poiskali zdravniško pomoč?*« zahteva natančnejši odgovor, njegova prednost pa je v tem, da ima lahko oseba, ki izprašuje, večji nadzor nad informacijami in vsebino pogovora.

Učinkovitost komuniciranja v zdravstvu pa je odvisna od zasledovanih ciljev. Kaj so cilji v komunikaciji med zdravnikom in pacientom?

Cilje in naloge komunikacije v zdravstvu opisujejo različni modeli, ki sta jih povzela de Haes in Benzing (2009, 288) po različnih avtorjih, npr. Bird in Cohen-Cole (v de Haes in Benzing 2009) sta dva izmed avtorjev, ki so prvič predlagali zasnovo modela, ki obravnava naloge komunikacije v zdravstvu. S pomočjo medicinskega intervjuja sta ločila tri osnovne naloge: (1) pridobivanje podatkov, bioloških in psihosocialnih, (2) odzivanje na pacientovo čustveno reakcijo ter (3) poučitev pacienta in vplivanje na njegovo vedenje.

Ta model je podoben modelu treh nalog, kot ga je postavil Lazare s sodelavci (v de Haes in Benzing 2009), ni pa enak, saj so ti ločili med potrebo (1) določiti in spremljati naravo zdravstvenega problema, (2) razviti, ohranjati in zaključiti terapevtski odnos ter (3) poučiti pacienta in uresničiti načrt zdravljenja. De Haes in Teunisen (2005) ter Smets, Zwieten, Michie (2007) so opisali model petih nalog: (1) gradnja odnosa, (2) izmenjava informacij, (3) sprejemanje odločitev, (4) svetovanje in (5) uravnavanje čustvenih odzivov. Pred kratkim sta Epstein in Street (v de Haes in Benzing 2009) predlagala okvir v pomoč prihodnjim raziskavam na področju komunikacije zdravnikov in pacientov z rakavimi obolenji. Diferencirala sta šest temeljnih nalog komunikacije med pacientom in zdravnikom: (1) spodbujanje odnosov, (2) izmenjava informacij, (3) sprejemanje odločitev, (4) omogočanje pacientove samostojnosti, (5) odzivanje na čustvene reakcije in (6) upravljanje negotovosti. Kot je razvidno, se v teh modelih kažejo tako podobnosti, celo prekrivanja, kot tudi razlike.

De Haes in Benzing (2009, 288) tako predlagata model šestih »nalog« komunikacije v zdravstvu.

- (1) V vseh prej omenjenih modelih so najprej obravnavani **vzpostavitev, spodbujanje oziroma gradnja odnosa**. Bistvene komponente terapevtskega odnosa so spoštovanje, zaupanje in poročanje. Predpostavlja se, da kakovost odnosa med pacientom in izvajalcem zdravstvenih storitev predstavlja podlago za kakovostno zdravstveno oskrbo. Brez dobrega odnosa je nemogoče dosegati optimalne rezultate zastavljenih ciljev medicinske interakcije.
- (2) Nato modeli omenjajo **izmenjavo informacij**. Seveda pa pojem izmenjave vključuje tako pridobivanje kot tudi dajanje informacij. Zdravnik mora od pacienta pridobiti informacije o simptomih, izkušnjah in pričakovanjih, da bi lahko postavil diagnozo in določil načrt zdravljenja. V teh primerih je smiselno, da so zdravniki prejemniki informacij, pacienti pa so v položaju, da te informacije posredujejo. Po drugi strani pa pacienti potrebujejo informacije za lažje razumevanje bolezni in zdravljenja ter zato, da se lahko odločajo in

spopadajo s potekom bolezni. Ko je zagotavljanje informacij poglavitni cilj komunikacije, pa je jasno, da je zdravnik tisti, ki informacije daje, pacient pa jih prejema. Glede na modele, ki sta jih oblikovala Bird in Cohen-Cole, in glede na to, da se pri teh dveh nalogah sledi različnim ciljem komunikacije, avtorja članka menita, da je bolje, če se izrecno ločuje med njima.

- (3) Tako se druga naloga pridobivanje informacij, skladno z nakazanim, nanaša na natančno in učinkovito zbiranje podatkov kakor tudi na ugotovitev narave pacientovih težav. Tretja naloga **zagotavljanje informacij** pa se nanaša na postopek, v katerem se informacije posredujejo. To je pomembno, saj podrobneje pojasni pacientovo zdravstveno težavo, je podlaga za sprejemanje nadaljnjih odločitev, zmanjšuje negotovost in pripomore k spopadu z diagnozo. Nedavne raziskave so pokazale, da želijo biti pacienti v današnjem času v celoti obveščeni.
- (4) Kot četrto funkcijo avtorja članka ločujeta **vključevanje pacienta v postopek odločanja**. V modelih informiranega sprejemanja odločitev in skupnega sprejemanja odločitev je komunikacija nujna za doseg sprejemljive odločitve. V zadnjem desetletju je naraščalo število zagovornikov udejanjanja omenjenih modelov v praksi. Kakovostno sprejemanje odločitev se je pokazalo kot pot k večji zavezanosti in boljšemu zdravju. Odločitve, pri katerih je pacient sodeloval, pripomorejo k njegovi avtonomiji. Tudi kadar pacient odločanje raje prepusti svojemu zdravniku, je za oblikovanje odločitve še vedno potrebna učinkovita komunikacija.
- (5) Peta naloga je **podpora oziroma spodbujanje vedenja**, ki se nanaša na bolezen in zdravljenje. Vedenje pacienta je v največji meri pomembno tako za upravljanje bolezni kakor tudi za upoštevanje predpisane terapije. Prav tako pa se veliko načinov vedenja v obliki (zdravih) življenjskih navad vključuje v spodbujanje okrevanja ali preprečitev poslabšanja zdravstvenega stanja. Lahko si predstavljamo, kako zdravniki pogosto komunicirajo; denimo glede počitka ali spodbujanja k aktivnosti, glede uporabe zdravil, diet, glede neprimernih življenjskih navad, kot sta kajenje in pomanjkanje telesne aktivnosti. Bird in Cohen-Cole (v de Haes in Benzing 2009, 288) govorita o izobraževanju pacientov oziroma vplivanju na njih. Epstein in Street (v de Haes in Benzing 2009, 288) imenujeta to nalogo omogočanje pacientove samostojnosti. Tako zadnje pacientu omogoča večjo stopnjo avtonomije. Vse to pa je mogoče zunaj dometa vsakodnevne medicinske interakcije.

V modelu šestih nalog kakor tudi v nekaterih drugih predstavljenih modelih se odzivanje na čustvene reakcije pojmuje kot temeljna naloga komunikacije v zdravstvu. Čustva so neločljivo vpeta v medicinski kontekst. Zaradi bolezni in zdravljenja je pacient ranljiv in obremenjen s čustvi, kot so tesnoba, jeza in žalost. Zdravniki ne bodo spregledali in ne smejo spregledati teh čustev iz več razlogov. Najverjetneje želijo razbremeniti pacienta in olajšati njegovo stisko. Poleg tega tovrstna čustva lahko ovirajo druge cilje interakcije in jih je zato treba ublažiti. Navsezadnje pa sta tudi zaznavanje čustvenih težav in njihovo ustrezno obravnavanje lahko del načrta zdravljenja.

(6) **Zmanjšanje negotovosti** je zadnja naloga komuniciranja. Avtorja izpostavljata vedno večji pomen te naloge, še zlasti na področjih, ki so povezana s tveganji (nova področja v medicini, ki so v uveljavljanju, npr. genetika itd.).

Vse te naloge seveda niso med seboj neodvisne. Dober odnos je povezan z iskanjem diagnoze, skupno odločanje o načinu zdravljenja pa ne more potekati brez predhodno zadostno informiranega pacienta itd. Poglejmo si v nadaljevanju še modele odnosa med zdravnikom in pacientom.

2.2.3 Modeli odnosa med zdravnikom in pacientom

Vsakič ko pacient vstopi v ordinacijo, stopi v odnos z zdravnikom. Vsak pacient si želi, da bi bil ta najboljši. Kakšen je odnos med zdravnikom in pacientom in na čem temelji?

Odnos med osebo, ki izvaja zdravstveno dejavnost, in osebo, ki se zdravi, je definiran kot ena ključnih komponent v celotnem procesu zdravljenja (Ruben in Thompson v Northouse in Northouse 1997, 79). Čeprav je stara ljudska trditev, da je polovica zdravljenja zasluga zdravstvenih pristopov, druga polovica pa zaupanja in dobrega odnosa med zdravstvenimi strokovnjaki in pacienti, najbrž le pretirana, pa je njeno racionalno jedro v sporočilu, da mora dober zdravnik poskrbeti tako za pravilno diagnozo in za to, da ugotovi organske izvore bolezni, kot za ustrezen odnos s svojimi pacienti. Zdravnik je v odnosu s pacienti profesionalno odgovoren ne samo za bolezen, ampak tudi za odnose, saj ima na svoji strani znanje, izkušnje, prestiž, zdravstveno organizacijo (Ule 2005, 354).

Odnos med pacientom in zdravnikom se gradi postopno, in sicer prek treh stopenj (Cockburn, Pit 1997).

- (1) *Vzpostavitev odnosa* – prva stopnja pomeni premostitev začetnih odporov do vstopa v terapevtski odnos, aktivno iskanje zdravnika, ki bi se lahko ustrezno odzval na pacientove želje, ali dogovor za termin pri zdravniku, ki so ga pacientu priporočili znanci.
- (2) *Stopnja vrednotenja terapevta* – ta razvojni stadij pomeni preverjanje odnosa, iskanje znakov, da se zdravnik zanima za pacienta. Pacient zdravnika primerja z drugimi zdravniki, najprej pri sebi na podlagi dosedanjih izkušenj, zatem še v razgovoru z znanci in prijatelji.
- (3) *Stopnja uravnoteženja* – ta stopnja pomeni testiranje zdravnika, postavljanje mej in končno vzpostavitev medosebnega odnosa.

Paul Watzlawick (1967) v monografiji *Pragmatics of Human Communication* postavi enega izmed temeljnih aksiomov komuniciranja, ki pojasnjuje socialni odnos med sogovornikoma v komunikacijski situaciji. Watzlawick pravi, da je medosebno komuniciranje lahko ali komplementarno ali simetrično, kar pa je odvisno od tega, ali odnos temelji na razlikah med sogovornikoma ali na enakosti. Komplementaren odnos izhaja iz razlik med partnerji v komuniciranju in te razlike tudi utrjuje. To pomeni, da ima v komplementarnem odnosu en sogovornik večjo moč in več možnosti, da vodi komunikacijsko situacijo, definira vsebino in potek komuniciranja, sprejema odločitve itd. (Watzlawick 1967; Ule 2003, 181). Simetrično komuniciranje kot nasprotje komplementarnemu pa je komuniciranje med enako močnimi in enakopravnimi sogovorniki ter temelji na enakovrednem odnosu med osebami in na sklenjenem toku informacij med njimi. Simetričnost in komplementarnost komuniciranja pa vendarle nista vrednostni sodbi, kot so to npr. dobro ali slabo, normalno ali nenormalno in podobno. Gre preprosto za dve kategoriji, v kateri lahko razdelimo medčloveško komuniciranje (Ule 2003, 181). Odnos med zdravnikom in pacientom je tipično komplementaren. Temelji na legitimni in strokovni premoči zdravnika nad pacientom in odvisnosti pacienta od zdravnika in medicinske ustanove, ki stoji za zdravnikom. Iz teorije komuniciranja je znano, da komplementarno komuniciranje, torej komuniciranje med dominantno in podrejeno osebo, vodi do različnih frustracij in stresov pri podrejenih partnerjih ter do komunikacijskih blokad. Sicer pa oblika komuniciranja in odnosa ni vedno odvisna samo od partnerjev v komunikacijski situaciji. Komplementarnemu komuniciranju se ne moremo izogniti. Pogosto je nujno potrebno, zlasti tam, kjer ena oseba drugi predstavlja avtoriteto (strokovnjak, svetovalec, zdravnik, učitelj itd.). Treba je torej paziti, da se komplementarno komuniciranje ne spremeni v odnos, kjer je podrejeni partner postavljen v tak položaj, da le potrjuje in krepi avtoriteto in socialno moč nadrejenega partnerja, sam pa je

prisiljen potlačiti svoja čustva in občutke. Tedaj govorimo o trdi komplementarnosti (Ule 2003, 182). Trda komplementarnost v medsebojnem odnosu lahko zaradi ustvarjanja višjih in nižjih položajev v odnosu privede do neugodnega počutja. Občutek podrejenosti in nelagodja v dlje trajajočem odnosu (kar zdravljenje kroničnih bolezni gotovo je) lahko pogostokrat privede do nezadovoljstva in konflikta.

V teoriji je model sodelovanja v medicinski praksi zelo dobro zastavljen. Sodobna literatura navaja vrsto modelov odnosa med zdravnikom in pacientom, ki opredeljujejo proces odločanja o načinu zdravljenja. Avtorji (npr. Charles, Gafni, Whelan 1999; Emanuel in Emanuel 1992) najpogosteje razlikujejo med naslednjimi tremi poglavitnimi.

- (1) *Paternalistični* (včasih poimenovan tudi kot duhovniški ali starševski) – v njem zdravnik nastopa kot pacientov varuh, ki v duhu tega, kar je za pacienta najboljše, sprejme odločitve o načinu zdravljenja v pacientovo dobro, ne da bi pacienta vključeval v proces odločanja (Emanuel in Emanuel 1992), saj je zasnovan na zdravnikovi zmožnosti, da lahko edino on pomaga pacientu v zdravstveni stiski. Pacient je v tem odnosu bolj ali manj pasiven in se »preda v roke« zdravniku, ki je v tem odnosu aktiven, dominanten, se pri obravnavi opira predvsem na splošno medicinsko etiko, razpoložljivo zdravstveno opremo, pomoč drugega zdravstvenega osebja. Zdravnik je pri tem povsem odgovoren za potek zdravljenja (Ule 2005, 356).
- (2) *Pogodbeni* – v njem nastopi zdravstveni strokovnjak kot ponudnik, pacient pa kot povpraševalec po določenih zdravstvenih storitvah in terapijah. Model je prisoten zlasti v ustanovah, ki ponujajo posebne diagnostične storitve, ki so pogosto podvržene tržnim zakonitostim in oglaševanju ter ne zahtevajo pretiranega sodelovanja med zdravnikom in pacientom. Pogodbeni model temelji na etiki pogodbe in nalaga zdravniku zgolj strokovno odgovornost za njegove storitve (Ule 2005, 356).
- (3) *Partnerski* – v literaturi poimenovan tudi posvetovalni, ki temelji na enakopravnem odnosu, v katerem je pacient dojemljiv za predloge in sugestije zdravnika, ki mu predstavlja prednosti določene odločitve, skupaj sprejemata odločitve in sodelujeta pri dosegu končnega cilja. Zahteva aktivnost obeh, zdravnika in pacienta (Emanuel in Emanuel 1992), zato je ta odnos odvisen tudi od zainteresiranosti in motiviranosti obeh za tak odnos. Gre namreč za model podpornega sodelovanja in odnosa, v katerem zdravnik, medicinska sestra, terapevt deluje kot izkušen strokovnjak, pacient pa kot dejaven, samoodgovoren sodelavec (Ule 2005, 357).

Avtorji si sicer delijo mnenje, da je največkrat najprimernejši posvetovalni model. V literaturi se poleg teh pojavljata še:

- (4) *informativni*, v katerem zdravnik pacientu posreduje informacije, ta jih presodi in samostojno sprejme odločitev o načinu zdravljenja,
- (5) *razlagalni*, pri katerem pacient pri sprejemanju odločitve ni suveren, zato mu zdravnik kot svetovalec pojasnjuje in pomaga pri odločitvi o načinu zdravljenja (Emanuel in Emanuel, 1992).

Zanimiva je tabela avtorjev Szasza in Hollenderja (1976), ki shematsko prikazuje tri osnovne modele odnosa zdravnik – pacient.

Tabela 2.2: Trije osnovni modeli odnosa zdravnik – pacient po Szaszu in Hollenderju

Model	Vloga zdravnika	Vloga pacienta	Klinična uporaba modela	Prototipni odnos
1. Aktivnost – pasivnost	napravi nekaj za pacienta	sprejemnik (nesposoben za odzivanje ali sodelovanje)	anestezija, koma, delirij, akutna poškodba	starši – dojenček
2. Vodenje – sodelovanje	pove pacientu, kaj storiti	sodelavec (upošteva)	akutne infekcijske bolezni	starši – otrok (adolescent)
3. Medsebojno partnerstvo	pomaga pacientu, da ta pomaga sebi	sodelavec v partnerstvu (uporablja pomoč eksperta)	večina kroničnih bolezni, psihoanaliza	odrasli – odrasli

Vir: Szasz in Hollender v Drinovec 1998 (580).

Modeli so se spreminjali skozi čas glede na kulturne spremembe in determinante časa na vseh področjih človeškega življenja. Če je v preteklosti, ko so zdravniki tradicionalno posedovali »moč« zdravljenja, pretežno veljal paternalistični, se je skozi procese komercializacije in potrošništva vzporedno z drugimi modeli razvijal pogodbeni, v času vse večje avtonomnosti pacienta partnerski model itd. Emanuel in Emanuel (1992, 2226) ponazarjata zamenjavo enega prevladujočega modela z drugim na primeru spreminjajočih se vlog posameznikov, ki jih v procesu zdravljenja zavzemata takole: »Nenehne kritike pacientov na račun zdravnikovega dominantnega in avtokratskega odnosa so v resnici paciente potisnile k prevzemanju aktivnejše vloge pri odločitvah o načinu zdravljenja in k bolj avtonomnemu odnosu znotraj lastnega zdravljenja.« Medicinska stroka pa tu opozarja na to, da se, ko stroka upošteva avtonomijo pacienta, velikokrat izkaže, da mnogo pacientov odločitev o načinu zdravljenja želi prepustiti zdravniku, da so pacienti pogostokrat precej zbegani glede odločitve o načinu zdravljenja in da se o svojih težavah in zdravljenju v resnici želijo pogovarjati s pomembnimi drugimi, odločitev pa vendarle prepustiti zdravniku. Vrste

sodobnih raziskav (npr. Grant, Kenneth, Lawrence 2000) dokazujejo, da se želja po avtonomni odločitvi o načinu zdravljenja manjša s težo diagnoze in boleznimi.

Poglejmo v nadaljevanju različna pojmovanja komuniciranja med zdravnikom in pacientom.

2.2.4 Konceptualizacije komuniciranja med zdravnikom in pacientom

Osrednja predpostavka raziskav s področja odnosov med zdravnikom in pacientom je, da je komuniciranje bistvo odnosa, saj so pozitivni zdravstveni izidi posledica dobre in učinkovite komunikacije med zdravnikom in pacientom (Rimal 2001). Učinkovita komunikacija med pacientom in zdravnikom je ključna determinanta za optimalno zagotavljanje zdravstvenega varstva (Bertakis, Roter, Putnam 1991; Street 1992), saj raziskave potrjujejo, da omogoča ne le natančno diagnozo in hitrejše okrevanje, temveč tudi boljše pacientovo razumevanje zdravstvenih težav in dobro počutje (Husserl 1984).

Vse večji poudarek na procesu komuniciranja med uporabniki in izvajalci zdravstvene dejavnosti je prisoten tudi v literaturi (Ong in drugi 1995). Da je področje proučevanja vse pomembnejše tudi za medicinsko stroko, je razvidno tudi iz uglednih medicinskih revij, kot je npr. *Journal of American Medical Association*, ki so med nabor vsebin vključile razdelke komuniciranja med zdravnikom in pacientom, vzporedno z naraščanjem raziskovalnih naporov in objavo izsledkov raziskav s tega področja pa so uveljavljene mednarodne revije, kot je denimo *Journal of Health Communication*, uvedle že poglavja o izobraževalnih vsebinah oziroma metodoloških pristopih s tega področja. Med dejavnike profesionalizma v medicini se v sodobnem času vključujejo tudi zdravnikove komunikacijske kompetence (Association of American Medical Colleges, 1999).

Raziskovalci komuniciranja v zdravstvu opozarjajo, da že sama pacientova predstava o posvetu pri zdravniku vpliva na njegov potek. Zato je pomembno na »pogovor med zdravnikom in pacientom« gledati tudi v širšem kontekstu, namreč z upoštevanjem, da se ta proces dogaja v določenem prostoru in času, vanj pa se vključujejo tudi drugi pripadniki ekipe zdravstvene oskrbe (medicinske sestre in zdravstveniki, radiološki inženirji, administratorji itd.) (Krebs in Thornton 1992). Zlasti medicinske sestre se pomembno vključujejo v ta odnos in po mnenju Uletove (2005) razvijajo podporni model odnosov in komuniciranja, ki lahko danes predstavlja alternativo zelo razširjenemu instrumentalnemu odnosu do pacientov.

Zdravniki se bolj ukvarjajo z medicinsko tehničnimi vprašanji zdravljenja, medicinske sestre pa bolj poudarjajo udeležbo v interakciji s pacienti v kontekstu trajnejših in kontinuiranih odnosov. Zdravniki zastopajo »etiko privolitve«, medicinske sestre so v središču »etike skrbi«. Komuniciranje zdravnika s pacienti je usmerjeno v posredovanje informacij, sprejemanje odločitev, medicinske sestre pa razvijajo komunikacijski slog, ki je usmerjen bolj v spodbujajoče razumevanje. Kadar proučujemo zadovoljstvo pacienta, nikakor ne smemo prezreti teh dejavnikov (2005, 357).

Spoznanja o kompleksnosti medsebojnega komuniciranja so bila doslej predmet proučevanja več teorij komuniciranja. Značilna in vplivna je zlasti sistemska teorija komuniciranja, ki se ukvarja tako s teorijo komuniciranja kot s komunikacijsko terapijo in za katero je značilno, da komuniciranje razume kot sistem sporočil v obliki povratnih zank, pri čemer energija reakcije ne prihaja od elementa, ki učinkuje, torej od vzroka, temveč od prejemnika, torej učinka – od tod pojem povratne informacije.

Sistemska teorija izhaja iz teze, da je študij komuniciranja tako pomemben zato, ker preprosto 'ni mogoče ne komunicirati'. Vsako medsebojno srečanje je pravzaprav komunikacijsko srečanje. Vse medosebno vedenje, tudi odmori v govorici, prezrtje, molk ali izogibanje komuniciranju, ima po mnenju sistemske teorije značaj sporočila. Takoj ko se znajdemo v medosebni situaciji, se znajdemo v komuniciranju. Zato vsi poskusi izogibanja komuniciranju vodijo do motenj v komuniciranju oziroma do motenj v medosebnih odnosih. Osrednja ugotovitev sistemske teorije medsebojnega komuniciranja je, da je vsako medsebojno komuniciranje sestavljeno iz vsebinskega in odnosnega vidika. Vsebinski vidik posreduje informacije med partnerji, označuje semantično vrednost sporočila in se nanaša na to, »kaj« sporočamo, medtem ko odnosni vidik določa, »kako« razumeti sporočilo glede na to, kakšen je odnos med partnerji. Zadnji vidik predstavlja neke vrste komuniciranje o komuniciranju (Ule 2003, 118–120).

Osnovno vodilo odnosnega komuniciranja je, da se odnos prek interakcije nenehno spreminja in dopolnjuje. V kontekstu zdravstvenega posveta na primer med zdravnikom in pacientom ni poudarek le na dialogu, ampak na prilagoditvi situaciji in ustreznemu opredeljevanju posameznih vlog. Z vidika odnosnega komuniciranja velja nekaj osnovnih pravil, med katerimi je: »prvič, odnos vedno povezan s komuniciranjem in tega ni mogoče ločiti; drugič, naravo odnosa opredeli komunikacijsko razmerje med udeleženci; tretjič, odnos je po navadi opredeljen implicitno in redkeje eksplicitno; četrtič, odnos se razvija postopno, skozi

interakcijske procese med vpletenimi. Zato so odnosi dinamični in spremenljivi« (Littlejohn 1999, 252).

Glede na zgornjo perspektivo se odnos med zdravnikom in pacientom ne vzdržuje le skozi proces komuniciranja, temveč se nenehno spreminja s tem, ko vpleteni vedno znova ustvarjajo nove pomene.

Na tem mestu velja nadaljevati s Careyevim (1989) razlikovanjem med prenosnim in ritualnim pojmovanjem¹⁵ komuniciranja. Po mnenju avtorja prenosno pojmovanje opredeljuje komuniciranje kot »proces, s katerim se informacije prenašajo in distribuirajo z namenom vzdrževanja in nadzora nad dano komunikacijsko situacijo«. V tem pogledu se komuniciranje uporablja kot sredstvo za doseganje želenega cilja. Po tem pojmovanju je za Uletovo (2005, 103) komuniciranje stvar razuma, ki operira z informacijami, sporočili, pomeni, kodi, mentalnimi reprezentacijami ali mislimi. To pojmovanje je priljubljeno zato, ker z njim lahko zajamemo verbalno komuniciranje, nejezikovne dimenzije komuniciranja (čustveni poudarki, dotiki, prefinjene modulacije glasu ...) pa se zdijo sekundarne. To pojmovanje predpostavlja, da je informacijska vsebina za komuniciranje osrednjega pomena. Z uporabo tega pojmovanja si lahko razlagamo, da je cilj pacientovega sodelovanja v komunikacijski situaciji želja po pridobitvi pravilne diagnoze in zdravljenju bolezni in cilj zdravnikovega sodelovanja želja po postavitvi pravilne diagnoze in zdravljenju bolezni.

Pri ritualnem komuniciranju po drugi strani ne gre za posredovanje informacij, temveč za »celoten sistem posameznikovih prepričanj in vrednot«, ki »zbližuje osebe v odnosu in jih vodi k poenotenju« (Rimal 2001). »Rituali v komuniciranju nam zmeraj znova povedo, v kakšnem odnosu so udeleženci v interakciji: nakazujejo stopnjo intimnosti, iskrenosti, spoštovanja med prisotnimi« (Ule 2005, 285). Ritualno komuniciranje je eno Goffmanovih (1967) temeljnih načinov upravljanja obraza. »Ohranjanje obraza¹⁶ je v številnih kulturah metafora za pomemben interakcijski dosežek posameznika v družbi, ki zajema varovanje

¹⁵ Modeli komuniciranja (linearni, interakcijski, transakcijski, spiralni) se med seboj razlikujejo po posebnih poudarkih, ki predpostavljajo in delno izražajo splošne načine gledanja na proces komuniciranja in razumevanje tega procesa. Tem splošnim načinom pravimo *pojmovanja* ali *konceptualizacije komuniciranja*. Konceptualizacije komuniciranja še ne predstavljajo dokončnih teorij, ampak izhodišča za konkretnije modele komuniciranja in vzorčne razlage nekaterih komunikacijskih pojavov (Ule 2005, 103).

¹⁶ Koncept »obraza« je v zahodno raziskovanje prodril z vzhoda, iz Kitajske, prva je koncept predstavila Hsien Chin Hu v članku »Kitajski koncepti obraza«. To, da so zahodni avtorji uvozili in teoretsko dodelali nezahodni koncept, daje fenomenu obraza večkulturno razsežnost (Ule 2005, 284).

ogleda, dobrega imena in pozitivne samopodobe. »Izguba obraza« je metafora za negativno javno samopodobo, za to, da izgubimo spoštovanje, se osramotimo, in je povezana s čustvenimi, socialnimi in moralnimi kategorijami« (Ule 2005, 284). Ritualni upravljanja in ohranjanja obraza so del vsake prisotnosti, celo tiste, kjer ni stika, ni komuniciranja.

Po Goffmanu (1959) lahko vsakdo v socialni interakciji: (1) ima obraz: prikazuje navzven tako samopodobo, ki je skladna z njegovo notranjo držo – drugi navzoči na podlagi dokazov potrjujejo, da je podoba, ki jo želi posredovati navzven, konsistentna; (2) ima napačen obraz: hote ali nehote posreduje sporočila o sebi, ki diskreditirajo njegovo socialno vrednost, sporočil ni mogoče povezati s podobo, ki jo želi oseba prezentirati navzven; (3) nima obraza: sploh ne naredi nobenega vtisa, to se lahko zgodi v nenavadnih situacijah ali takrat, ko situacija posameznika ujame nepripravljenega; (4) izgubi obraz: ta izraz zajema tako napačen obraz, umanjkanje obraza kot tudi osramotitev; (5) ohrani obraz: ob izgubi obraza si prizadeva za popravilo poškodb obraza; (6) podeli obraz: pomaga drugemu posamezniku ohraniti obraz. Kakorkoli, čeprav so obraz, samopodoba, sebstvo hkrati najbolj osebna posest in središče posameznikove varnosti in zadovoljstva, so vendar samo izposojeni od družbe, dani osebi v uporabo. Javno priznanje lastnosti in njihova razmerja do obraza iz vsakega človeka naredijo lastnega ječarja. To sta osnovni socialna napetost in zamejenost človeka, pa tudi če ima lahko človek rad svojo »ječo«. Ohranjanje obraza je torej namenjeno temu, da prepreči incidente, dogodke, katerih dejanske ali simbolične implikacije bi ogrozile javno samopodobo (Goffman 1959; Ule 2005, 287).

Raziskave s področja interakcije med zdravnikom in pacientom se pretežno ukvarjajo s prenosnim vidikom komuniciranja. Predpostavlja se namreč, da je verbalna izmenjava informacij med zdravnikom in pacientom pomembna za pridobivanje informacij. Glede na to, da je namen večine obiskov pri zdravniku izpolniti specifične zdravstvene potrebe pacienta, je ta usmerjenost k prenosnemu poimenovanju komuniciranja razumljiva (Rimal 2001). Dejstvo je, da izmenjava informacij igra pomembno vlogo med ljudmi in da se interakcija med ljudmi dogaja predvsem kot verbalna izmenjava. Vendar pa komuniciranje presega »dejstvenost« ali čisto verbalno izmenjavo (Ule 2005, 104).

Če je medosebno komuniciranje sestavljeno iz obeh delov, nas zanima, kaj nam ponuja in zakaj je prezrt ritualni vidik. Manj nam je namreč znano, kakšni rituali v komuniciranju so prisotni v komunikacijskem odnosu med zdravnikom in pacientom, ali so ti povezani s

pacientovimi preteklimi izkušnjami, ali se razlikujejo glede na osebne karakteristike in lastnosti obeh udeležencev v interakciji, ali se s trajanjem odnosa celo spreminjajo. Prepoznavanje tudi ritualističnega vidika komuniciranja nam končno lahko pomaga razumeti posameznikove predstave o zdravju in bolezni (Markova in Farr, 1995), nudi pa tudi vpogled v stalno razvijajoč se odnos med zdravnikom in pacientom, v katerem je prostora tudi za razpravo o zdravstvenih vprašanjih v širšem kontekstu posameznikovega življenja (Sharf 1990). Za natančnejše razumevanje interakcije med zdravnikom in pacientom z ritualnega vidika komuniciranja moramo preusmeriti središče raziskovanja s posameznika (pacienta ali zdravnika) na diado – temu delu se bomo posvetili tudi v empiričnem delu naloge –, seveda pa to ne pomeni, da posameznikove lastnosti niso pomembne ali upoštevane. Dejansko je celoten nabor dogodkov in tudi strategij v komunikacijskem odnosu odvisen od posameznikove (1) osebnosti (značajskih in demografskih lastnosti) in njegovih (2) preteklih izkušenj.

2.2.5 Vloga osebnostnih lastnosti v odnosih med zdravniki in pacienti

Parsons (1951) je trdil, da je osnova zaupanja med zdravnikom in pacientom zdravnikova zaveza »univerzalizmu«, kar pomeni sposobnost obravnavati vse paciente enako, ne glede na njihove pripisane osebnostne lastnosti. Nobenega dvoma ni, da bi takšna »univerzalna« oskrba morala biti stalno prisotna, v nasprotnem primeru dvom izpodjeda zaupanje v zdravnika in zdravstveni sistem (Rotter in Hall 2006). O tem, kako posameznikove lastnosti vplivajo na medosebne interakcije, se je ukvarjal sociolingvistični teoretik Waitzkin (1985), ki je svoja teoretska dognanja postavil tudi v zdravstveni kontekst. Waitzkin ugotavlja, da so pripadniki srednjega sloja verbalno spretnejši, medtem ko so pripadniki nižji slojev manj komunikativni, izražajo se bolj implicitno, prek neverbalnih znakov itd. Waitzkin zato meni, da zdravniki ne bi smeli biti nedojemljivi (»neuglašeni«) za neverbalne znake nižjega sloja prebivalcev, saj si lahko v nasprotnem primeru napačno razlagajo njihovo prošnjo za pomoč ali spregledajo znake njihove stiske. To je le eden izmed dejavnikov, ki vpliva na proces komuniciranja.

Obravnavi osebnostnih lastnosti so se posvetili številni raziskovalci odnosa med zdravnikom in pacientom (npr. Blyund in Makoul 2002). Metaanaliza znanstvenih prispevkov na to temo kaže na najpogostejše lastnosti pacientov, ki imajo vpliv na komuniciranje med zdravnikom in pacientom in sta jih Rotter in Hall (2006) strnila v naslednji nabor.

- (1) *Starost* – raziskave po eni strani dokazujejo, da se zdravniki manj posvečajo starejši populaciji pacientov, so v povezavi z njimi manj enakopravni, potrpežljivi, spoštljivi, podporni, od njih pridobivajo manj informacij, po drugi strani druge raziskave ugotavljajo prednosti komuniciranja v korist starejšim pacientom – zdravniki so do njih bolj vljudni, jim nudijo širšo, predvsem pa poenostavljeno razlago njihove težave, uporabljajo razumljivejši jezik z manj strokovnih in medicinskih izrazov (Waitzkin 1985).
- (2) *Spol* – ženske naj bi na splošno prejemale več informacij od moških, kar naj bi bilo povezano z njihovim dejavnejšim iskanjem informacij in postavljanjem vprašanj; zdravniki naj bi bili do žensk bolj »pozitivni«, z njimi naj bi se pogosteje smejali, pogosteje pa naj bi jih spraševali tudi po njihovem razmišljanju in občutkih; ženske naj bi se izražale bolj neverbalno od moških, pogosteje naj bi sodelovale pri odločanju o načinu zdravljenja.
- (3) *Družbeni razred, kulturna pripadnost, narodnost* – avtorji so zaznali različno zdravnikovo prepoznavanje simptomov med pripadniki različnih družbenih slojev; pripadniki nižjih slojev so menili, da bi lahko navajanje določenih simptomov pri zdravniku prej sprožilo odpor in kritiko kot naklonjenost, zato so o nekaterih simptomih molčali. Avtorji so tudi ugotovili, da se pripadniki določenih narodnosti ločijo po interpretaciji zdravstvenih težav (anglosaksonski pacienti, denimo, bolečino jemljejo kot dejstvo, Irci jo zanikajo, Italijani in Judje so zanjo močno dovzetni in jo emocionalno doživljajo), po njihovem odnosu do uporabe zdravil (medtem ko Italijani brezpogojno sprejmejo analgetike, jih Judje zavračajo, vse dokler od zdravnika ne prejmejo diagnoze in načrta za nadaljnje zdravljenje).
- (4) *Informacijska pismenost* – pod ta pojem vključujemo celoten nabor elementov informacijske pismenosti: od zavedanja potrebe po informaciji, védenja, kako jo pridobiti, kako jo ovrednotiti in sintetizirati, do sposobnosti komuniciranja z informacijami. Pacienti se razlikujejo po tem, kako razumejo in upoštevajo navodila za zdravljenje, jemanje predpisanih zdravil, opravljanje diagnostičnih postopkov itd. Po nekaterih tujih raziskavah naj bi bila tretjina pacientov informacijsko nepismenih, seveda pa se ta odstotek razlikuje glede na različne narodnosti znotraj določenega geografskega okolja. Posamezniki se problema nepismenosti pogosto ne zavedajo oz. ga ne prepoznajo, in kadar ga, o tem (najverjetneje zaradi sramu) ne obvestijo zdravnika. Zdravniki se zato več pogovarjajo z bolj pismenimi pacienti. Problem je povezan z izobrazbo. Dokazano je, da ima lahko izobrazba ključno vlogo pri razlikah v komunikaciji s pacienti različnih ekonomskih zaledij.

- (5) *Zdravstveni status* – različne študije so potrdile, da imajo zdravniki praviloma raje bolj zdrave kot bolne ljudi. Raziskovalci obenem priznavajo, da je ta podatek neprijeten, še zlasti za zdravnike, ki so jim kompleksnejši zdravstveni problemi večji izziv, kar je v določenih pogledih razumljivo. Glede na to, da so kronične bolezni zelo pogoste in kot take zdravnikom ne predstavljajo velikih strokovnih izzivov, se pogosto zgodi, da kontinuiteta zdravstvenih storitev in »ponovljivost« pri zdravnikih vzbujata nelagodje in frustracije.
- (6) *Videz, privlačnost in všečnost* – študije, v katerih so raziskovalci uporabljali tudi tehnike videosnemanja, so dokazale, da so zdravniki neurejene, zanemarjene paciente obravnavali drugače kot urejene, da so jim postavljali manj odprtih vprašanj, od njih zahtevali manj dodatnih pojasnil, kar je bilo razvidno tudi iz neverbalnih znakov (npr. zdravniki so manj vzpostavljali očesni stik). Bolj urejene paciente, s privlačnejšim videzom in lepše oblečene so nasprotno zdravniki med pogovorom redkeje prekinjali. Da zdravniki razlikujejo med bolj in manj priljubljenimi pacienti, dokazujejo raziskave o »nezaželenih« pacientih, to so tisti, ki so preveč odvisni od zdravniške pomoči, manipulativni, samodestruktivni; takšnega vedenja po mnenju strokovnjakov zdravniki ne smeli zanemarjati, temveč bi ga morali resno obravnavati kot simptome v sklopu medicinskega pregleda. Zaradi nepoznavanja in predvsem vedenja, kdo je oseba, ki je na drugi strani, je pogosta značilnost pogovora med zdravnikom in pacientom stereotipno pripisovanje določenih lastnosti na podlagi njihovega videza, pripadnosti itd. (Rotter in Hall 2006).

Čeprav zdravniki pogosto ne razumejo potrebe po raziskovanju povezanosti njihovih osebnostnih lastnosti z načinom obravnave pacienta, pa je jasno (seveda tudi dokazano), da na njegov odnos s pacientom, tako kot na katerikoli drug medčloveški odnos, vplivata obe strani. Med zdravnikove lastnosti, ki so povezane s komunikacijskim procesom s pacientom, Rotter in Hall (2006) uvrščata spodaj naštet.

- (1) *Narodna pripadnost* – problematika vpliva te lastnosti je bolj prisotna v večkulturnih okoljih; raziskave so se posvetile proučevanju interakcij med pripadniki istih ras (rasno skladje) in pripadniki različnih skupin (rasno neskladje) ter pokazale na večje ujemanje med pripadniki istih skupin (daljši čas pogovora itd.).
- (2) *Pripadnost določeni kulturi, religiji* – gre za elemente, ki pomenijo kulturne razlike med posamezniki, ki prihajajo iz različnih tradicij, versko prepričanje itd.; (zdravnik prihaja iz okolja, v katerem imajo drugačen odnos do nasprotnega spola ...).

- (3) *Družbeni razred* – tudi izvor zdravnika, in sicer iz kakšnega primarnega socialnega okolja in družbenega razreda prihaja, lahko do neke mere vpliva na odnos. Waitzkin (1985) je raziskal, da so zdravniki, ki so pripadali višjemu ali zgornjemu srednjemu sloju, v primerjavi z zdravniki, ki so prišli iz delavskega razreda, bolj retorično občutljivi (prilagodili so slog komuniciranja pacientu), jim več in obširneje pojasnjevali. Waitzkin je sklenil, da je »verbalno izražanje z razredno pripadnostjo povezan fenomen, ki vpliva tako na zdravnike kot paciente«.
- (4) *Spol* – zdravnice naj bi bile bolj usmerjene v psihosocialne dimenzije, naj bi uporabljale bolj pozitivni pristop, bile v pogovoru bolj čustvene in empatične kot njihovi moški kolegi. Poleg tega naj bi uporabljale več tehnik za vzpostavljanje partnerskega odnosa, pozitivne neverbalne geste. Pri tem pa avtorji tudi ugotavljajo, da ni razlik med moškimi in ženskimi zdravniki v količini biomedicinskih podatkov in njihovi kakovosti (Rotter in Hall 2006).

Posamezniki, ki imajo za seboj bogato zgodovino zdravniških pregledov, bolje razpolagajo s pridobljenimi izkušnjami in strategijami ter obratno (Greene 1990), kar pa seveda velja tako za zdravnika kot pacienta. Na podlagi tega lahko sklepamo, da »raznovrstnost« preteklih izkušenj tako zdravnika kot pacienta vpliva na kakovost njunega odnosa. Posamezniki z bogatejšimi izkušnjami razpolagajo s širokim naborom pogajalskih strategij, ki vplivajo na boljši izid zdravljenja (Rimal 2001). Če želimo torej razumeti komunikacijski proces med zdravnikom in pacientom, nikakor ne smemo prezreti tega vidika.

2.2.6 Motnje v komuniciranju in vzroki zanje

Motnje in nesporazumi lahko nastanejo v katerikoli fazi komuniciranja, ti pa, kot opozarja Uletova (2003, 180), ne vodijo samo do nezadovoljstva pacientov, ampak tudi do napak v izpolnjevanju zdravnikovih navodil, do pomanjkljive motivacije pacienta za zdravljenje in spremembo življenjskih navad. Obstaja nekaj dejavnikov, ki resno ogrožajo komuniciranje med zdravniki in pacienti. Tipične motnje v tem procesu so:

- (1) pomanjkanje časa: časovni pritisk na zdravnike, da v čim krajšem času vzamejo anamnezo, ugotovijo diagnozo in dajo informacije o poteku bolezni in načinu zdravljenja,
- (2) stališča zdravnikov: mnogo zdravnikov še vedno misli, da je slabo za paciente, če preveč vedo o svoji diagnozi in zdravljenju,
- (3) stereotipi o dobrih in težavnih pacientih: raziskave kažejo, da so stereotipi o dobrih in slabih pacientih dokaj razširjeni med medicinskim osebjem, nanje pa pristajajo tudi

pacienti; »dobri pacienti« so tisti, ki naredijo, kar jim je bilo naročeno, ne da bi karkoli spraševali, »težavni pacienti« pa so tisti, ki zahtevajo informacije na način, ki se zdi, da izpodjeda spoštovanje in zaupanje v medicino (Ule 2003, 180).

Mednje pa uvrščamo tudi:

- (4) v zdravstvenega strokovnjaka usmerjeno komunikacijo,
- (5) površno postavitve diagnoze,
- (6) birokratsko delo ob pacientu (vpis podatkov v računalnik itd.).

Kateri so najpogostejši vzroki za motnje in konflikte? Spori v zdravstvu imajo veliko skupnega s spori, ki se dogajajo v drugih okoljih in panogah, vendar pa so vzroki zanje povsem specifični. Gre za splet posebnih okoliščin in različnih udeležencev v procesu diagnostike in zdravljenja. V središču pozornosti je naj bi bil pacient, ki je zaradi bolezni tako fizično kot psihično obremenjen in ranljiv, prihaja v tuje okolje, kjer mora pogosto razkrivati zelo osebne težave zdravstvenim strokovnjakom, ki morajo odločitve sprejemati hitro. Istočasno prevladujejo čedalje večja pričakovanja pacientov in celotne družbe, da morajo biti storitve v zdravstvu brezhibne in da si izvajalci zdravstvenih storitev ne smejo privoščiti napak. Kakovost zdravstvenih storitev je pogosto povezana s preobremenjenostjo zdravstvenih delavcev, s stresom na delovnem mestu, navsezadnje pa tudi s pritiski na menedžment in menedžmenta samega za racionalnejšo organizacijo dela, večjo produktivnost in manjše stroške. Tovrstne okoliščine nedvomno vodijo k težavam pri medsebojnem komuniciranju in posledično h konfliktom. V odnose med samimi zdravstvenimi delavci je po navadi vtkana močna hierarhija, ki se velikokrat manifestira v pomanjkanju vzajemnega spoštovanja, konfliktne situacije pa se vse prevečkrat ne rešujejo s pogovorom, ampak se sprevržejo v medosebno obtoževanje ali izogibanje (kultura molka) (Zdolšek in Stojan 2001).

Med mogoče oblike reševanja sporov v zdravstvu se zadnje čase uvršča mediacija. To je na področju zdravstva uzakonil Zakon o pacientovih pravicah iz leta 2008 (Uradni list RS, št. 15/2008), podrobneje pa jo ureja Pravilnik o mediaciji v zdravstvu (Uradni list RS, št. 77/2008). Pacient, ki meni, da mu je bila kršena katera izmed pravic po tem zakonu, ima pravico do obravnave kršitve sprva pri samem izvajalcu zdravstvenih storitev, pred pristojno osebo izvajalca, na podlagi njegove pisne ali ustne zahteve. Če v tej fazi dogovor o načinu rešitve spora ni dosežen, mora pristojna oseba pacienta poučiti o možnosti vložitve zahteve pred Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic. Šele v tej fazi je zakonodajalec ponudil mediacijo kot enega izmed mogočih postopkov reševanja spora med

pacientom in izvajalcem zdravstvenih storitev¹⁷. Morebitna uspešna mediacija se pred komisijo konča s sklenitvijo sporazuma med pacientom in izvajalcem. Dosežen sporazum, ki ga stranki sporazumno predložita v potrditev predsedniku komisije, postane z njegovo potrditvijo izvršilni naslov. To pomeni, da ob njegovem morebitnem nespoštovanju pacientu ni treba ponovno vlagati tožbe na sodišču, temveč lahko v izvršilnem postopku neposredno doseže izvršitev obveznosti izvajalca, ki so bile dogovorjene v sporazumu.

Prav (prepogoste) motnje in nesporazumi v komuniciranju nas opominjajo, kako pomembno je razumevanje komunikacijskega procesa in njegovih lastnosti. To nas vodi v naslednje poglavje, ki ga v celoti posvečamo komunikacijski kompetenci – temeljni sposobnosti sogovornikov.

2.3 Komunikacijske kompetence v zdravniškem posvetu

2.3.1 Pojmovanja in kriteriji komunikacijske kompetence

Sposobnost ljudi doseči svoje cilje v družbenem življenju je v veliki meri odvisna od njihove komunikacijske kompetence. Pojem »komunikacijske kompetence« je vpeljal Dell Hymes v 60. letih, da bi poudaril, da poznavanje slovničnih pravil ne zadostuje za uporabo govornega jezika in za komuniciranje. V številnih družbah vlada skupno prepričanje, da na poti do dobrega komuniciranja stojijo številne ovire in da je ena izmed ovir prav temeljna sposobnost sogovornikov (Rickheit, Strohner, Vorweg 2008). Wilson in Sabee (2003) sta se vprašala, »zakaj je toliko znanstvenikov s toliko različnih področij preučevalo komunikacijsko kompetenco znotraj toliko relacijskih, institucionalnih in kulturnih kontekstov«.

Domnevamo, da znanstveniki, skupaj s sodobnimi zahodnimi družbami, kjer jih večina živi in dela, splošno sprejemajo naslednja tiha prepričanja: (a) ni enako kompetentno vse, kar se lahko izreče znotraj posamezne situacije; (b) uspeh v osebnih in poslovnih odnosih je v veliki meri odvisen od komunikacijske kompetence in (c) večina ljudi se pokaže kot nekompetentna vsaj v nekaj situacijah, medtem ko je manjše število ljudi ocenjeno kot nekompetentno v številnih situacijah (Wilson in Sabee v Rickheit, Strohner, Vorweg 2008).

¹⁷ Na mediacijo se nanašata dva člena ZPacP. 71. člen se nanaša na dogovor o mediaciji; izvajalec in pacient se v pisnem dogovoru o mediaciji dogovorita o izbranem mediatorju s seznama mediatorjev ter o vseh vprašanjih, povezanih z izvedbo postopka mediacije. 72. člen podrobneje določa postopek mediacije.

Metodičen razvoj vsake nove teorije zahteva jasne, splošno sprejemljive definicije ključnih besed, povezanih s to teorijo. Pa vendar pregled obstajajoče literature nakazuje, da »komunikacijska kompetenca« ne ponuja takšne definicije. Zdi se, da težava izvira iz širokega nabora definicij besede »kompetenca«, ki jih je mogoče zaslediti v literaturi in izvirajo iz dveh različnih vidikov: kognitivnega in behaviorističnega (vedenjskega). Izbira vidika in definicije je ključnega pomena za uporabo tega pojma. Razumevanje teh dveh različnih vidikov in ožjih definicij, ki izhajajo iz njiju, pomaga teoretikom in raziskovalcem komunikacijskih kompetenc razlikovati med različnimi lastnostmi pojma (Wiemann in Backlund 1980).

Kognitivni vidik. Definicije, ki spadajo v ta razred, »kompetenco« na splošno pojmujejo kot duševni pojav, ki je ločen in se razlikuje od vedenja, kakor je to značilno tudi za lingvistično razlikovanje med kompetenco in dejavnostjo. V tem primeru kompetenca kaže zgolj na potencialno dejavnost ali zmožnost. Chomsky naj bi najvplivneje prispeval h kognitivnemu pojmovanju kompetence. Njegov pogled na lingvistično kompetenco je osredotočen na naravo lingvističnega znanja in se izogiba dejavnikom dejavnosti (Wiemann in Backlund 1980). Chomsky (1965) poskuša opisati vrsto znanja, ki jo domnevno idealni govorec/poslušalec ima, da lahko ustvari in razume stavke in jezik. Lingvistična kompetenca je na splošno definirana kot posameznikovo znanje o strukturi jezika (Chomsky 1965).

Vedenjski vidik. Druga kategorija definicij vsebuje specifično sklicevanje na dejansko komunikacijsko vedenje. Ta vidik kompetence ima korenine tako v splošni rabi kot tudi v razviti teoriji. Številni strokovnjaki izrecno povezujejo kompetenco z vedenjem, ki učinkuje. Argyris (v Wiemann in Backlund 1980) meni, da »kompetenca pri živih organizmih pomeni njihovo zmožnost oziroma sposobnost izvajati takšne transakcije z okolico, ki rezultirajo v samovzdrževanju kompetence, rasti in razvoju«. Hymes (v Wiemann in Backlund 1980) definira komunikacijsko kompetenco kot najsplošnejši pojem za govorne in poslušalske sposobnosti posameznika. Meni, da je kompetenca odvisna od dveh stvari: (tihega) znanja in (zmožnosti) uporabe. V tem pogledu je Hymesov pogled na kompetenco razširitev Chomskyjeve definicije. Hymes verjame, da ima tudi izvedba (vedenje) svoje temeljno znanje. Zatrjuje, da je treba kompetenco razširiti na celotno sfero sposobnosti, ki se manifestirajo skozi govor, in je ne omejevati le na slovnična pravila. Vsekakor pa je komunikacijska kompetenca več kot zgolj uporaba jezika. Allen in Brown (1976, 248) ugotavljata: »V nasprotju z lingvistično komunikacijska kompetenca vključuje zavedanje

transakcij, ki potekajo med ljudmi. Kompetenca je v tem pogledu povezana z dejansko uporabo (izvedbo) jezika v socialnih situacijah.«

Weimann (1977, 198) ponuja celovito opredelitev komunikacijske kompetence, ki ni omejena na uporabo jezika: »Komunikacijska kompetenca je sposobnost interaktanta izbirati med razpoložljivimi komunikacijskimi vedenji z namenom uspešno izpolniti lastne medosebne cilje med srečanjem in hkrati vseskozi ohranjati »obraz« drugih interaktantov v okviru omejitev trenutne situacije.«

Pomembno je upoštevati posledice sprejemanja bodisi zgolj kognitivnega bodisi zgolj vedenjskega vidika. Kognitivni vidik je osredotočen na »čiste« matematične in logične formulacije o tem, kako naj bi se ljudje vedli, brez upoštevanja »dogodkovnosti« njihovega dejanskega vedenja. Po drugi strani pa vedenjski vidik pozornost osredotoča na *tukaj in zdaj*, znotraj resničnega sveta, vendar ponuja malo smernic komunikatorjem, ki si želijo razumeti svoje socialno okolje, da bi ga lahko učinkoviteje nadzorovali. Zato verjamemo, da je nujna komponenta teorije komunikacijske kompetence, če želimo, da bo ta teoretično in pragmatično smiselna, vključitev kognitivnih in vedenjskih procesov kot soodvisnih vidikov komunikacijske kompetence (Wiemann in Backlund 1980).

Spitzberg in Cupach (1989) sta preučevala različne kriterije komunikacijske kompetence, ki se pojavljajo v znanstveni literaturi, in ugotovila, da kombinacija dveh poglavitnih kriterijev, to sta *učinkovitost* in *primernost*, zagotavlja okvir, ki ga večina teoretikov kompetence sprejema kot uporabnega.

(1) *Učinkovitost*. Glede na to, da je namen komunikacije doseganje določenih ciljev, je učinkovitost njen osrednji kriterij. Gre za funkcionalni atribut, ki se lahko nanaša na sposobnost doseči ali sklepati glede na govorčev namen (npr. da je neka izjava mišljena kot ironična); ali pa se lahko nanaša na dosego cilja, ki se skriva za tem namenom (npr. ironija je mišljena kot kritika ali kot šala) (Rickheit in drugi 2008). Kot sta izpostavila Spitzberg in Cupatch (v Rickheit in drugi 2008), učinkovitost izvira iz nadzora in je definirana kot uspešna uresničitev cilja ali uspešno opravljena naloga. Če funkcije in cilji komunikacijskih dejanj niso jasni ali če obstaja več funkcij, je analiza učinkovitosti težavna.

(2) *Primernost*. Kot je že predlagal Dell Hymes (1972), mora biti kompetentna komunikacija ocenjena kot primerna (na osnovi družbenih dejavnikov) v dani situaciji. Pri tem pa

moramo biti zelo previdni, da ne enačimo družbenih dejavnikov z normami ali pravili, saj bi lahko bilo v nekaterih situacijah zelo primerno prikrojiti obstoječe norme in pravila ali vzpostaviti nova. Vseeno pa je kriterij primernosti dovolj fleksibilen, da pokrije obsežno raznolikost odnosov med komunikacijskimi dejanji in njihovimi socialnimi okolji (Rickheit in drugi 2008). Po Spitzbergu in Cupachu (v Rickheit in drugi 2008) primernost zrcali taktnost ali vljudnost in je definirana kot izogibanje kršenju družbenih in medosebnih norm, pravil ali pričakovanj.

2.3.2 Relacijski model komunikacijskih kompetenc v zdravstvu

Kot že omenjeno v uvodu k temu poglavju, ima komunikacijska kompetenca osrednjo vlogo ne le za znanstvene, temveč tudi aplikativne namene. Kakovost komunikacijske kompetence je potrebna ne le za družbeno interakcijo na medosebni ravni, temveč tudi na organizacijskih in javnih ravneh, pa tudi za medkulturne izmenjave. Kljub temu pa številni individualni in družbeni problemi izvirajo iz pomanjkanja kompetentnosti posameznikov pri določenih vidikih komunikacije. Posledice nezadostne kompetentnosti vplivajo na vse sfere človeškega življenja, pa naj bodo to medosebni odnosi, izobraževanje ali poslovni uspeh, seveda pa v veliki meri vplivajo tudi na psihološko in zdravstveno stanje. Višja raven komunikacijske kompetentnosti omogoča kakovostnejše družbeno, psihično in fizično življenje (Rickheit in drugi 2008).

V nadaljevanju bomo raziskali relacijski model komunikacijske kompetence v zdravstvu (Relational Health Communication Competence Model – v nadaljevanju RHCCM) avtorjev Query in Kreps (1996). Prvotno je bil model razvit za preučitev ravni komunikacijske kompetence med izvajalci in uporabniki zdravstvenih storitev. Naš cilj je razširiti teoretične meje modela (RHCCM) s pomočjo preučitve odnosa med komunikacijsko kompetenco in zaupanjem.

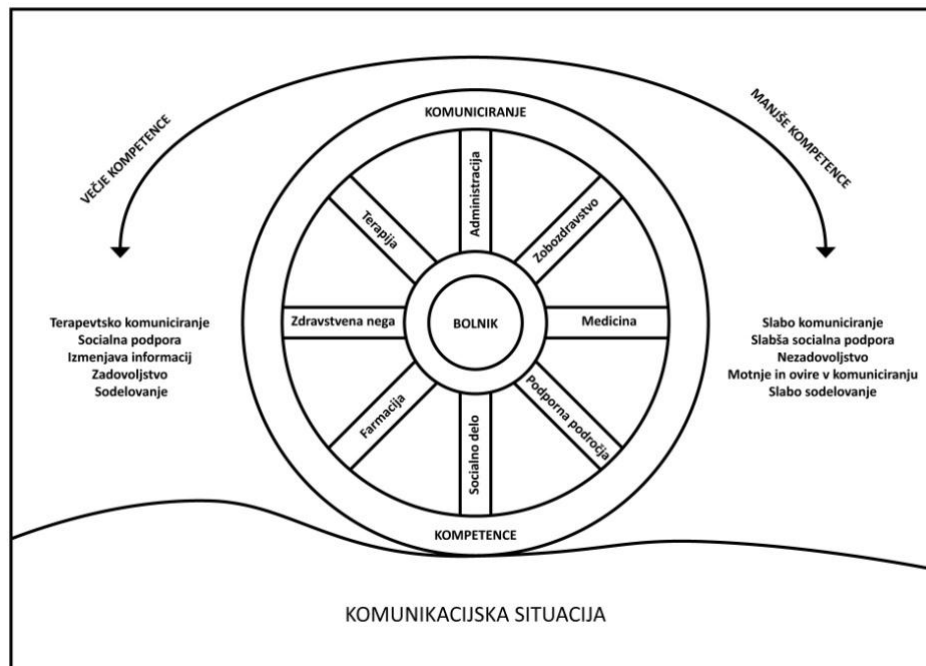
Medosebni odnosi med izvajalci in uporabniki zdravstvenih storitev so prvotno predstavljali podlago za razvoj Krepsovega in Thorntovega (1984) »**kolesa sistema zdravstvene oskrbe**« oz. modela, ki je predhodnik in osnova za **relacijski model komunikacijske kompetence v zdravstvu**. Z definiranjem potreb uporabnikov zdravstvenih storitev, katerih cilj je z medosebnimi komunikacijskimi spretnostmi zagotoviti (1) pridobivanje zdravstvenih informacij, (2) sodelovanje izvajalcev zdravstvenih storitev, (3) sprejemanje zdravstvenih odločitev, (4) način zdravljenja in (5) soočanje z zdravstvenimi težavami, je Kreps (1988)

svoj predhodni teoretični okvir posodobil s poglobitnim namenom – ustvariti dodatne raziskave in spodbuditi usposabljanja za izboljšanje učinkovitosti odnosa med uporabnikom in izvajalcem zdravstvenega sistema. Rezultat teh prizadevanj je relacijski model komunikacijske kompetence v zdravstvu (Kreps 1988; Query in Kreps 1996). Model je bil osnova za vrsto doslej opravljenih raziskav različnih avtorjev in raziskovalcev komunikacijskih kompetenc v zdravstvu (Query in James 1989; Query in Wright 2003) v različnih bolezenskih situacijah (npr. komuniciranje med zdravniki in pacienti, ki trpijo za odvisnostjo od različnih drog, ali z bolnicami z rakom na dojki itd.).

Relacijski model komunikacijskih kompetenc v zdravstvu (glej Sliko 2.3) predstavlja kolo z veliko različnimi naperami, ki predstavljajo soodvisno zdravstveno in podporno osebje, medtem ko osrednji del kolesa predstavlja uporabnika zdravstvenih storitev, kar ponazarja, kako se sodobni sistem zdravstvenega varstva vrti okrog njega. Model ponazarja medsebojno odvisnost razmerij, ki obstajajo med ponudniki in uporabniki pri zagotavljanju zdravstvenega varstva. Območje, na katerem se kolo vrti, predstavlja posebno zdravstveno okolje, v katerem ponudnik in uporabnik zdravstvenih storitev prihajata v interakcijo, pri čemer je lahko določena (bolezenska) situacija kompleksnejša kot druga. Ta kontekst zahteva med ponudniki in uporabniki zdravstvenih storitev visoko raven komunikacijskih spretnosti, da bi se kolo lahko vrtelo naprej in pri tem dosegalo komunikacijske cilje, kot so večje zadovoljstvo s potekom in izidom zdravljenja, večje zaupanje, boljše sodelovanje in zmanjševanje tveganja. Neučinkovita komunikacija povzroča, da kolo obstoji ali se »vrti nazaj« in zgreši cilje zdravljenja.

Model se od prvotnega Krepsovega in Thorntovega (1984) »kolesa sistema zdravstvene oskrbe«, ki predstavlja zgodnji razvoj k pacientu usmerjene zdravniške oskrbe, temelječe na komunikacijskih odnosih, razlikuje po dodanih elementih: (1) komunikacijske kompetence kot poglobitnega procesa in spremenljivke za preučitev soodvisnih komunikacijskih vlog in (2) konteksta zdravstvenega varstva, kjer se komunikacijska interakcija dogaja. Relacijski model komunikacijskih kompetenc v zdravstvu predpostavlja, da večja komunikacijska kompetenca vodi do »terapevtske komunikacije, podpore, zadovoljstva, izmenjave informacij, zaupanja in sodelovanja«, medtem ko manjša kompetenca vodi do »patološke komunikacije, v kateri primanjkuje podpore, do nezadovoljstva, informacijskih ovir in slabega sodelovanja« (Kreps 1988, 354).

Slika 2.3: Relacijski model komunikacijskih kompetenc v zdravstvu



Vir: Query in Kreps 1996 (335).

Teren čez katerega kolo potuje, predstavlja specifičen kontekst, pri čemer so nekateri konteksti »strmejši« in se zatorej kolo težje premika naprej. In prav na »strmejših« (komunikacijskih) poteh je potrebna višja raven komunikacijske kompetence, in sicer zato, da bi se zagotovile večje možnosti za doseganje uspešnih izidov zdravljenja. Kot prikazuje Slika 2.3, model nakazuje, da je »raven komunikacijske kompetence udeležencev v zdravstvenih situacijah pozitivno povezana z njihovim doseganjem želenih psiholoških in fizioloških zdravstvenih izidov« (Query in Kreps 1996, 335).

Zdravstvena **komunikacijska kompetenca** je definirana kot »sposobnost učinkovito uporabiti veščine medosebnih odnosov za iskanje in posredovanje relevantnih zdravstvenih informacij« (Kreps 1988, 351). V nadaljevanju pa so potrebni tudi znanje in veščine uporabnika in izvajalca zdravstvenih storitev, vključno z empatičnim poslušanjem, verbalno in neverbalno občutljivostjo, veščinami kodiranja in dekodiranja, kakor tudi obvladovanje medosebne interakcije (Query in Kreps 1996).

Kot sta izpostavila Query in Kreps (1996, 339), je komunikacijska kompetenca definirana kot

»zaznana tendenca iskati pomembno interakcijo z drugimi, omogočati podporo, biti sproščen, razumeti stisko drugih in se primerno odzivati (izmenjevati) v pogovoru«.

Query in James (1989) sta med prvimi raziskovalci komunikacijskih kompetenc, ki sta testirala relacijski model, da bi preučila odnos med medosebno komunikacijsko kompetenco in družbeno podporo pri 69 starejših članih znotraj upokojenskih skupnosti. Ugotovila sta, da so imeli tisti posamezniki, ki so imeli visoko stopnjo komunikacijske kompetence, širšo socialno mrežo in so poročali o večjem zadovoljstvu glede podpore v primerjavi s tistimi posamezniki z nižjo stopnjo komunikacijske kompetence.

Query, Parry, Flint (1992) so pozneje delno potrdili relacijski model komunikacijskih kompetenc v zdravstvu z njihovo študijo odnosa med družbeno podporo, komunikacijsko kompetenco in depresijo pri 130 netradicionalnih študentih. Izsledki te raziskave so pokazali, da so posamezniki z visoko stopnjo komunikacijske kompetence poročali o večjem zadovoljstvu glede družbene podpore v primerjavi s posamezniki z nizko stopnjo komunikacijske kompetence. Prav tako so komunikacijsko bolj kompetentni študentje poročali o nižji stopnji depresije (Query, Parry, Flint 1992), čeprav odnos med tema dvema spremenljivkama ni bil statistično pomemben.

Query in Wright (2003) sta, temelječ na predhodni raziskavi, testirala model na proučevanju povezav med družbeno podporo, komunikacijsko kompetenco in zaznavanjem stresa v študiji 76 zdravih, starejših oseb in starejših posameznikov, obolelih za rakom, ter njihovih (domačih) skrbnikov. Izsledki te raziskave so pokazali, da so komunikacijsko bolj kompetentni udeleženci zaznavali manj stresa in so bili bolj zadovoljni s podporo, ki so jo nudili člani njihove podporne mreže (Query in Wright 2003). Glede na raznolikost kontekstov in populacij, ki so bili uporabljeni, da pokažejo utemeljenost relacijskega modela komunikacijskih kompetenc v zdravstvu, se zdi smiselno predlagati, da se ta model razširi tudi na druge kontekste zdravstvene oskrbe.

Večina raziskovalcev se strinja, da je mogoče komunikacijsko kompetenco ali veččine skrbnikov razvrstiti v kategorije glede na tri dimenzije: kognitivno, vedenjsko in čustveno (Query in Kreps 1996; Query in James 1989). Kognitivna dimenzija se nanaša na interpretacijo informacij in izmenjavo veččin posameznikov. Vedenjska dimenzija opisuje veččine, ki jih posamezniki uporabljajo pri izbiri in implementaciji strategij za doseganje

osebnih ciljev, medtem ko čustvena dimenzija zajema »usmerjenost v medosebne interakcije« (Query in Kreps 1996, 339). Te dimenzije usklajeno dopolnita Spano in Zimmermann (1995, 19), ki ponovno okrepita pomen znanja, veščin in motivacije v povezavi s komunikacijsko kompetenco, in sicer prek trditve »kompetenten komunikator mora posedovati zadostno stopnjo komunikacijskega znanja, imeti sposobnost prikazati to znanje v potekajočih interakcijah, ob čemer mora biti motiviran za to dejanje«. Še dodatno pa sta za oceno ravni komunikacijske kompetence potrebni tako sposobnost doseči medosebne cilje (učinkovitost) kot tudi sposobnost komunicirati skladno s situacijskim in relacijskim kontekstom (primernost) (Spano in Zimmermann 1995, 19).

Zaznana komunikacijska kompetenca se osredotoča na posameznikova prepričanja o njegovi/njeni stopnji komunikacijske kompetence, in ne na dejansko stopnjo komunikacijske kompetence (Query in Kreps 1996). Kot je bilo že prej omenjeno, sta Query in Wright (2003) odkrila, da posamezniki, ki sebe dojemajo kot komunikacijsko bolj kompetentne, zaznavajo nižjo raven stresa in so bolj zadovoljni s podporo njihove socialne mreže. Če sledimo temu argumentu, je verjetneje, da bodo posamezniki, ki sebe dojemajo kot komunikacijsko kompetentne, igrali temeljno vlogo pri vzpostavitvi in ohranjanju podpornih sistemov, prav tako pa bodo bolj zmožni vplivati na niz različnih zdravstvenih izidov ali kakovost življenja (Query in Kreps 1996; Query in Wright 2003).

2.3.3 Komponente komunikacijskih kompetenc v zdravniškem posvetu

Dimenzije so kot orodje, in sicer tako za raziskovanje pojava komunikacijske kompetence kot tudi za usposabljanje. Ruben (1976) je na podlagi pregleda literature predlagal sedem dimenzij komunikacijske kompetence, ki so pomembne za posameznikovo delovanje v okolju, te pa so (1) izkaz spoštovanja, (2) posedovanje mnenj, (3) usmerjenost v znanje, (4) empatija, (5) usmerjenost (v drugega), (6) upravljanje interakcij, (7) občutljivost za dvoumnost. Feingold (1976 v Wiemann in Backlund 1980) je izpostavil primarni »deskriptor« komunikacijske kompetence: učinkovit komunikator je »v drugega usmerjen« komunikator, pri tem pa je identificiral tri kriterije usmerjenosti v drugega: (1) prilagajanje drugim, (2) predanost sporočilu in (3) empatično poslušanje. V nadaljevanju podrobneje izpostavljamo dimenzijo **usmerjenosti v drugega** v kontekstu interakcije med zdravnikom in pacientom.

Ameriški zdravnik Charles Fletcher je v osemdesetih letih prejšnjega stoletja raziskoval k zdravniku usmerjen slog (*ang. doctor-centered*) in k pacientu usmerjen slog (*ang. patient-centered*) komuniciranja. Ugotovil je, da je večina pogovorov »k zdravniku usmerjenih«, saj se slog zdravnikovega komuniciranja praviloma ne prilagaja pacientu, njegovim socialnim in psihološkim značilnostim in potrebam, ampak se mora praviloma pacient prilagoditi zdravnikovemu komunikacijskemu slogu (Ule 2033). Ta komunikacijski slog je v tesni povezavi s pacientovo privolitvijo v predlagano zdravljenje, z zadovoljstvom in izidom zdravljenja. Nato je pojmovanje »k pacientu usmerjene komunikacije« razvijala Stewartova (1995) z argumenti, da tak pristop vodi h kakovostnejšemu odnosu med zdravnikom in pacientom (ali celo pacientovo družino), v svoji raziskavi pa dokazala pozitiven odnos med k pacientu usmerjeno komunikacijo in med izidi zdravljenja. V praksi k pacientu usmerjena komunikacija pomeni izvajanje medicinske obravnave, v kateri zdravnik skozi profesionalen in pristen dialog raziskuje tako pacientove fizične težave kot tudi čustvene potrebe. V osnovi je cilj takšnega pristopa upoštevati pacientovo subjektivno izkušnjo, razumeti njegove želje, upanja, strahove, pričakovanja, misli in prepričanje – torej spoznati pacienta kot osebo, kot človeka.

Z vidika pacienta so pomembna najmanj tri področja, ki so v modelu k pacientu usmerjene obravnave: (1) komuniciranje, (2) odnos in (3) promocija zdravja. Raziskave so potrdile, da si večina pacientov želi tovrstnega zdravnikovega pristopa, kar pomeni ne le profesionalnega komuniciranja, temveč tudi zagotavljanje informacij v povezavi z zdravljenjem ter partnerski pristop do obravnave bolezni in celotnega zdravljenja (Little in drugi 2001). Dokazano je, da k pacientu usmerjena obravnava pomeni večje zadovoljstvo, predvsem pa boljše sodelovanje pacientov (Stewart in drugi 2000).

V duhu časa, ko smo priča hitremu razvoju sodobnih komunikacijskih tehnologij, Sandz (1999) zgoraj omenjeno teorijo postavi v polje elektronskega komuniciranja med pacientom in zdravstvenim osebjem, in sicer s tezo, da bo uporaba elektronskih komunikacij ali t. i. k pacientu usmerjena e-komunikacija (*electronic patient-centered communication*) nedvomno močno spremenila način sodelovanja med zdravnikom in pacientom (zlasti kroničnim pacientom). Uvedba vseh možnosti, ki jih telemedicina ponuja, že močno vpliva in bo vplivala na pacientovo sodelovanje v procesu zdravljenja, povečala njegovo zadovoljstvo in posledično izboljšala tudi izid zdravljenja.

Kljub variaciji v navedenih komponentah kompetence pa obstaja močan konsenz o nekaterih dimenzijah, ki so bile identificirane z uporabo več različnih raziskovalnih strategij. **Empatija** (vključno s pripadnostjo in podporo) je nedvomno ključni vidik komunikacijske kompetence (Coulehan in drugi 2001). Komunikatorji se denimo morajo zavedati, da je empatija pomembna za zadovoljivo delovanje v posameznikovem socialnem okolju; poleg tega pa morajo biti posamezniki sposobni manifestirati svoja empatična čutenja tako, da bodo drugi to tudi doželi (Wiemann in Backlund 1980). Kako se zdravnik sploh lahko vživi v pacienta? Kot je razbrati iz medicinske literature, je mogoče na to odgovoriti z eno besedo: z empatijo. Ta je ena izmed najpomembnejših, najbolj zaželenih, najpogosteje obravnavanih in nemara tudi najbolj kompleksnih spremenljivk v odnosu med zdravnikom in pacientom.

Uletova navaja, da ima empatija tri dimenzije: (1) kognitivno dimenzijo, sposobnost menjave perspektiv, to pomeni prevzeti ali se postaviti v položaj drugega; (2) čustveno dimenzijo, sočutje, ki nam omogoča, da se vživimo v čustva in občutke drugega; (3) etično dimenzijo, skrb za dobro drugega. Poleg vživljanja v misli in čustva drugega ima empatija tudi dinamično, akcijsko dimenzijo, spodbuja nas, da prevzamemo odgovornost za dobro počutje drugega. Empatijo pogosto zamenjujemo s sočutjem, vendar se pojma med seboj pomembno razlikujeta; sočutje pomeni, da čutimo usmiljenje do težav drugega, empatija pa pomeni več, pomeni, da tudi razumemo težave drugega, da se znamo vživeti vanje. Se pa empatija od sočutja razlikuje še na en način – sočutni smo, kadar sprejemamo razlog za bolečino drugega, empatični pa smo lahko brez sočutja in tudi brez tega, da bi se strinjali z razlogom za bolečino in težave drugega (Ule 2005, 347). Zdravnikova empatija je zdravnikova kognitivna sposobnost razumevanja pacientovih potreb, njegova čustvena občutljivost za pacientove občutke in vedenjske sposobnosti izražanja empatije pacientu (Feighny in drugi 1998 v Bylund in Makoul 2005). Empatija zdravnika torej pomeni razumevanje pacientove izkušnje, njegovih občutkov in sposobnost gledanja na svet s pacientovega vidika (Coulehan in drugi 2001). Gre za socialno-čustveno kompetenco, ki omogoča razumevanje pacientovega stanja, perspektive in občutkov, sposobnost skomunicirati to razumevanje, preveriti njihovo točnost. Pacienti, ki menijo, da imajo njihovi zdravniki empatične lastnosti, izražajo tudi večje zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo (Bylund in Makoul 2002). Empatičnost v odnosu zdravnik – pacient prispeva k boljši gospodarnosti časa, prispeva pa tudi k boljši stroškovni ekonomiji celotnega procesa zdravljenja (Bellet in Maloney 1991), pozitivno vpliva na izid zdravljenja (Hojat in drugi 2011) in pomembno zmanjšuje število odločitev pacientov za morebitne tožbe (Beckman in drugi 1994).

Zaradi razumevanja in zavedanja, da je empatija tako pomemben dejavnik, je mnogo medicinskih in zdravstvenih izobraževalnih ustanov med svoje vsebine vključilo izobraževanja s tega področja. Na splošno lahko empatijo v medicini opišemo kot primerno razumevanje pacienta (Pedersen 2008). Mnogo študij dokazuje, da zdravniki pogosto niso empatični oz. da se ne odzivajo empatično na čustvene stiske pacientov (Hsu in drugi 2012). Nedavne raziskave so pokazale, da zdravnice pogosteje empatično komunicirajo kot zdravniki (Bylund in Makoul 2002), Jennifer s sodelavci (2009) je dokazal, da se onkologi bolj empatično odzivajo na izražanje čustev, žalost, strah. Številne raziskave so večkrat dokazale, da zdravniki zamudijo od 70 do 90 odstotkov priložnosti, da bi izrazili empatijo. To velja zlasti za dogodke, ko so npr. pacienti izrazili močno negativno čustvo (Hsu in drugi 2012). Z večjo ozaveščenostjo bi lahko ponudniki zdravstvenih storitev bolje prepoznavali situacije, v katerih bi lahko nudili podporno, empatično komuniciranje poleg osnovnega reševanja zdravstvenih težav (Hsu in drugi 2012).

Pomembna prvina, ki jo zdravnik potrebuje pri zblíževanju s pacientom, je empatija, sposobnost prepoznavanja čustev drugih. Ta sposobnost med pogovorom s pacientom zahteva zdravnikovo zbranost, saj čustev ne razkrivajo samo besede, temveč nebesedni znaki, ki spremljajo govor, denimo glas, obrazna mimika, kretnje. Zdravnik tako ne prepozna le pacientovega čustvovanja, temveč lahko razkrije tudi pomembne podatke o bolezni, ki mu jih pacient zavestno prikriva ali pa jih ne zna ubesediti. Ko zdravnik doseže tako visoko stopnjo ubranosti s pacientom, je sposoben odgovoriti celo na tista vprašanja o zdravljenju, ki pacienta zanimajo, a jih ne zna ali ne upa vprašati. Z empatijo se večja poslušnost za pacienta, ki občuti, da ni pomembna le bolezen, temveč tudi on sam, in z večjo zaupljivostjo sprejme zdravnikove odločitve o zdravljenju (Čakš 1999).

Pomemben del empatije in etike je zaupanje, da »drugim ljudem dovolimo in omogočimo, da se odzovejo na naše težave, da se zanesemo na kompetentnost in pripravljenost drugih. Skrb in zaupanje sta torej pomembna in dinamična vidika empatičnega in podpornega komuniciranja. Oseba, ki ji zaupamo, se sooči z odgovornostjo, da bo skrbno ravnala z našo odvisnostjo od nje. Etični moment razvoja zaupanja je torej v laičnem reku, da moramo biti zaupanja vredni. Empatija, skrb, odgovornost, zaupanje so torej odnosne kategorije in odgovornost je v teh pojmihi ključna kategorija« (Ule 2005, 349).

2.4 Zaupanje v odnosih med zdravniki in pacienti

2.4.1 Opredelitve, pomeni in ravni zaupanja

Zaupanje pacientov je zapleten, večdimenzionalni pojav, ki je bil doslej opredeljen na več načinov. Raznolikost v opredelitvah je delno posledica teoretične heterogenosti številnih znanstvenih disciplin (sociologija, politične vede ...), sicer pa tudi znotraj teh obstajajo številna nesoglasja o tem, kako opredeliti zaupanje. Raziskovalci zaupanja in odnosov v medicini in zdravstvu niso pri tem nobena izjema (Pearson in Raeke 2000).

Obravnavi zaupanja so se na različne načine posvetili številni raziskovalci (Mayer, Davis, Schoorman 1995; De Furia 1996; Mishra 1996; Hall 2001; Hall in drugi 2001; Thom 2001; Hall in drugi 2002a; Bruhn 2005; Bambino 2006; Hillen, Hanneke, Smets 2011; Skirbekk, Middelthon, Finset 2011).

Kdor zaupa določeni osebi ali instituciji, do nje izraža pozitivno občutje (čustvena sestavina), pripisuje ji pozitivno vrednost (evalvacijska sestavina), vrednotenje praviloma sledi iz moralnih norm in vrednotnih meril. Poleg čustvenih, afektivnih in evalvacijskih sestavin vsebuje zaupanje tudi kognitivne elemente, ki pa so težje določljivi. Zaupanje je vselej povezano z določenim »objektom«, določeno osebo (prijateljem, skupino, kolegi ...), določeno institucijo (npr. parlamentom, Katoliško cerkvijo ipd.) ali pa določenim sistemom (npr. socialno državo, tržnim gospodarstvom) kot kolektivnim subjektom. Temelji zaupanja so pozitivno vrednoteni znaki ali lastnosti, ki jih pripisujemo osebkcu zaupanja, in ni nujno, da se jih tisti, ki zaupanje izraža, vedno zaveda (Kurdija in Broder 2010).

Na splošno veljajo za zaupanje v medosebnem odnosu štiri pravila: (1) zaupanje med dvema osebama vključuje predvidevanje prihodnjega vedenja drugega (Mishra 1996); (2) kdor zaupa, ima pozitivno pričakovanje, da se bo oseba, ki ji zaupa (zaupnik), vedla optimalno; (3) zaupati pomeni določeno tveganje, s čimer se ustvarja ranljivost v odnosu do zaupnikovih dejanj (Mayer, Davis, Schoorman 1995) in (4) kadar so posledice prekinitve zaupanja razsežnejše, je zaupanje na splošno močnejše (v Hillen, Hanneke, Smets 2011).

Bruhn (2005) trdi, da zaupanje ni človekova pridobljena lastnost; gre za pričakovanje, ki izhaja iz komunikacijskih vedenj, ki izkazujejo skrb in zaskrbljenost. Čeprav je res, da je zaupanje pričakovanje, ki posamezniku daje občutek gotovosti, da se bo neki dogodek

resnično zgodil, bi pričakovanja brez pridobljene lastnosti zaupanja (tj. naučenega vedenja) ostala neprepoznana. Dibben, Morris in Lean (2000) trdijo, da čeprav je zaupanje zasebno, nevidno introspektivno doživetje, pa velja za enega osrednjih dejavnikov pri razvijanju odnosov med posamezniki.

Ena izmed temeljnih družbenih vezi, v katero so se posamezniki v ranljivem položaju pripravljene spustiti, ustreza tistemu medosebnemu zaupanju, ki temelji na pacientovem zaupanju v zdravnikovo ravnanje (tj. da bo zdravnik deloval v njegovem najboljšem interesu). Ob pacientovi ranljivosti mora biti medosebno zaupanje zgrajeno postopoma, začevši z manjšimi sodelovalnimi gestami (tj. prek kontinuitete odnosov), ki spodbudijo sodelovanje (Kydd 2000, 398). Vzpostavitev in ohranjanje medosebnega zaupanja v povsem novem odnosu je zahtevna naloga, saj je zaupanje krhek element, ki ga je mogoče zlahka ogroziti (McKnight in Chervany v Bambino 2006).

Med najpogosteje opisanimi dimenzijami vedenja zdravnika, na podlagi katerih mu pacienti zaupajo, so strokovne kompetence (Mechanic in Schlesinger 1996; Fiscella in drugi 2004), komuniciranje (Bertakis, Roter, Putnam 1991; Street 1992), sočutje, zagotavljanje zasebnosti (Mechanic in Schlesinger 1996), zanesljivosti in varnosti (Anderson in Dedrick 1990).

Nastajajoča vez med zdravnikom in pacientom je lahko ogrožena, če se zdravnik med vzpostavljanjem odnosa ne odziva na pacientove potrebe (Berlinger 2004). Če pacient oceni, da z zdravnikom ne more vzpostaviti partnerskega odnosa, utrjevanja zaupanja sploh ni (Hall 2001; Hall in drugi 2002a). Zdravnik, ki se odziva na pacientove potrebe, bo sčasoma vzpostavil kontinuiteto v odnosu do pacienta. Toda ko je zaupanje v odnosu enkrat vzpostavljeno in utrjeno, je ta zagotovo manj ogrožen (Bambino 2006).

Prav nobenega dvoma ni, da bodo zdravniki, ki si prizadevajo zadovoljiti pacientove potrebe in ki pristopajo k svojemu poklicu na bolj sočuten, humanističen način (npr. z izražanjem komunikacijskega vedenja, ki izzove zaupanje), s pacientom razvili bolj odprt, čuteč in iskren dialog. Ob prisotnosti iskrene, odprte, dvosmerne komunikacije pa se bo (vsaj teoretično) izboljšalo tudi pacientovo upoštevanje predpisanega zdravljenja. Istočasno z vzpostavitvijo odprtega dialoga se bo skupaj z zaupanjem dvignila tudi raven pacientovega zadovoljstva z zdravnikom. To pacienta spodbudi k sodelovanju v procesu krepitev partnerstva, s tem pa postane aktivni udeleženec pri odločitvah glede lastnega zdravljenja. Sodobni zdravnik se pri

tem mora zavedati, da so v modernem času pacienti potrošniki, da zaupanje zdravniku ni več samoumevno, kot je bilo v preteklosti, temveč si ga je treba prislužiti (Berlinger 2004).

Dibben in drugi (2000) trdijo, da obstajajo tri ravni medosebnega zaupanja, ki se v odnosih neprestano redefinirajo; situacijsko, naučeno in dispozicijsko zaupanje. Podrobno jih bomo opisali v nadaljevanju.

Naučeno zaupanje nastane med posamezniki v zgodnjih fazah odnosa in ga lahko posameznik ovrednoti in s tem oceni, ali je korist vzpostavitve in vzdrževanja odnosa večja od izgube ob morebitni prekinitvi odnosa. Naučeno zaupanje je posameznikova nagnjenost zaupati ali ne zaupati drugemu in hkrati lastnost, ki se jo uči dalj časa oz. z novimi izkušnjami. Kot nakazuje samo ime, je naučeno zaupanje mogoče povezati s pacientovimi dolgoročno pridobljenimi izkušnjami (Dibben in drugi 2000).

Situacijsko zaupanje temelji na količini zaupanja, ki ga posameznik ohranja v določeni situaciji in se lahko bistveno razlikuje od situacije do situacije. Opredeljuje se torej v okviru posamezne okoliščine (Dibben in drugi 2000). Situacijska odločitev zaupati je v izhodišču posameznikova pripravljenost zaupati v dani situaciji ne glede na njegovo dejansko vpletenost (McKnight in Chervnay 1996). Dibben s sodelavci (2000), denimo, pravi, da je v poslovnem svetu prav stopnja situacijskega zaupanja najpomembnejša, saj nanjo vplivajo dejanja drugih in jo je mogoče spreminjati. Berlinger (2004) zato opozarja, da se je treba zato toliko bolj zavedati, da opravljanje medicinskih storitev ni posel, zaupanje pa je tista dimenzija, ki ima temeljno nalogo opominjati zdravnike, da medicina ni »posel«, temveč poslanstvo.

Dispozicijsko zaupanje je prisotno v številnih različnih okoliščinah med posamezniki. Od situacijskega in naučenega zaupanja se razlikuje v tem, da dispozicijsko zaupanje temelji na splošni veri v človečnost, medtem ko se situacijsko zaupanje oblikuje skozi situacijske dogodke, naučeno zaupanje pa se pridobi prek posameznikovih osebnih izkušenj (McKnight in Chervnay 1996; Dibben in drugi 2000). Dispozicijsko zaupanje med posamezniki se lahko spreminja zaradi pridobljenega znanja, ki posamezniku omogoča, da predvidi vedenje drugega. McKnight in Chervnay (1996) trdita, da dispozicijsko zaupanje omogoča napovedi; tako se lahko posameznik z določeno mero gotovosti zanese na svoja predvidevanja, kar v njegovo življenje vnese določeno ravnovesje. Avtorja menita, da obstajata dve obrazložitvi dispozicijskega zaupanja: dispozicijsko zaupanje tipa A se nanaša na posameznikovo

prepričanje o tem, ali so drugi na splošno dobri, vredni zaupanja in jim je skladno s tem mogoče zaupati. Vedoč, da dispozicijsko zaupanje ni le medosebno, temveč tudi medsituacijsko, McKnight in Chervnay (1996) pravita, da je sekundarni tip situacijskega zaupanja (tip B) aktivnejši konstrukt, saj se nanaša na posameznikovo prepričanje, da bo ne glede na to, ali so drugi dobri ali ne, zaupljivo vedenje privedlo do pozitivnejših rezultatov.

V kontekstu odnosa med zdravnikom in pacientom sta oba, situacijsko in naučeno zaupanje, sestavna elementa, ki ne moreta obstajati drug brez drugega, saj so naše izkušnje in situacije (npr. skozi kulturo, vrednote in prepričanja) tiste, ki vsakega izmed nas učijo zaupati ali ne zaupati drugim (Dibben in drugi 2000). Pacienti, ki se zdravijo v ambulantni, za vsako zdravstveno »epizodo« pričakujejo enako zdravstveno obravnavo, izhajajoč iz preteklih izkušenj. Vendar se osebne bolezni kakor tudi situacije v ambulantni razlikujejo glede na kontekst in pokazatelji zaupanja v enem primeru se lahko razlikujejo od pokazateljev v drugi; v stresni situaciji, ko je pacientu diagnosticirana smrtno nevarna bolezen, je dojemanje drugačno od manj stresnih (Berlinger 2004). Zato Bambino (2006) utemeljuje, da bo situacijski kontekst, (tj. situacija), ki mu pacient prilagaja zaupanje, trdno obstal le, če bo obstajala ustrezna raven naučenega (tj. pacientove pretekle in sedanje izkušnje z zdravniki) in dispozicijskega (tj. lastnost zaupati ali ne) zaupanja. Kot menita Lewicki in Bunker (1995), imamo celo v okviru istega odnosa različne interakcije, v različnih kontekstih, z različnimi nameni, ki vodijo do različnih izidov. Torej, situacijsko zaupanje se oblikuje iz posameznikovih izkušenj, pridobljenih v nizu podobnih situacij, skozi katere se vzpostavi naučeno zaupanje, ki delno temelji na posameznikovem splošnem dispozicijskem zaupanju.

2.4.2 Novejše raziskovalne ugotovitve o zaupanju med zdravniki in pacienti

V novejšem času si raziskovalci (Thom 2001; Surbone in Lowenstein 2003; Tarrant, Stokes, Baker 2003; Zandbelt in drugi 2007; Ommen in drugi 2011; Saha in Beach 2011; Skirbekk, Middelthon, Finset 2011) zastavljajo vprašanje, kakšen natančno je odnos med zaupanjem, komuniciranjem in izidi zdravljenja.

Dosedanje raziskave¹⁸ (v tabeli 2.3 ponujamo poenostavljen pregled nekaterih najnovejših raziskovalnih ugotovitev) so ugotovile, da so pacienti bolj zadovoljni, kadar njihov zdravnik

¹⁸Iz bibliografske baze ProQuest, PubMed, PsycInfo smo s pomočjo kombinacije ključnih besed (1) »communication«, »communication competence«; (2) »trust«, »distrust«, »mistrust«, »confidence«, »compliance«, »adherence«; (3) »doctor-

posreduje čim več informacij (Street, Gordon, Haidet 2007; Ommen in drugi 2011), s pacientom vzpostavi partnerski odnos (Stewart in drugi 2000; Tarrant, Colman, Stokes 2008) in z njim nasploh veliko komunicira (Little in drugi 2001; Platonova, Kennedy, Shewchuk 2008; Zandbelt in drugi 2007).

Raziskave so ugotovile, da so **komponente** zdravnikova usmerjenost k pacientu, večje zadovoljstvo in zaupanje pacienta pozitivno povezane (Ommen in drugi 2011; Tarrant, Stokes, Baker 2003; Zandbelt in drugi 2007; Saha in Beach 2011; Skirbekk, Middelthon, Finset 2011). **V pacienta usmerjen slog komuniciranja pomeni** pridobivanje informacij in skrb za sočloveka (Little in drugi 2001; Tarrant, Stokes, Baker 2003), spodbudno vedenje zdravnikov (Stewart 2000 in drugi; Zandbelt in drugi 2007; Street, Gordon, Haidet 2007), vzajemno iskanje skupne rešitve (Little in drugi 2001; Ommen in drugi 2011), podporno, empatično, v čustva in občutke usmerjeno komuniciranje (Zandbelt in drugi 2007; Street, Gordon, Haidet 2007; Tarrant, Colman, Stokes 2008; Verheul, Sanders, Bensing 2010, Saha in Beach 2011). Takšno komuniciranje vpliva na odpravo pacientove začetne zadržanosti in nezaupljivosti do zdravnikov (Zandbelt in drugi 2007), večjo pripravljenost za sodelovanje (Zandbelt 2007 in drugi; Street, Gordon, Haidet 2007), dojemanje vzajemnega in skupnega iskanja rešitev (Stewart in drugi 2000), odpravljanje pacientove anksioznosti (Verheul, Sanders, Bensing 2010), dokazano pa vpliva tudi na zmanjševanje števila diagnostičnih

patient relations«, »physician–patient relations«, »doctor–patient communication«, »physician–patient communication«, »doctor–patient relationship«, »provider–patient relationship«, »physician–patient relationship«, »doctor–patient interaction« izbrali vse izvirne znanstvene raziskave z dostopnim izvlečkom v angleškem in nemškem jeziku, ki so bile objavljene od leta 1995 do 2012. Po izključitvi podvojenih raziskav smo samostojno pregledali vse naslove zadetkov in sprva na osnovi neustreznega naslova izločili neprimerne raziskave. Za tiste raziskave, ki so se zdele na osnovi naslova ustrezne, smo poiskali izvleček. Če je ta ustrezal osnovnim zahtevam za vključitev (znanstveni članek, metoda, populacija, originalnost), smo pridobili originalen članek. V nadaljevanju smo z ročnim iskanjem literature (ang. *snowball method*) poiskali dodatne ustrezne študije, ki so izpolnjevale merila vključenosti. Tako smo vključili raziskave, ki jih ni bilo mogoče izbrati na osnovi ključne besede, naslova in izvlečka, so pa bile kot ključne reference navedene v izbranih raziskavah. Prav tako smo za obdobje petih let ročno pregledali revijo *Patient Education and Counseling*, mednarodno uveljavljeno revijo za področje komuniciranja v zdravstvu. V literaturi ni zaslediti predpisanih vključitvenih in izključitvenih meril oz. standardov za študije, ki raziskujejo tovrstno interakcijo med zdravnikom in pacientom, zato smo vključitvene kriterije povzeli iz predhodno opravljenih raziskav, ki so s to metodo proučevale povezave med zdravnikom in njunim sodelovanjem oz. zaupanjem (priloga B). *Vključitvena merila*: da bi lahko primerjali izsledke raziskav, smo v nadaljnjo analizo vključili originalne znanstvene raziskave, v katerih je bila omenjena povezanost med komuniciranjem oziroma različnimi dimenzijami komunikacijskih kompetenc (poslušanje, posredovanje informacij, empatija ...) zdravnikov in pacientov ter zaupanjem oziroma sodelovanjem v procesu diagnostike in zdravljenja. Upoštevali smo vse raziskave, ki so se nanašale na komuniciranje tako na primarni kot tudi na sekundarni ali terciarni zdravstveni ravni. *Izključitvena merila*: v pregledu literature smo se omejili na raziskave, ki so bile objavljene po letu 1995. Izključili smo prispevke, ki so bili kot bibliografska enota klasificirani kot mnenje, pregled, poročilo, študija primera. Raziskave, ki so bile opravljene zunaj Evrope in anglosaksonskih držav (ZDA, Kanade, Avstralije), smo izključili zaradi kulturnih razlik in razlik v organizaciji dela ali celo zdravstvenem sistemu. Zaradi široke palete prispevkov s področja komuniciranja v zdravstvu smo izključili raziskave, ki so se nanašale na specifična področja ali vrste komuniciranja (neverbalno komuniciranje, internetno komuniciranje), prav tako smo izključili raziskave, ki so se nanašale na komuniciranje izključno s specifičnimi skupinami uporabnikov zdravstvenega sistema, denimo komuniciranje s svojci, otroki, pacienti s specifičnimi redkimi boleznimi, pri čemer pa smo obdržali raziskave, ki so vključevale komuniciranje s pacienti s pogostimi oblikami raka ali kroničnimi boleznimi.

preiskav in nadaljnjih napotitev (Stewart in drugi 2000), boljše čustveno stanje tudi dalj časa po srečanju (Stewart in drugi 2000; Little in drugi 2001). Pacienti se ob tako vodenem posvetu pogosteje odločajo za diagnostične posege in so pripravljene prej sprejeti zdravnikovo priporočilo (Saha in Beach 2011).

Šele najnovejše raziskave se ukvarjajo s proučevanjem **povezanosti zaupanja in organizacijske klime zdravstvene** organizacije. Kowalski s sodelavci (2009) je dokazal, da je zaupanje v zdravnika pri pacientih s kroničnimi boleznimi oz. z rakom močno povezano z njihovim zaznavanjem bolnišnične organizacijske klime. Na njihovo dojetje zdravniških komunikacijskih kompetenc vpliva izkušnja oz. seznanitev z organizacijsko klimo ustanove, v katero prihaja. Najmočnejša povezanost pa se kaže med zaupanjem in zaznavanjem dostopnosti zdravnika.

Izsledki raziskav so pokazali na **vzajemnost odnosov** in medsebojnih vplivov udeležencev v interakciji; bolj pozitivna (ali negativna) komunikacija enega udeleženca vodi k podobnim odzivom pri drugem (Street, Gordon, Haidet 2007), nekomunikativnost zdravnikov tako negativno vpliva na zaupanje pacientov v zdravnika (Ommen in drugi 2011). Jasno je torej, da medicinska oskrba ni sestavljena samo iz strokovnega medicinskega vidika, temveč vključuje tudi psihosocialne spretnosti (Ommen in drugi 2011).

Raziskava avtorjev Platonova, Kennedy in Shewchuk (2008) je še dodatno potrdila, da so pacientovo zaupanje, dober odnos med zdravnikom in pacientom ter zadovoljstvo pacientov v močni pozitivni povezanosti s pacientovo **lojalnostjo** zdravniku. Izstopajoča ugotovitev je, da so dobri medsebojni odnosi in zaupanje pacientov glavne determinante zadovoljstva in zvestobe pacientov zdravnikom splošne medicine.

Tudi pri preučevanju drugih študij je razbrati, da je pacientovo zaupanje v veliki meri zgrajeno na **zdravnikovi medosebni (komunikacijski) kompetenci** (npr. Mechanic in Mayer 2000). Ommen in drugi (2011) so v raziskavi ugotovili, da so pacienti, ki so imeli vtis, da se je z zdravnikom mogoče pogovarjati o osebnih zadevah in tak pogovor izpeljati na običajen in empatičen način (npr. zunaj kroga oddelčnih vizit), in pacienti, ki so imeli dovolj časa za premislek o pomembnih odločitvah, izrazili bistveno večje zaupanje. Pacienti, ki so imeli občutek, da je zdravnik podal vse obrazložitve na jasen in razumljiv način z uporabo vizualnih pripomočkov, kot so slike, skice in osnutki, s pomočjo katerih je nazorno opisal bolezen, so prav tako poročali o znatno večjem zaupanju. Prav tako so bistveno večje zaupanje izrazili tisti pacienti, ki so se čutili dejavno udeležene v procesu zdravljenja in katerih želje so bile

upoštevane, in tisti, ki so »izkusili« možnost vplivanja na proces zdravljenja in dosego medsebojnega dogovora z zdravnikom glede ciljev zdravljenja. Izsledki teh študij potrjujejo, da sta podporno komuniciranje in skupno sprejemanje odločitev ključna dejavnika za vzpostavitev zaupanja med zdravnikom in pacientom. Tako informacijska podpora, količina časa, ki jo imata zdravnik in pacient za razpravo, kot tudi vključevanje pacienta v odločitve v procesu zdravljenja predstavljajo osnovo za zaupen odnos med zdravnikom in pacientom. Rezultati poudarjajo pomen psihosocialnih veščin v medicinskem izobraževanju in usposabljanju.

Pacientovo zadovoljstvo z načinom zdravstvene obravnave, zadostna informacijska in čustvena podpora zdravnikov ter dejavna vključenost pacientov v sam proces obravnave dokazano krepijo odnos med zdravnikom in pacientom, kar pa se izkaže za še posebej pomembno v **primerih kroničnih bolezni**, saj to dolgoročno vpliva na potek bolezni in dejavnike, na primer na pacientovo spoštovanje predpisanih terapij in zdravljenja (Zandbelt in drugi 2007). Nadaljnjih napotitev ali vračanj k zdravniku je bilo manj, če so pacienti čutili, da so s svojim zdravnikom razvili osebni odnos (Little in drugi 2001), kar pomeni, da je v pacienta usmerjeno komuniciranje povezano tudi s povsem **poslovno-ekonomskimi dejavniki**. Izsledki kažejo, da zdravnikovo podporno in dostopno vedenje še posebej cenijo tisti pacienti, ki so manj samozavestni v interakciji s svojim zdravnikom, in, zanimivo, tudi mlajši pacienti, ki so brez predhodnih izkušenj. Izkaže se, da ti pacienti za izražanje svojih stališč potrebujejo več spodbudnega vedenja zdravnikov (Zandbelt in drugi 2007).

Nekateri raziskovalci pa so tudi ugotovili, da ima pretirana komunikacijska osredotočenost na pacienta lahko tudi negativen vpliv na izide zdravljenja. Pod pritiskom komunicirati »čim več« se namreč lahko dogodi, da bi se zdravnik bolj osredotočal na pacientovo doživljanje bolezni kot na samo bolezen (Kimmonth in drugi 1998). Epstein in drugi (2005) zato menijo, da v pacienta usmerjena komunikacija ne bo nujno prevedla do »univerzalne, optimalne obravnave«, temveč je mnogo bolje, če zdravnik izbere **fleksibilen slog**, ki ga prilagodi konkretnim potrebam in željam posameznega pacienta. Čeprav je velikemu številu pacientov ljubši pristop, ko se komunikacija osredotoča nanje, pa vseeno precejšen delež pacientov daje prednost bolj tradicionalnemu pristopu, kjer je komunikacija bolj osredotočena na naloge in obveznosti zdravljenja (Swenson in drugi 2004).

Tabela 2.3: Glavni rezultati vključenih študij

Avtor(ji) in leto raziskave	Cilj raziskave	Vzorec in metoda	Povzetek glavnih ugotovitev
Tarrant, Stokes, Baker 2003	Cilj raziskave je bil raziskati vlogo zaupanja v odnosu pacient – zdravnik.	Vzorec: 150 pacientov v 10 ambulantah družinske medicine (Midlands, VB). Metoda: Presečna raziskava, vprašalnik za paciente – »Anketa za oceno ambulant splošne medicine (GPAS)«.	Regresijska analiza je pokazala, da so bile meritve kakovosti odnosa osebni zdravnik – pacient (komunikacija, skrb za sočloveka in znanje pacienta) močno v pozitivni povezanosti z zaupanjem v pacientovega osebnega zdravnika.
Zandbelt in drugi 2007	Cilj raziskave je bil ugotoviti povezavo med v pacienta usmerjeno komunikacijo in zadovoljstvom pacientov, njihovim sodelovanjem v procesu zdravljenja ter njihovim zdravstvenim stanjem.	Vzorec: 30 zdravnikov interne medicine in 323 pacientov. Metoda: Vprašalnik za paciente pred obiskom pacienta pri zdravniku. Obisk oz. pogovor je bil sneman. Ocena k pacientu usmerjene komunikacije je bila opravljena s kodiranjem. Rezultati so bili ocenjeni z uporabo standardnih vprašalnikov.	V pacienta usmerjeno komuniciranje specialistov se povezuje z večjim zadovoljstvom pacientov, ki so bili na začetku manj zaupljivi do zdravnikov. Spodbudno vedenje zdravnikov je v pozitivni povezanosti s pacientovo pripravljenostjo za sodelovanje. Na splošno je bilo opaziti, da so pacienti bolj zadovoljni po srečanju z zdravnikom, ki je bil v procesu komuniciranja bolj spodbuden in manj zaviralen.
Street, Gordon, Haidet 2007	Cilj raziskave je bil raziskati (a) odnos med v pacienta usmerjeno komunikacijo in njenim učinkom na zaznavo pacienta ter (b) stopnjo, do katere so zdravnikove osebne lastnosti, demografske značilnosti pacientov, ujemanje zdravnik – pacient in pacientov način komuniciranja vplivali na medsebojno komuniciranje.	Vzorec: 29 zdravnikov in 207 pacientov iz 10 ambulantnih (zunajbolnišničnih) okolij v ZDA. Metoda: S pomočjo avdioposnetkov obiskov so koderji ocenili tako zdravnikov način komuniciranja in vpliv kot tudi pacientovo sodelovanje in njegov vpliv.	K pacientom bolj usmerjene zdravnike so pacienti dojemali kot boljše komunikatorje, so bili z njimi bolj zadovoljni ter bili pripravljeni na boljše in večje sodelovanje v procesu diagnostike in zdravljenja.
Ommen in drugi 2011	Cilj te analize je bil raziskati odnos med socialno podporo, skupnim sprejemanjem odločitve in pacientovim zaupanjem v zdravnika.	Vzorec: 2.197 pacientov v šestih bolnišnicah v Nemčiji. Metoda: Anketni vprašalnik za paciente. Logistična regresija se je opravila z dihotomnim indeksom za merjenje pacientovega zaupanja zdravnikom.	Rezultati so pokazali pomembno povezanost med podpornim komuniciranjem, informacijsko podporo, skupnim sprejemanjem odločitev, starostjo, socioekonomskim statusom in spolom.
Platonova, Kennedy, Shewchuk 2008	Cilj raziskave je bil razviti in empirično preveriti model, ki je odražal sistem medsebojnega odnosa med pacientovo zvestobo zdravniku, zaupanjem in zadovoljstvom (ti so povezani s pacientovo namero ostati pri svojem osebnem zdravniku in s priporočanjem zdravnika drugim osebam).	Vzorec: 554 pacientov v zdravstveni ustanovi na SV ZDA. Metoda: Uporabljen je bil pristop strukturnega modeliranja enačb.	Avtorji so odkrili, da so pacientovo zaupanje in dobri medosebni odnosi z osebnim zdravnikom pomemben napovedovalec pacientovega zadovoljstva in zvestobe zdravniku. Pacienti morajo zaupati zdravniku, da bi mu bili zvesti in da bi bili zadovoljni.
Stewart in	Cilj opazovalne kohortne	Vzorec: 39 naključno izbranih	V pacienta usmerjeno komuniciranje je

drugi 2000	raziskave je bil oceniti povezavo med v pacienta usmerjeno komunikacijo med obiskom pri zdravniku in posledičnim posluževanjem zdravstvene in medicinske oskrbe.	zdravnikov družinske medicine, 315 njihovih pacientov. Metoda: Obiski v ambulanti so bili snemani z avdionapravo in pozneje kodirani z namenom ugotoviti v pacienta usmerjeno komuniciranje. Pacienti so bili dodatno zaproseni, da ustno predstavijo njihovo dožemanje v pacienta usmerjene komunikacije.	bilo povezano s pacientovim dožemanjem vzajemnega iskanja rešitev za težave. Še dodatno pa je bilo pozitivno dožemanje povezano z boljšim soočanjem z nelagodjem, njegovim odpravljanjem, zaskrbljenostjo in boljšim emocionalnim stanjem dva meseca po srečanju med zdravnikom in pacientom, hkrati pa je bilo ugotovljeno, da je to vplivalo tudi na manj diagnostičnih preiskav in nadaljnjih napotitev.
Little in drugi 2001	Cilj raziskave je bil izmeriti pacientovo dožemanje usmerjenosti vanj in vpliv teh zaznav na rezultate zdravljenja.	Vzorec: 865 zaporednih pacientov, ki so obiskovali zdravnike v treh različnih ambulantah splošne medicine. Metoda: Opazovalna študija z uporabo vprašalnikov (obdelava podatkov s faktorsko analizo).	Z analizo je bilo identificiranih pet komponent, ki vplivajo na zaupanje: komuniciranje in partnerstvo (podporno in v pacienta usmerjeno komuniciranje), osebni odnos (zdravnik pozna pacientove čustvene potrebe), promocija zdravja, pozitiven pristop in zanimanje za vplive na pacientovo življenje.
Tarrant, Colman, Stokes 2008	Cilj raziskave je bil preveriti povezave med specifičnimi vidiki kontinuitete v odnosu osebni zdravnik – pacient in med pacientovim zaupanjem.	Vzorec: 593 pacientov iz splošne prakse v treh ambulantah splošne medicine (Velika Britanija). Metoda: Izvedena je bila presečna raziskava pacientov (obdelava podatkov z regresijsko analizo).	Analiza je pokazala, da so zdravnikova skrb za sočloveka, pretekle izkušnje s pacientovim sodelovanjem in pričakovanja v povezavi z zdravljenjem neodvisni napovedovalci pacientovega zaupanja. Te ugotovitve poudarjajo pomen longitudinalnih vidikov odnosa osebni zdravnik – pacient.
Saha, Beach 2011	Cilj raziskave je bil oceniti vpliv v pacienta usmerjenega komuniciranja na njegovo oceno zdravnika in na sprejemanje zdravstvenih priporočil.	Vzorec: 248 pacientov s kardiološko težavo. Metoda: Pacienti so bili naključno izbrani, da gledajo videoposnetke, ki prikazujejo kardiologa, kako je uporabljal bodisi v pacienta usmerjeno komuniciranje ali v zdravnika usmerjeno komuniciranje in pri tem predlagal pacientu premostitveno operacijo.	Ob gledanju posnetkov z visoko stopnjo zdravnikove usmerjenosti v pacienta so pacienti na splošno bolje ocenili zdravnika kot bolj kompetentnega in zaupanja vrednega v primerjavi z ogledi posnetkov, kjer je stopnja usmerjenosti zdravnika k pacientu nizka.
Verheul, Sanderz, Benzing 2010	Cilj raziskave je bil oceniti učinke empatičnega komuniciranja zdravnika (»ki upošteva pacientova čustva«) in preveriti, kako takšno komuniciranje vpliva na pacientovo čustveno stanje in pričakovane izide.	Vzorec: 30 bolnic. Metoda: V 2 x 2 naključnem nadzorovanem preskušanju je zdravnik komuniciral na podporen, empatičen način ali na hladan, formalističen način in s tem sprožil pozitivna oziroma negotova pričakovanja.	Zgolj toplo, empatično komuniciranje v kombinaciji s pozitivnimi pričakovanji je vodilo do bistvenega zmanjšanja pacientove anksioznosti. Na pacientova pozitivna in negativna čustva je vplival zdravnikov, v emocije in občutke usmerjen slog komuniciranja.
Kowalski in drugi 2009	Cilj raziskave je bil preučiti, ali pacientovo dožemanje bolnišnične organizacijske klime vpliva na njegovo zaupanje v zdravnika (ob upoštevanju pacientovega dožemanja komunikacijskih kompetenc zdravnika in osebnostnih lastnosti pacienta).	Vzorec: 3.535 pacientov, ki so se leta 2006 zdravili v centrih za raka (Nemčija, Severno Porenje). Metoda: Pacienti so bili zaproseni, da izpolnijo standardiziran, po pošti poslan vprašalnik. Opravilo se je več linearnih regresij.	Zaupanje zdravnikom je pri pacientih z rakom v močni povezanosti z njihovim zaznavanjem bolnišnične organizacijske klime. Na pacientovo dožemanje zdravniških komunikacijskih vedenj vpliva njegovo spoznavanje organizacijske klime. Najmočnejša povezanost pa se kaže med zaupanjem in zaznavanjem dostopnosti zdravnika.

2.5 Kritike raziskovanja komuniciranja med zdravniki in pacienti

Raziskave na področju komuniciranja med izvajalci zdravstvenih storitev in pacienti so pogosto deležne kritik, da niso dovolj »teoretične«. Uredniki revij, raziskovalci, komisije, recenzenti in člani akademskih krogov pogosto, tako uradno kot neuradno, izražajo pomisleke v povezavi s to pomanjkljivostjo (Hall in Schmid Mast 2009). Primer navedenega je naslednja izjava: »Čeprav je precej pozornosti namenjeno komunikaciji med zdravnikom in pacientom, pa je le malo raziskav na to temo, ki bi temeljile na teoriji« (Cegala in drugi 1996, 2).

Takšna in podobne izjave jasno kažejo, da je literatura o komuniciranju med izvajalci zdravstvenih storitev in pacienti opisno sicer ustrezna, vendar v globljem pomenu teoretičnega pomanjkljiva. Pri tem se Hall in Schmid Mast (2009) sprašujeta, kje konkretno se kaže ta primanjkljaj in na kaj natančno merijo očitki. Ali se vsi nanašajo na isto stvar ali se zgolj odzivajo na različne vrste pomanjkljivosti? Nejasna in nenatančna zahteva po »bolj teoretičnem« raziskovalcem nikakor ni v pomoč, zato Hall in Schmid Mast (2009) menita, da bi morali pri proučevanju razmerij med izvajalci in uporabniki zdravstvenih storitev slediti petim načinom teoretičnega utemeljevanja. To so:

- (1) utemeljevanje (teoretična utemeljitev, argumentacija, postavitve hipotez ...),
- (2) sklicevanje (na druge teorije),
- (3) zasnova in analiza študije,
- (4) interpretacija izsledkov raziskave (obveščanje o teoriji, vzporejanje teorije, ustvarjanje teorije),
- (5) učinek.

Odsotnost katerega izmed navedenih elementov pomeni okrnitev raziskovalne vrednosti raziskave.

Avtorici Hall in Schmid Mast (2009) v nadaljevanju analizirata nekatere mogoče razloge, zakaj so raziskave o komunikaciji med pacientom in izvajalcem zdravstvenih storitev v določenih primerih teoretično pomanjkljive. Menita, da so eden izmed razlogov zagotovo ustaljene uredniške politike zdravstvenih publikacij – revij, ki od avtorjev običajno zahtevajo kratka in jedrnata besedila. Žal to pogostokrat pomeni, da morajo avtorji strniti ali celo opustiti pregled literature, teoretične utemeljitve in pojasnila. Po drugi strani avtorja opozarjata, da ne moremo trditi, da vselej obvelja protislovje med jedrnatostjo in teoretično

poglobljenostjo besedila. Uporaba preišljene zasnove in analize ne zahteva dodatnih strani in poglobljenih razprav o teoretičnih utemeljitvah. Komunikacija med pacientom in izvajalcem zdravstvenih storitev je zelo kompleksna tema in je kot takšna lahko že po naravi opisno zahtevnejša. Avtorji tovrstnih tem bi morali vztrajno zastopati stališče, da je treba objavljati celovite poglobljene prispevke, s primerno argumentacijo pa bi se morali strinjati tudi uredniki.

Zatem avtorici izpostavljata razlog razlikovanja med osnovnimi raziskavami v primerjavi z uporabnimi. Menita, da prevladuje mišljenje, da zaradi njihove uporabne vrednosti ni potrebno, da so raziskave komunikacije med pacientom in izvajalcem zdravstvenih storitev teoretično usmerjene, kot to velja za osnovne raziskave. Gre za povsem napačen argument, saj cilj praktične uporabe ni v nasprotju s teoretično globino. Upoštevanje praktičnih problemov spodbuja veliko teoretiziranja o vseh opredeljenih pogledih – izbrati najprimernejšo teoretično podlago, skozi katero so bo težava preučila, izraziti hipoteze in njihove utemeljitve, raziskati vzročne posredovalne procese, vzpostaviti in razumeti mejne pogoje pojava, predstaviti alternativne interpretacije itd.

Sicer pa je splošna omejitev raziskav s področja proučevanja komunikacijskih procesov med uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev v literaturi prepoznana v pomanjkanju raziskovalnega pristopa. Hall in Schmid Mast (2009) menita, da na tem področju najpogosteje raziskovalci svojega dela ne začnejo od zgoraj navzdol, s testiranjem raziskovalnega vprašanja ali teorije, temveč raje napredujejo na bolj oportunističen način, od spodaj navzgor, skozi odzivanje na realne možnosti in dostop do tistih, ki jih raziskujejo – od udeležencev do zbirk podatkov in finančnih sredstev. Pri tem se raziskovalci pogosto zanašajo na vrsto nepredvidljivih dejavnikov – srečo, mreženje, priložnosti itd. Tovrstne okoliščine pojasnjujejo, zakaj je večina raziskav na področju komuniciranja med zdravnikom in pacientom narejenih na primarni ravni zdravstvenega varstva in zakaj so (težje dostopna) specialistična področja pretežno izključena. Pogosto raziskovalce pri njihovem delu vodi praktičnost, zato se lotevajo raziskav, ki ustrezajo pragmatičnim zmožnostim, torej kar je skladno z okoliščinami, in ne s tistim, kar dejansko želijo raziskati in pojasniti. Ker zbirk podatkov za raziskovanje našega področja ni, tiste, ki so, pa niso bile grajene prvotno v ta namen, ni presenetljivo, da ob imperativu ravnati oportunistično obstaja nevarnost, da bo (teoretična) globina teh raziskav okrnjena.

3 EMPIRIČNI DEL – RAZISKOVALNI NAČRT ZA POSTAVITEV TEORETIČNEGA MODELA IN NJEGOVA EMPIRIČNA PREVERLJIVOST

Osnovni namen empirične raziskave je s kvantitativno in kvalitativno analizo preveriti uporabnost teorij o komunikacijskih kompetencah na področju odnosov med zdravnikom in pacientom. Domnevamo, da obstaja povezanost med organizacijsko klimo zdravstvene ustanove (v kateri poteka proces diagnostike in zdravljenja), komunikacijskimi kompetencami zdravnikov in pacientov ter zaupanjem v zdravnika. Z modelom bi radi preverili, ali je organizacijska klima v pozitivni povezavi s pacientovim zaznavanjem zdravnikovih komunikacijskih kompetenc in ali te vplivajo na pacientovo zaupanje vanj. Osrednji raziskovalni vprašanji sta:

Raziskovalno vprašanje 1: Kateri so dejavniki, ki prispevajo h komunikacijskim kompetencam zdravnika in pacienta, in kako se zdravnikove komunikacijske kompetence odražajo v pacientovem zaupanju vanj?

Raziskovalno vprašanje 2: Pri katerih elementih zdravnikove in pacientove komunikacijske kompetence (način pridobivanja informacij, posredovanje informacij, preverjanje pridobljenih informacij, socioemocionalne dimenzije) se kaže največje ujemanje in pri katerih najmanjše?

Izhodiščni tezi naloge se glasita:

- (1) Kakovost odnosa med zdravnikom in pacientom določajo zdravnik, pacient in tudi okolje.*
- (2) Usklajenost zdravnikovih in pacientovih komunikacijskih kompetenc prispeva k večjemu zaupanju pacienta v zdravnika.*

3.1 Raziskovalni hipotezi

Interakcijski odnos med zdravnikom in pacientom je zahteven, saj se prepletajo različne ravni komuniciranja; prepleta se laični in profesionalni odnos, v katerem se pričakuje, da bo pacient zaupal odločitvam zdravnika, ta pa si mora pacientovo zaupanje pridobiti. Na ravni profesionalnega odnosa so interakcije med zdravnikom in pacientom natančno protokolirane, ta odnos pa se (lahko) nadgradi tudi z neformalnim delom, za katerega naj bi bilo značilno izražanje spoštovanja do pacienta. To je močno odvisno tudi od organizacijske kulture in

klime v zdravstveni ustanovi (npr. bolnišnici). Pacienti večino časa, ko so v zdravstveni ustanovi, preživijo z zaposlenimi, ki v odnosu do pacientov gradijo poseben kodeks vedenja. Oba interakcijska odnosa pomembno vplivata tudi na nastanek javnega mnenja o zdravstveni ustanovi – na primer: »V tej bolnišnici pa znajo poskrbeti za pacienta«, »To je pa res urejena bolnišnica ...« (Ferjanc 2006, 79).

Organizacijska klima je prisotna prav v vsakem delovnem okolju in vpliva na vse, kar se v organizaciji dogaja. Opredelimo jo kot organizacijsko ozračje, ki se odraža z odzivom pripadnikov organizacije ter vključuje delovno vzdušje, zadovoljstvo pri delu, počutje, lojalnost, zavzetost, solidarnost in motiviranost vseh zaposlenih (Clarke 2006), njene najpogostejše dimenzije pa so: organiziranost, odnos do kakovosti, strokovna usposobljenost, komuniciranje in informiranje itd. V kontekstu našega raziskovanja se bomo osredotočili na organiziranost.

Zdravstvena oskrba, ki poteka v neki zdravstveni ustanovi, je

skupek številnih ukrepov, posegov, postopkov in odnosov, v katere stopata uporabnik (pacient) in izvajalec (zdravnik in drugi zaposleni v zdravstvu), da bi izpostavljeno težavo pacienta pripeljala k najboljšemu mogočemu izidu. Največjemu delu teh odnosov seveda rečemo zdravljenje, kar pa je preozek izraz za zapletenost odnosov. Poleg zdravljenja so tu še številne administrativne, preventivne, socialne in druge usluge, ki so sestavina zdravstvene oskrbe. V krogih, kjer se ukvarjajo z nadzorom, ocenjevanjem in izboljševanjem kakovosti, se je uveljavilo ločevanje zdravstvene oskrbe pacienta na tri sestavine: (1) pogoji, v katerih poteka oskrba; (2) postopek nudenja določene zdravstvene oskrbe in (3) izid zdravstvene oskrbe (Kersnik 2012, 16).

Pogoji, v katerih je potekala zdravstvena dejavnost, kot pravi Kersnik, »so bili dolga leta tudi najpomembnejši kazalec kakovosti dela v zdravstveni dejavnosti. Predpisi namreč določajo prostorske, kadrovske in druge normative za delovanje zdravstvenih ustanov. Po zaslugi teh se je izboljšala kakovost organizacije dela v zdravstvu s posrednim vplivom na boljše izide oskrbe (2012, 16).«

Pravočasnost in dostopnost sta med kazalci kakovosti zdravstvene oskrbe. Ta pravica je namenjena zagotavljanju jasnega in enakopravnega obravnavanja vseh pacientov, ob trudu izvajalca, da bosta čakalna doba in čakalni čas čim krajša. V skladu z zakonom se spoštovanje pacientovega časa kaže kot obveznost izvajalcev, da poskrbijo za najkrajši mogoči čakalni čas. Pacientova pravica do spoštovanja njegovega časa je temeljna pravica, ki je tudi

zakonsko urejena v Zakonu o pacientovih pravicah (2009). Tudi v skladu z zakonom pacienti upravičeno pričakujejo, da bo izvajalec zdravstvenih storitev vložil ves trud v to, da bo pacient čim prej obravnavan.

Rezultati sodobnih raziskav kažejo na povezanost komunikacijskega odnosa pacient – zdravnik, organizacijske klime in zaupanja oz. izidov zdravljenja. Kowalski in drugi (2009) na primer so v raziskavi med bolnicami z rakom na prsih dokazali, da je v večjih zdravstvenih ustanovah, kot so bolnišnice, kakovost interakcije med zdravnikom in pacientom odvisna tudi od same organizacije dela in organizacijske klime. Avtorji, ki se ukvarjajo z organizacijsko klimo, poudarjajo, da dobri zdravniki v slabo organiziranih ustanovah ne morejo vzpostaviti tako zaupnega odnosa s svojimi pacienti, kot ga lahko zdravniki, ki delajo v dobrih organizacijskih pogojih.

Naša raziskava temelji na predpostavki, da sta tako komunikacijsko vedenje zdravnika kot tudi organizacijska klima zdravstvene ustanove ključna za vzpostavitev zaupnega odnosa med zdravnikom in pacientom.

Hipoteza 1: Pacientova ocena zdravnikovih komunikacijskih kompetenc je povezana z organizacijsko klimo zdravstvene ustanove.

Pojasnilo: Boljši ko so pogoji zdravnikovega dela in boljši ko so pogoji pacientovega dostopa do zdravnika, boljša je pacientova ocena zdravnikovih komunikacijskih kompetenc.

Vse pogosteje pa se raziskave (glej Tabelo 2.3) osredotočajo tudi na merjenje zaupanja pacientov v zdravnike. Zaupanje se uporablja kot spremenljivka pri merjenju odnosa med zdravnikom in pacientom ali kot determinanta zadovoljstva pacientov in uspeha zdravljenja (Mechanic 1996).

V splošnem naj bi bilo zaupanje pripravljenost posameznika, da je ranljiv. De Furia (1996) trdi, da visoka stopnja zaupanja vodi do večje čustvene stabilnosti, ki omogoča sprejemanje in odprtost izražanja, medtem ko se bo nizka stopnja zaupanja odražala v manj natančni komunikaciji. Zaupanje temelji na osebnih zaznavah in pričakovanjih, da bodo drugi delovali v njihovem najboljšem interesu. Prav tako pa medosebno zaupanje posameznika v odnosu izpostavlja »ranljivost«, če vedenje nasprotne strani, ki ji posameznik zaupa, ne izpolni pričakovanj, se posameznik lahko počuti, da je njegovo zaupanje zlorabljeno (De Furia 1996).

V odnosu med zdravnikom in pacientom mora ta zaupati osebi, s katero sicer nima tesnejšega odnosa, saj ni zmožen sam poskrbeti za svojo bolezen (Mechanic in Mayer 2000). Za ta odnos je značilno neravnovesje znanja in moči, kjer pacient pogosto nima druge izbire, kot da zaupa zdravniku. Kot takšno pa se pacientovo zaupanje lahko šteje kot samoumevno ali implicitno v nasprotju z eksplicitnim zaupanjem, ki se nanaša na bolj namerno oziroma zavedno izbiro zaupati (Skirbekk 2009).

Nekateri teoretiki razumejo zaupanje kot niz pacientovih prepričanj in pričakovanj, da se bo zdravnik vedel na določen način (Mishra 1996; Anderson in Dedrick 1990), medtem ko drugi poudarjajo bolj čustvene razsežnosti, kjer se zaupanje nanaša na pomirjujoči občutek ali zanašanje na zdravnika in njegove namere (Pearson in Raeke 2000).

Pacienti pravijo, da zdravniki, ki se osredotočajo na izpolnjevanje njihovih neposrednih zdravstvenih potreb, spodbujajo občutek zaupanja in zadovoljstva. Če hočemo torej, da bodo pacienti iskali zdravniško oskrbo in upoštevali predpisano zdravljenje, je medosebno zaupanje nujno, saj daje odnosu pacient – zdravnik smisel, pomen in vsebino; enako kot ljubezen in predanost osmišljata partnersko zvezo (Hall in drugi 2002, 188).

Mechanic in Mayer (2000) sta dokazala, da je pacientovo zaupanje v veliki meri posledica zdravnikove medosebne kompetence. Tudi številne druge raziskave komuniciranja v zdravstvu kažejo, da v odnosu med pacienti in zdravniki prav primerne komunikacijske sposobnosti razvijejo primerno stopnjo zaupanja in zaupljivih vedenj, ki v odnosu zmanjšujejo pacientovo negotovost in povečujejo splošno zadovoljstvo (Bambino 2006). Na podlagi tega postavljamo drugo hipotezo.

Hipoteza 2: Komunikacijske kompetence zdravnika pozitivno vplivajo na pacientovo zaupanje vanj.

Pojasnilo: Višja ko je pacientova ocena komunikacijske kompetence zdravnika, večje je pacientovo zaupanje v zdravnika.

3.2 Opredelitev spremenljivk in prikaz teoretičnega modela

V nadaljevanju izpostavljam poglavitne značilnosti treh spremenljivk: komunikacijske kompetence, organizacijska klima (pogoji dela) in zaupanje, ki so ključni znotraj teorije in jih bomo uporabili v empiričnem raziskovanju.

a. Organizacijska klima zdravstvene ustanove

Organizacijska klima je skupek odnosov, občutkov in vedenja posameznika, ki ga označuje življenje v organizaciji (Glisson in James 2002). Organizacijska klima se nanaša na vzdušje, zaznave posameznikov, ki vplivajo na njihovo uspešnost, in pogoje dela, na katere pa imajo močan vpliv menedžerji (Clarke 2006). V nadaljevanju raziskave se omejujemo na pogoje dela.

Med pogoje za delo v zdravstveni dejavnosti štejemo »organizacijo oskrbe (dostopnost, dosegljivost, neprekinjenost), ekonomske pogoje, vodenje, osebje (usposobljenost, prijaznost), prostore, opremo in informacijski sistem« (Kersnik 2010, 18). Zagotavljanje ustreznih pogojev za delo sodi med naloge vodilnih v zdravstvenih ustanovah in v sistemu zdravstvenega varstva. Zlasti nekatere prvine so s predpisi določene zelo natančno, kar zagotavlja določeno stopnjo kakovosti (npr. izobrazba, minimalna velikost prostorov, oprema); tem določilom pogosto pravimo normativi, pa tudi standardi (Kersnik 2010).

b. Komunikacijska kompetenca

Query in drugi (1992, 80) so komunikacijsko kompetenco definirali kot »zaznano težnjo iskati pomembno interakcijo z drugimi, nuditi podporo, biti sproščen, razumeti stisko drugih in primerno voditi dialog«. Cegala, McGee, Kelly (1996, 11) so podpirali to stališče z definicijo kompetence »kot načina komuniciranja, ki učinkovito pospešuje udeleženceve cilje in hkrati odraža spoštovanje do ciljev drugega«. Zdravstvena komunikacijska kompetenca je definirana kot »sposobnost učinkovite uporabe veččin medosebnih odnosov za iskanje in posredovanje relevantnih zdravstvenih informacij« (Kreps 1988, 351).

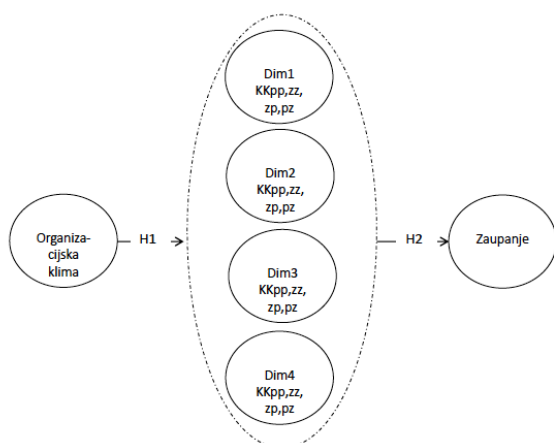
c. Zaupanje v zdravnika

Na zaupanje je mogoče gledati kot na značilnost medosebnih interakcij med posamezniki ali kot na institucionalni pojav, ki temelji na družbenih prepričanjih in sistemih vrednot (Bambino 2006). V nadaljevanju raziskave se omejujemo na medosebno zaupanje.

Teorija ponuja različne definicije zaupanja v zdravnika, in sicer splošnejše, kot je Hallova (2001), ki zaupanje v zdravnika definira, da zdravnik ravna v korist pacienta in v njegovem najboljšem interesu, kot tudi bolj specifične, npr. optimistično sprejemanje občutljive in ranljive situacije, v kateri pacient zaupa zdravniku, da bo poskrbel za njegove interese (Hall 2001). Zaupanje v zdravnika je povezano s pacientovim zadovoljstvom, medsebojnim spoštovanjem in nadaljnjim potekom zdravljenja (Anderson in Dederick 1990; Hall in drugi 2002).

Osnovni namen empirične raziskave je s kvantitativno analizo preveriti uporabnost konceptov teorij o komunikacijskih kompetencah na področju odnosov med zdravnikom in pacientom. V teoretski model smo vključili temeljne pojme, ki vplivajo na zaupanje pacienta v zdravnika oziroma odnos, ki ga vzpostavljata med procesom diagnostike in zdravljenja. V modelu se predpostavlja, da obstaja povezanost med organizacijsko klimo zdravstvene ustanove (v kateri poteka interakcija med zdravnikom in pacientom), komunikacijskimi kompetencami zdravnikov in pacientovim zaupanjem v zdravnika. Z modelom bi radi preverili, ali je organizacijska klima povezana s pacientovim zaznavanjem zdravnikovih komunikacijskih kompetenc in ali zdravnikove komunikacijske kompetence vplivajo na zaupanje pacienta v zdravnika.

Slika 3.1: Prikaz teoretičnega modela



Legenda: Dim 1: dimenzija pridobivanje informacij, Dim 2: dimenzija posredovanje informacij, Dim 3: dimenzija preverjanje informacij, Dim 4: socioemocionalna dimenzija, pp – pacientova samoocena, zz – zdravnikova samoocena, zp – zdravnikova ocena pacienta, pz – pacientova ocena zdravnika.

Hipotezo 1 preverjamo s korelacijsko analizo, zato so vse spremenljivke enakovredne. V **hipotezi 2** je komunikacijska kompetenca neodvisna spremenljivka, medtem ko je zaupanje odvisna spremenljivka.

3.3 Metoda

V prvem delu empiričnega dela smo za zbiranje podatkov izbrali klasično anketo, ki je zagotavljala anonimnost odgovorov. Kot metodo anketiranja smo uporabili osebno (ang. *face to face*) oziroma neposredno anketiranje s strukturiranim anketnim vprašalnikom. Z njim smo želeli preverjati medsebojno razumevanje in komunikacijsko usklajenost zdravnikov in pacientov in njun vpliv na pacientovo zaupanje v zdravnika, zato smo anketo (v kateri sta oba ocenila drug drugega in samega sebe) obema izročili neposredno po opravljenem zdravniškem posvetu v ambulanti.

V drugem delu empiričnega dela smo uporabili poglobljene polstrukturirane intervjuje s strokovnjaki s področja zdravstva, s katerim smo želeli dodatno preveriti dejavnike, ki vplivajo na komuniciranje med zdravnikom in pacientom in zaupanje v njunem odnosu.

3.3.1 Opis enote in vzorca ter postopek zbiranja podatkov

Vzorčni okvir v prvem delu raziskave so predstavljali zdravniki in pacienti. Proučevana enota raziskave je bila diada (zdravnik/ca in pacient/ka).

Sprva smo prošnjo za sodelovanje v raziskavi poslali v javne zdravstvene ustanove. V vzorec smo želeli vključiti čim bolj raznoliko populacijo respondentov, zato smo k sodelovanju povabili 17 javnih zdravstvenih domov (od skupno 58) in tri večje bolnišnice (od skupno 28 vseh bolnišnic v Sloveniji) iz različnih delov Slovenije. Prošnjo za sodelovanje z vso potrebno dokumentacijo smo naslovili na strokovna vodstva zdravstvenih ustanov. Na našo prošnjo se je odzvalo devet zdravstvenih domov in dve bolnišnici. Soglasja posameznih zdravstvenih ustanov so praviloma vsebovala določbo, da je treba predhodno samostojno pridobiti pisno soglasje zdravnikov za sodelovanje v raziskavi in zagotoviti izvedbo raziskave na način, ki ne bo motil delovnega procesa.

V procesu pridobivanja podatkov smo se srečevali s številnimi, tudi nepremostljivimi težavami. Največja težava, na katero smo naleteli na začetku, je bilo pridobivanje zdravniških soglasij za sodelovanje v raziskavi. Najpogosteje naveden vzrok za zavrnitev za sodelovanje

od zdravnikov ali zdravstvenih ustanov je bil, da »zdravniki zaradi splošne preobremenjenosti z delom ob pacientu ne zmorejo (in tudi ne želijo) sodelovati v raziskavah«. Strokovna vodstva ustanov, na katera smo naslovili prošnjo za sodelovanje (skupaj z ustreznimi potrdili), se v večini na našo prošnjo niso odzvala. Neka ustanova – opis je primer splošnega vedenja, navajamo pa ga zaradi ponazoritve razsežnosti problematike izvajanja (družboslovnega) raziskovanja v zdravstveni dejavnosti – je soglasje za izvajanje sicer podala, vendar je hkrati menila, da zdravnikov njihove ustanove ni treba obveščati o tem, da je njihova ustanova raziskovanje tudi odobrila ... »Na podlagi prebranega ocenjujem, da nalogo lahko izvajate tudi v naši ustanovi, pod pogojem, da zdravnik vsak sam, glede na svoje časovne možnosti in obremenjenost, poda (ne)strinjanje s sodelovanjem. Pri tem ni treba v spremnem pismu poudarjati, da je naša ustanova dala soglasje k raziskavi, saj bi lahko kandidate zavajalo v smislu, da naša ustanova forsira sodelovanje v raziskavi. Opozarjam na pravilen pristop k pacientom, da ne bi imeli pritožb, da jih v čakalnicah nagovarjajo anketarji, oni pa želijo v miru počakati na pregled pri zdravniku.« Dejansko pa nam je k sodelovanju uspelo pritegniti zdravnike zgolj tistih zdravstvenih ustanov, v katerih je strokovno vodstvo izvajanje raziskave podprlo in svoje zdravnike o izvedbi tudi obvestilo (priporočilo).

Zdravnike smo prek različnih komunikacijskih poti (najpogosteje prek e-pošte) povabili k sodelovanju. Vabilo je vsebovalo ključne informacije o poteku raziskave (informacija o zaupnosti, predvidljivih tveganjih zaradi sodelovanja, kaj se bo zgodilo z izsledki raziskave) in obrazec *informiran pristane*k.

Pisna soglasja za sodelovanje v raziskavi smo pridobili od zdravnikov iz skupaj petih javnih zdravstvenih ustanov, in sicer: Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (interna klinika), Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Zdravstvenega doma Osnovno varstvo Nova Gorica, Zdravstvenega doma Medvode, Zdravstvenega doma za študente Univerze v Ljubljani. O vsebini in poteku raziskave je bila prav tako obveščena celotna zdravniška ekipa, ki je sodelovala v raziskavi, to sta medicinska sestra in administratorka.

Kadar je to le bilo mogoče (kadar so se zdravniki strinjali ali celo sami zaprosili za to), smo zdravnike obiskali osebno in jih tako natančno seznanili s protokolom raziskave. Srečanja z njimi so bila vsebinsko bogata in so nam predstavljala svojevrstno »opazovanje z udeležbo«. Zdravniki so na tak način sporočili svoje mnenje o proučevanem problemu; med njimi so bili tudi takšni, ki so izražali resne pomisleke o pomenu raziskovanja našega problema, saj »je

odnos med pacientom in zdravnikom slabo oprijemljiv«, »ne temelji na enakosti«, »so pacienti pogosto težavni, saj se preveč zavedajo samo svojih pravic, zelo slabo pa dolžnosti«. Nekateri so menili, da jim sodelovanje v raziskavah jemlje že tako okrnjen čas, ki ga imajo na voljo za paciente (»nehajte nas nadlegovati še z raziskavami, saj se nimamo časa pogovarjati niti s pacienti«); neki zdravnik je pri tem duhovito zabaval svoje zdravniške kolege z izjavami, kot »vidite kolegi, tudi znanstveno bo dokazano, da se s pacienti nimamo časa pogovarjati«. Tvrstnih odzivov zdravnikov (tudi ustanov) seveda nikakor ne gre podcenjevati, pač pa si zaslužijo ustrezno interpretacijo in jih gre razumeti v kontekstu problematike raziskovanja komuniciranja v zdravstvu (kar smo podali že v razdelku 2.5), toda k tej temi se bomo še vrnili (diskusija).

Ko smo pridobili pisna soglasja zdravnikov in izkazano razumevanje poteka raziskovanja, smo jih – zdravstvene ustanove oz. zdravniške ekipe – obvestili o časovnici, po kateri bo anketiranje potekalo. Anketiranje je potekalo v sklopu ambulantnih zdravniških posvetov v sodelujočih zdravstvenih ustanovah (in ne na bolnišničnem oddelku med hospitalizacijo).

Diado zdravnik – pacient smo izbrali naključno, in sicer tako, da smo pacienta, ki je obiskal v raziskavi sodelujočega zdravnika, povabili k sodelovanju. Pacient je bil izbran, če je obiskal zdravnika zaradi konkretne zdravstvene težave, in ne, če je zdravnika obiskal zaradi kontrolnega pregleda oz. je ambulantno obiskal zaradi pridobitve recepta ali napotnice. Tudi pacienta smo seznanili z vsemi predvidljivimi tveganji za sodelovanje in varnostnimi ukrepi za zagotovitev anonimnosti. Če je pacient (s podpisom informiranega pristanka) privolil v sodelovanje, sta oba z zdravnikom prejela vsak svojo anketo, ki sta ju v najkrajšem mogočem času po opravljenem razgovoru tudi izpolnila. Pri obeh smo zagotovili pogoj, da pred posvetom nista bila seznanjena z izpolnjevanjem ankete po njem. Izpolnjeno anketo sta vložila v ovojnico, jo zaprla in izročila raziskovalki, medicinski sestri oziroma administratorki v ambulanti. Ker je bila proučevana enota v raziskavi diada, so bile ankete in ovojnice primerno kodirane, s tem smo tako izključili možnost njihovih zamenjav. V procesu anketiranja je večina zdravnikov (35 od 57) postopek ponovila dvakrat.

Izvajanje anketiranja v raziskavi je potekalo v dveh delih. V tem delu smo se spopadali z drugo večjo oviro pri raziskovanju. V prvem delu smo paciente k anketiranju povabili sami, in sicer po koncu zdravniškega posveta in administrativnih postopkov pri medicinski sestri (ob vnovičnem prihodu v čakalnico). Če je pacient privolil v sodelovanje in izpolnil anketo, smo

medicinsko sestro obvestili, da zdravnika pozove k reševanju ankete za pacienta, ki ga je pravkar pregledal. Ker pa se je v večini primerov izkazalo, da medicinske sestre naše ankete zdravniku niso pravočasno posredovale, smo bili prisiljeni spremeniti protokol raziskave.

V nadaljevanju raziskave smo medicinske sestre oziroma administratorke povabili k sodelovanju, in sicer tako, da so te pacienta povabile k sodelovanju v raziskavi in ga seznanile z vsemi podrobnostmi izvedbe. Sodelovanje medicinskih sester in administratork, ki smo jih predhodno seznanili s postopkom izbire pacienta, nam je omogočilo, da sta zdravnik in pacient istočasno izpolnjevala anketo, in sicer takoj po opravljenem razgovoru.

Časovni okvir zbiranja podatkov je zajemal obdobje enajstih mesecev, in sicer od začetka marca 2012 do konca januarja 2013.

Ciljno populacijo v kvalitativnem delu raziskave je predstavljalo pet zdravnikov, ki so v času opravljanja intervjuja ali kdaj v preteklosti opravljali svoje delo kot kliniki. Udeleženci so svoje odgovore, mnenja, poglede podali v poglobljenem polstrukturiranem intervjuju. Vsebina vprašanj je sledila vsem ključnim dejavnikom, ki smo jih v literaturi identificirali kot ključne pri vzpostavljanju medosebnih odnosov in komuniciranju.

V sodelovanje so privolili vsi, ki smo jih k temu povabili, in sicer: prof. Matjaž Zwitter, zdravnik specialist na Onkološkem inštitutu RS, profesor na mariborski in ljubljanski medicinski fakulteti; Mirjana Rajer, zdravnica specialistka na Onkološkem inštitutu RS; mag. Irena Kirar Fazarinc, zdravnica specialistka, direktorica Zdravstvenega doma za študente Univerze v Ljubljani; Martin Toth, doktor dentalne medicine, upokojeni svetovalec generalnega direktorja ZZZS; Duša Hlade Zore, zdravnica, zastopnica pacientovih pravic v Ljubljani. Intervjuvancem smo pred intervjujem poslali okvirna vprašanja. Štirje intervjuji so bili posneti in prepisani, en intervju pa smo opravili korespondenčno po elektronski pošti.

3.4 Operacionalizacija in operacionalni model

Za preverjanje hipotez med posameznimi spremenljivkami smo oblikovali vprašalnik za zdravnike in vprašalnik za paciente. V vprašalnik za zdravnike smo vključili 29 trditev, v vprašalnik za paciente pa 41 trditev. Pri tem smo za merjenje komunikacijskih kompetenc uporabili *Vprašalnik komunikacijskih kompetenc v zdravstvu* (ang. *Medical Communication Competence Scale (MCCS)*) avtorjev Cegala, Coleman in Turner (Cegala in drugi 1998), za

merjenje zaupanja pa smo uporabili *Lestvico zaupanja v zdravnika* (ang. *Trust in physician scale*) (Ommen in drugi 2011) in Hallov vprašalnik *Medosebno zaupanje v zdravnika* (ang. *Interpersonal Trust in a Physician*) (Hall, osebna korespondenca 2011). Za merjenje organizacijske klime smo sledili lestvicama *Vstopni pogoji* (ang. *Admittance processing*) in *Organizacijski kaos* (ang. *Organizational chaos*) (Kowalski in drugi 2009).

Oba vprašalnika sta bila razdeljena v štiri tematske sklope:

- (1) demografski podatki,
- (2) ocena organizacijskih dejavnikov,
- (3) ocena komunikacijskih kompetenc,
- (4) odprta vprašanja o odnosu med zdravnikom in pacientom na splošno.

Za nekatera vprašanja se je izkazalo, da ne ustrezajo posameznim dimenzijam, zato smo jih po uvodnem testiranju vprašalnika izločili iz nadaljnjih analiz.

V prvem delu smo poleg demografskih podatkov (spol, starost, izobrazba) zdravnike spraševali še po številu pacientov, ki jih bo pregledal na dan anketiranja. Razen vprašanja, ki se je nanašalo na število zdravnikovih delovnih zadržitev na dan razgovora, so bila vsa vprašanja zaprtega tipa. V drugem delu vprašalnika, kjer smo ocenjevali komunikacijske kompetence respondentov, smo zdravnika in pacienta spraševali o njihovi oceni pravkar opravljenega razgovora.

Preverjanje komunikacijskih kompetenc smo razdelili v štiri vsebinske sklope (posredovanje informacij, način pridobivanja informacij, preverjanje informacij in socioemocionalni¹⁹ vidiki).

- (1) Dimenzija ***pridobivanje informacij*** se je nanašala na procesni vidik, kako je potekal pogovor (ocena tega, kako sta zdravnik in pacient pridobivala in drug drugemu zagotavljala informacije, ki jih potrebujeta).
- (2) Dimenzija ***posredovanje informacij*** se je nanašala na vsebinski vidik pogovora (vzroki za zdravstvene težave, simptomi bolezni, pretekle težave, zdravljenje, opravljanje morebitne

¹⁹ Različni avtorji za del odnosa med zdravnikom in pacientom, kjer se odražajo zaupanje, empatija, toplina, izkazovanje volje do pomoči itd., uporabljajo različna poimenovanja: odnosno komuniciranje (Kreps 1988), afektivno (Street in drugi 2009) ali socioemocionalno (Cegala, Coleman, Warisse 1998). Tega uporabljata avtorja v raziskavi uporabljenega vprašalnika, zato smo izraz znotraj tega dela raziskave ohranili.

preiskave in prognoza).

(3) Dimenzija *preverjanje informacij* se je nanašala na preverjanje medsebojnega razumevanja.

(4) *Socioemocionalna dimenzija* se je nanašala na odnosne vidike celotnega posveta (zaupanje, toplina, izražanje podpore, volje do pomoči).

Vsi štirje tematski sklopi so se v vprašalniku pojavili dvakrat, in sicer tako, da sta za isti tematski sklop ocenila tako sebe kot drug drugega, na primer:

Zdravnik: »Pacientu sem predstavil vse možne oblike zdravljenja.«

Pacient: »Zdravnik mi je predstavil vse možne oblike zdravljenja.«

Pacient: »Zdravniku sem natančno predstavil svoje zdravstvene težave.«

Zdravnik: »Pacient je natančno predstavil njegove zdravstvene težave.«

Zdravnikovo *posredovanje informacij* pacientu smo merili s trditvami, ki so se nanašale na to, kako natančno je zdravnik pacientu pojasnil diagnozo bolezni/zdravstvene težave, vzroke zanjo, vse mogoče oblike zdravljenja, namen vseh preiskav, kako bodo pacientu predpisana zdravila pomagala in način njihovega jemanja. Pacientovo *posredovanje informacij* zdravniku smo merili s trditvami, ki so se nanašale na to, kako natančno je pacient zdravniku predstavil svoje zdravstvene težave, simptome svoje bolezni/težave, ali je bil pri tem temeljit in odkrit.

Zdravnikovo *pridobivanje informacij* od pacienta smo merili s trditvami, ki so se nanašale na to, ali je zdravnik pacienta prosil, da mu podrobno opiše svoje težave, ali je zdravnik zastavljal vprašanja na jasen in razumljiv način ter ali ga je spodbujal, da mu je pacient zastavljal še dodatna vprašanja. Pacientovo *pridobivanje informacij* od zdravnika smo merili s trditvami, ki so se nanašale na to, ali je pacient zastavljal vprašanja o svojih zdravstvenih težavah, koliko si je prizadeval pridobiti informacije o bolezni/zdravstveni težavi in ali meni, da je zastavljal ustrezna/razumljiva vprašanja.

Zdravnikovo *preverjanje informacij* pri pacientu smo merili s trditvami, ki so se nanašale na to, ali je med pogovorom zdravnik ponovil tiste informacije, ki so pomembne za pacientovo razumevanje bolezni in zdravljenja, ali je preveril, kako je pacient razumel njegovo razlago bolezni/zdravstvene težave, ali se je prepričal, ali je pacient razumel njegova navodila v povezavi z zdravljenjem, in ali je tudi preveril, ali si sam pravilno razlaga informacije, ki mu

jih je pacient posredoval. Pacientovo *preverjanje informacij* pri zdravniku smo merili s trditvami, ki so se nanašale na to, ali je pacient prosil zdravnika, da mu pojasni določene izraze, ki jih ni razumel, da mu ponovi nekatere informacije, oziroma ali je seznanil zdravnika, če česa ni razumel.

Socioemocionalne dimenzije za zdravnika smo merili s trditvami, ki so se nanašale na to, ali je bil zdravnik prijazen, ali je prispeval k odnosu, ki temelji na zaupanju, ali je ustvaril pogoje, da se je pacient počutil sproščeno in udobno, ali je pokazal, da bi pacientu rad pomagal, ter ali je bil do pacienta odprt in iskren. *Socioemocionalne dimenzije* za pacienta smo merili s trditvami, ki so se nanašale na to, ali je pacient prispeval k odnosu, ki temelji na zaupanju, ter ali je bil v pogovoru odprt in iskren.

Trditve o *okoliščinah* so se nanašale na to, ali je imel pacient pri pridobivanju termina pregleda težave in ali je dolgo čakal na pregled. Za zdravnika pa so se okoliščine nanašale na število obravnavanih pacientov na dan posveta in število drugih aktivnostih, ki jih ima poleg ambulantnega dela (delo na oddelku, v diagnostičnih enotah, mentorstvo).

Vprašalnik za paciente je v drugem sklopu vseboval še vprašanja o zaupanju. V sklopu *zaupanja* so se trditve nanašale na to, ali bo pacient upošteval navodila zdravnika in ali, kadar mu zdravnik nekaj pove, pacient to tudi verjame, ali bi pacient v povezavi s svojo boleznijo/težavo želel še mnenje drugega zdravnika, ali meni, ali je zdravnik naredil vse, kar bi moral v povezavi z zdravljenjem, ter ali meni, da bi mu zdravnik priznal napako, če bi jo storil pri njegovem zdravljenju.

Vsa vprašanja, razen tista, ki so se nanašala na merjenje organizacijskih dejavnikov, so bila zaprtega tipa, postavljene trditve pa smo preverjali na petstopenjski lestvici strinjanja Likertovega tipa, pri čemer 1 pomeni *sploh ne drži*, 5 pa *popolnoma drži*.

V tretjem delu smo v odprtih vprašanjih obe skupini vprašanih spraševali še po splošnem mnenju o medsebojnem zaupanju in komuniciranju. Vprašanja so se nanašala na to, koliko pacienti na splošno zaupajo zdravniku (vprašanje zaprtega tipa, petstopenjska lestvica) in zakaj (vprašanje odprtega tipa), kaj po mnenju obeh skupin anketiranih najbolj vpliva na dober odnos med zdravnikom in pacientom, koliko so po mnenju obeh pomembne zdravnikove/pacientove komunikacijske kompetence za dober odnos med zdravnikom in

pacientom ter katere so najpomembnejše spretnosti komuniciranja, ki jih morata zdravnik in pacient imeti. Ta sklop je vseboval tudi vprašanje o tem, kakšen model odnosa si želita oz. kdo naj sprejema odločitev o načinu zdravljenja (zdravnik, pacient, skupaj).

3.5 Analiza podatkov in testiranje raziskovalnih hipotez

Z modelom smo želeli preveriti hipoteze o vplivu okoliščin na pacientovo oceno zdravnikove komunikacijske kompetence in vplivu zdravnikovih komunikacijskih kompetenc na pacientovo zaupanje v proces zdravljenja. Podatke, zbrane na osnovi vprašalnika, smo analizirali s statističnim programom SPSS15.

Izvedli smo pilotno raziskavo z anketiranjem 12 zdravnikov. Preden smo začeli analizo podatkov, smo preverili, ali so zbrani podatki ustrezni za obdelavo. Ker smo v anketni vprašalnik vključili tudi kontrolna vprašanja (negativno postavljene trditve), smo neustrezno izpolnjene ankete izločili.

Analizo smo začeli z osnovnimi statistikami indikatorjev (frekvenčne porazdelitve, aritmetične sredine, standardni odklon, koeficient sploščenosti in asimetričnosti). V nadaljevanju smo naredili opisne statistike spremenljivk, ki smo jih dobili na podlagi izračunanega povprečja pripadajočih indikatorjev. Nadaljevali smo s preverjanjem povezanosti spremenljivk s korelacijami. V zadnjem delu analize smo preverjali postavljeni teoretski model.

3.5.1 Struktura vzorca

V nadaljevanju predstavljamo strukturo vzorca po demografskih spremenljivkah.

Tabela 3.1: Struktura vzorca

		Število	Odstotek
starost pacienta	do 35 let	18	19,8
	od 36 do 45 let	17	18,7
	od 46 do 55 let	12	13,2
	nad 55 let	44	48,4
spol pacienta	moški	36	39,6
	ženski	55	60,4
izobrazba pacienta	osnovnošolska	8	8,7
	srednješolska	47	51,1

	višješolska/univerzitetna	28	30,4
	več	7	7,6
starost zdravnika	do 35 let	17	29,8
	od 36 do 45 let	13	22,8
	od 46 do 55 let	12	21,1
	nad 55 let	15	26,3
spol zdravnika	moški	22	38,6
	ženski	35	61,4
specializacija	primarna	32	56,1
	sekundarna	25	43,9

V vzorec sta bili vključeni 102 diadi. Zaradi neustrezno izpolnjenega vprašalnika je bilo deset diad neustreznih, zato smo jih izločili in v obdelavo podatkov vključili 92 diad. V raziskavi je tako sodelovalo 92 pacientov in 57 zdravnikov (35 zdravnikov je v raziskavi sodelovalo dvakrat). Med sodelujočimi zdravniki (N=57) v raziskavi s 64,1 odstotka prevladujejo ženske (N=35), moških je 35,9 odstotka (N=22). Največ (29,8 %) zdravnikov, zajetih v vzorec, je bilo starih do 35 let, najmanj (21,1 %) pa od 46 do 55 let, sicer pa so vse starostne skupine dokaj enakomerno porazdeljene. Najstarejši respondent je bil star 72 let, najmlajši pa 28 let. Med vsemi zdravniki je nekoliko večji delež mlajših zdravnikov, med njimi je 36,4 odstotka moških in 25,7 odstotka žensk. Skupna povprečna starost je 45 let. Sicer pa med moškimi in ženskami tako rekoč ni razlik. Med sodelujočimi zdravniki jih 32 opravlja delo na primarni zdravstveni ravni (zdravstveni domovi), 25 na sekundarni oz. terciarni zdravstveni ravni (klinični center). Med sodelujočimi pacienti (N=91) v raziskavi s 60,4 odstotka prevladujejo ženske (N=55), moških je 39,6 odstotka (N=36). Za eno osebo ni bilo podatka. Največ (48,4 %) pacientov, zajetih v vzorec, je bilo starih nad 55 let, najmanj (13,2 %) pa od 46 do 55 let. Najstarejši respondent je bil star 79 let, najmlajši pa 19 let. Povprečna starost znaša 51,5 leta. Tako med moškimi kot med ženskimi je največji delež starejših od 55 let (moški 58,3 %, ženske 40,7 %). Med pacienti, zajetimi v vzorec, so ženske mlajše od moških. Povprečna starost žensk je 48,5 leta, moških pa 56,1 leta. Povprečna starost pacientov je 51,5 leta. Večino v vzorcu pacientov predstavljata skupini s srednješolsko izobrazbo (52 %) in tistih, ki so dosegli visokošolsko oziroma univerzitetno izobrazbo (31 %).

3.5.2 Rezultati raziskave

Osnovni rezultati kvantitativne raziskave so prikazani v prilogi C, v nadaljevanju sledijo predstavitev sestavljenih spremenljivk in odgovori na odprta vprašanja.

Predstavitev sestavljenih spremenljivk

V Tabeli 3.2 so predstavljene opisne statistike za sestavljene spremenljivke, ki se nanašajo na posamezne dimenzije komunikacijskih kompetenc (pacient o zdravniku, zdravnik o sebi in pacient o sebi, zdravnik o pacientu), in spremenljivke, ki opisujejo usklajenost kompetenc med njima.

Tabela 3.2: Sestavljene spremenljivke – opisne statistike

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
KKpp_1 Komunikacijske kompetence (posredovanje informacij) – pacient zdravnika	92	3,0	5,0	4,5	0,52	-0,83	-0,23
KKpp_1 Komunikacijske kompetence (posredovanje informacij) – zdravnik sebe	92	2,0	5,0	4,3	0,65	-1,06	1,34
KKzp_1 Komunikacijske kompetence (posredovanje informacij) – zdravnik pacienta	92	2,3	5,0	4,4	0,63	-0,69	-0,11
KKpp_1 Komunikacijske kompetence (posredovanje informacij) – pacient sebe	91	3,7	5,0	4,7	0,38	-1,08	0,00
KKpp_2 Komunikacijske kompetence (preverjanje informacij) – pacient zdravnika	90	2,8	5,0	4,4	0,56	-0,74	-0,17
KKpp_2 Komunikacijske kompetence (preverjanje informacij) – zdravnik sebe	92	1,8	5,0	4,1	0,67	-0,80	0,99
KKpp_2 Komunikacijske kompetence (preverjanje informacij) – pacient sebe	85	2,3	5,0	4,2	0,75	-0,69	-0,40
KKzp_2 Komunikacijske kompetence (preverjanje informacij) – zdravnik pacienta	92	1,0	5,0	3,4	0,89	-0,22	0,06
KKpp_3 Komunikacijske kompetence (pridobivanje informacij) – pacient zdravnika	91	3,0	5,0	4,5	0,53	-1,00	-0,02
KKpp_3 Komunikacijske kompetence (pridobivanje informacij) – zdravnik sebe	92	2,7	5,0	4,3	0,58	-0,66	-0,16
KKpp_3 Komunikacijske kompetence (pridobivanje informacij) – pacient sebe	89	2,6	5,0	4,3	0,64	-0,80	-0,10
KKzp_3 Komunikacijske kompetence (pridobivanje informacij) – zdravnik pacienta	92	1,0	5,0	3,9	0,90	-0,88	0,89
KKpp_4 Komunikacijske kompetence (socioemocionalna dimenzija) – pacient zdravnika	92	4,0	5,0	4,8	0,30	-1,89	2,46
KKpp_4 Komunikacijske kompetence (socioemocionalna dimenzija) – zdravnik sebe	92	3,5	5,0	4,6	0,42	-0,46	-1,03
KKpp_4 Komunikacijske kompetence (socioemocionalna dimenzija) – pacient sebe	91	3,5	5,0	4,7	0,40	-1,24	0,13
KKzp_4 Komunikacijske kompetence (socioemocionalna dimenzija) – zdravnik pacienta	92	3,0	5,0	4,6	0,52	-0,81	-0,21
zau_p Zaupanje pacienta v zdravnika	91	2,5	5,0	3,6	0,59	0,70	0,09
okol_p Okoliščine	91	1,0	5,0	4,1	1,06	-1,00	0,46
dif_pz_zz_posred Posredovanje informacij (pacient zdravnika – zdravnik sebe)	92	-2,0	2,8	0,2	0,78	0,03	1,35
dif_pz_zz_prev Preverjanje informacij (pacient zdravnika – zdravnik sebe)	90	-2,0	3,3	0,3	0,80	0,07	2,10
dif_pz_zz_pridob Pridobivanje informacij (pacient zdravnika – zdravnik sebe)	91	-2,0	2,0	0,3	0,72	-0,36	0,63
dif_pz_zz_socemo Socioemocionalna dimenzija (pacient zdravnika – zdravnik sebe)	92	-1,0	1,2	0,3	0,47	0,00	-0,41
dif_zp_pp_posred Posredovanje informacij (zdravnik pacienta – pacient sebe)	91	-2,8	1,3	-0,3	0,70	-0,56	0,65
dif_zp_pp_prev Preverjanje informacij (zdravnik pacienta – pacient sebe)	85	-4,0	2,7	-0,8	1,11	0,35	0,83
dif_zp_pp_pridob Pridobivanje informacij (zdravnik pacienta – pacient sebe)	89	-4,0	2,4	-0,5	1,06	-0,18	1,01
dif_zp_pp_socemo Socioemocionalna dimenzija (zdravnik pacienta – pacient sebe)	91	-2,0	1,0	-0,2	0,62	-0,32	0,57
Valid N (listwise)	83						

Iz tabele je razvidno, da je zdravnik v vseh dimenzijah v povprečju ocenil pacienta slabše, kot se je ocenil pacient, ta pa je v povprečju ocenil zdravnika boljše, kot se je ocenil sam. Pri razlikah med zdravnikovo in pacientovo oceno za posamezne dimenzije je največje ujemanje pri zdravnikovi oceni pacienta in pacientovi samooceni glede socioemocionalne dimenzije, kjer je razlika med zdravnikovo oceno pacienta in pacientovo oceno sebe 0,2 točke, najmanjše pa je pri dimenziji preverjanje informacij (za 0,8 točke). Pri vseh dimenzijah je približno enako ujemanje med pacientovo oceno zdravnika in zdravnikovo oceno sebe, v povprečju za 0,3 točke. Malenkost bolje so ocene usklajene glede posredovanja informacij (za 0,2 točke).

Tabela 3.3: Povprečne razlike med samooceno in oceno drugega

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
Povprečna razlika med zdravnikovo samooceno in pacientovo oceno zdravnika	92	-1,85	1,54	-0,27	0,56	0,40	0,93
Povprečna razlika med pacientovo samooceno in zdravnikovo oceno pacienta	91	-0,94	2,94	0,45	0,66	0,61	1,03

Iz tabele sledi, da je pacient zdravnika v povprečju ocenil za 0,27 točke bolje, kot se je ocenil sam. Pacient se je za 0,45 točke ocenil bolje, kot ga je ocenil zdravnik.

Vezano na vsebino drugega raziskovalnega vprašanja povzemamo še razlike med ocenami elementov posameznih dimenzij za diado pacient – zdravnik. Najmanjša povprečna razlika ocene za diado zdravnik o sebi/pacient o zdravniku za elemente dimenzije **posredovanje informacij** se kaže glede natančnega pojasnila diagnoze, kjer se povprečni oceni razlikujeta le za 0,08, medtem ko najdemo največjo razliko glede natančne predstavitve mogočih oblik zdravljenja (0,37). Negativna vrednost aritmetične sredine pomeni, da je v povprečju zdravnik ocenil sebe nižje od njegovega pacienta. Povprečna razlika med pacientovo oceno zdravnika in zdravnikovo oceno samega sebe znaša 0,23, kar kaže na dokaj dobro usklajenost ocen. Povprečna razlika med ocenami diad pacient o sebi/zdravnik o pacientu je pozitivna, kar pomeni, da je pacient v povprečju ocenil sebe bolje, kot ga je ocenil zdravnik. Največja razlika se pokaže pri natančnem pojasnilu simptomov (0,41), oceni pa sta bili najbolj usklajeni glede odkritega odgovarjanja na zastavljena vprašanja (0,26). Povprečna razlika med pacientovo samooceno in zdravnikovo oceno pacienta znaša 0,32, kar je nekoliko več kot med pacientovo oceno zdravnika in zdravnikovo samooceno (0,23).

Najmanjša povprečna razlika diade zdravnik o sebi/pacient o zdravniku za elemente dimenzije **preverjanje informacij** se kaže pri ponavljanju pomembnih informacij, kjer se povprečni oceni razlikujeta le za 0,12, medtem ko najdemo največjo razliko pri preverjanju razumevanja razlage bolezni (0,48). Negativna vrednost aritmetične sredine pomeni, da je v povprečju zdravnik ocenil sebe nižje od njegovega pacienta (v povprečju za 0,31). Povprečna razlika med ocenami diad pacient o sebi/zdravnik o pacientu je pozitivna, kar pomeni, da je pacient v povprečju ocenil sebe bolje, kot ga je ocenil zdravnik. Največja razlika se pokaže pri preverjanju razumevanja razlage bolezni (0,83), oceni pa sta bili najbolj usklajeni glede ponavljanja pomembnih informacij (0,51). Povprečna razlika med pacientovo samooceno in zdravnikovo oceno pacienta znaša 0,78, kar pomeni neskladnost ocen oz. precej večjo razliko med tem, ko se ocenjuje pacienta, kot takrat, ko se ocenjuje zdravnika.

Najmanjša povprečna razlika diade zdravnik o sebi/pacient o zdravniku za elemente dimenzije **pridobivanje informacij** se kaže pri zdravnikovem spodbujanju glede zastavljanja dodatnih vprašanj, kjer se povprečni oceni razlikujeta le za 0,16, medtem ko najdemo največjo razliko glede podrobnega opisa težav (0,48). Negativna vrednost aritmetične sredine pomeni, da je v povprečju zdravnik sebe ocenil nižje od njegovega pacienta. Povprečna razlika med pacientovo oceno zdravnika in zdravnikovo oceno samega sebe znaša 0,27, kar kaže na dokaj dobro usklajenost ocen. Največja razlika se pokaže pri pridobivanju informacij o težavah (0,47), oceni pa sta bili najbolj usklajeni glede zastavljanja vprašanj na razumljiv način (0,13). Povprečna razlika med pacientovo samooceno in zdravnikovo oceno pacienta znaša 0,47, kar je nekoliko več kot med pacientovo oceno zdravnika in zdravnikovo samooceno (0,27). To pomeni, da so ocene, ki zadevajo paciente, med pacienti in zdravniki bolj usklajene kot ocene, ki zadevajo zdravnike.

Najmanjša povprečna razlika diade zdravnik o sebi/pacient o zdravniku za elemente **socioemocionalne dimenzije** se kaže glede odprtosti in iskrenosti, kjer se povprečni oceni razlikujeta le za 0,11, medtem ko najdemo največjo razliko glede odnosa, ki temelji na zaupanju (0,43). Negativna vrednost aritmetične sredine pomeni, da je v povprečju zdravnik ocenil sebe nižje od njegovega pacienta. Povprečna razlika med pacientovo oceno zdravnika in zdravnikovo oceno samega sebe znaša -0,28, kar kaže na dokaj dobro usklajenost ocen. Povprečna razlika med ocenami diad pacient o sebi/zdravnik o pacientu je pozitivna, kar pomeni, da je pacient v povprečju ocenil sebe bolje, kot ga je ocenil zdravnik. Največja razlika se pokaže pri elementu iskrenosti v pogovoru (0,15). Povprečna razlika med

pacientovo samooceno in zdravnikovo oceno pacienta znaša 0,18 in je dokaj usklajena, celo nekoliko bolj, kot je med pacientovo oceno zdravnika in zdravnikovo samooceno (0,28).

Odgovori na odprta vprašanja

V anketo smo vključili tudi vprašanja odprtega tipa. Tako zdravnike kot paciente smo povprašali po dejavnikih, ki po njihovem mnenju bistveno vplivajo na njun odnos. Odgovore smo kodirali in jih združili v osem vsebinskih področij.

Tabela 3.3: Primerjava mnenj pacientov in zdravnikov o vplivu dejavnikov na odnos med zdravnikom in pacientom

Zaupanje, iskrenost	58,7 %	50,0 %
Prijaznost, spoštovanje, lep odnos	28,3 %	15,2 %
Komuniciranje (kot orodje)	15,2 %	5,4 %
Zdravnikova strokovnost	15,2 %	5,4 %
Empatija	4,3 %	5,4 %
Čas	2,2 %	5,4 %
Pogostost obiska	1,1 %	0,0 %
Plačilo	0,0 %	1,1 %
Brez odgovora	12,0 %	32,6 %

Na vprašanje, *kaj menijo, da bistveno vpliva na odnos med zdravnikom in pacientom*, so pacienti kot najpomembnejši dejavnik izpostavili *zaupanje in iskrenost* (58,7 %), naslednji zelo pomemben dejavnik je *prijaznost in spoštljiv odnos* (28,3 %), medtem ko sta dejavnika *učinkovito komuniciranje* (15,2 %) in *strokovnost* (15,2 %) šele na tretjem mestu po pomembnosti, čemur sledijo *empatija* (4,3 %), *čas*, ki ga imata na voljo (2,2 %), in *pogostost obiska* (1,1 %). Tudi zdravniki menijo, da je najpomembnejši dejavnik v odnosu s pacienti *zaupanje in iskrenost* (50 %), ki mu sledi *prijaznost oz. spoštljiv odnos* (15,2 %), medtem ko so dejavniki *učinkovito komuniciranje* (torej komuniciranje kot orodje), *strokovnost*, *empatija* in *čas*, ki ga imata na voljo (5,4 %), med manj pomembnimi.

V nadaljevanju smo anketirance povprašali po mnenju, katere spretnosti komuniciranja mora nasprotna stran imeti.

Tabela 3.4: Primerjava mnenj pacientov in zdravnikov o najpomembnejših spretnostih komuniciranja

	Pacienti	Zdravniki
Brez odgovora	31,5 %	40,2 %
Neverbalna komunikacija	0,0 %	1,1 %
Preverjanje informacij	1,1 %	0,0 %
Pridobivanje informacij	7,6 %	18,5 %
Odnos	20,7 %	0,0 %
Poslušanje	25,0 %	7,6 %
Posredovanje informacij, zmožnost laične razlage	38,0 %	52,2 %

Za paciente in zdravnike je najpomembnejša spretnost komuniciranja *posredovanje informacij*. Zdravniki menijo, da je pri pacientih najpomembnejša *zmožnost natančnega in preciznega opisa težav*, ki jih pacient ima (52 %), čemur sledita *pridobivanje informacij* (18,5 %) in tudi *poslušanje* (7,6 %).

Zmožnost laične razlage težave ali bolezni (posredovanje informacij) je tudi za paciente najpomembnejša komunikacijska spretnost zdravnika (38 %), ki ji sledita *poslušanje* (25 %), *podporno komuniciranje* (prijaznost, empatija ...) (20,7 %), manj pa pridobivanje informacij oziroma poslušanje (7,6 %).

Eno izmed odprtih vprašanj se je nanašalo na to, kako pacienti pojasnjujejo, zakaj zaupajo zdravnikom na splošno (*»Z enim stavkom utemeljite, zakaj zaupate izbranemu zdravniku?«*).

Tabela 3.5: Vzroki za zaupanje v zdravnika

	Pacienti
Dobre pretekle izkušnje	3,0
Strokovnost in odnos	12,1
Strokovnost	18,2
Odnos in strokovnost	19,7
Odnos	21,2
Eksplisitno zaupanje	25,8

Ker so bili odgovori zelo raznoliki, smo jih razdelili v kategorije po naslednjem sistemu: (odnos), če se je pacientov odgovor nanašal izključno na odnos; (odnos in strokovnost), če je pacient v odgovoru na prvo mesto postavil odnos in na drugo tudi strokovnost; (strokovnost), če se je pacientov odgovor nanašal izključno na strokovnost; (strokovnost in odnos), če je pacient v odgovoru na prvo mesto postavil strokovnost in na drugo tudi odnos; (eksplicitno

zaupanje), če je pacient v odgovoru nakazal brezpogojno predanost zdravniku; (dobre pretekle izkušnje), če je pacient kot vzrok za zaupanje navedel dobre pretekle izkušnje.

Iz tabele je razvidno, da so pacienti najpogosteje zapisali trditve, ki smo jih kategorizirali v eksplicitno zaupanje (kadar so bili odgovori npr. »Ker je zdravnik zame zakon.«, »Zdravnik ima znanje in izkušnje in dobro ve, kaj počne.«, »Moram mu zaupati, ker drugega zdravnika nimam.«), kategorije, ki si sledijo, pa so: odnos, odnos in strokovnost (npr. »Ker je do mene prijazen in tudi zato, ker je zelo dober in strokoven zdravnik.«), strokovnost, strokovnost in odnos (npr. »Ker se na medicinsko stroko spozna in ve, kaj dela, je pa tudi vljuden in razumevajoč.«), na zadnjem mestu so tudi dobre pretekle izkušnje.

V tem delu vprašalnika smo paciente in zdravnike povprašali tudi o tem, kakšen odnos si želijo imeti, ko je treba sprejeti odločitev o načinu zdravljenja. Lahko so izbirali med paternalističnim, informativnim ali partnerskim odnosom.

Tabela 3.6: Zaželen model odnosa zdravnik – pacient

	Kadar imam zdravstveno težavo in obiščem zdravnika, mi najbolj ustreza, da		Ko je treba sprejeti odločitev o načinu zdravljenja, mi najbolj ustreza, da	
	število	%	Število	%
zdravnik sam sprejme odločitev o načinu diagnostike in zdravljenja/ sam sprejem odločitev o načinu diagnostike in zdravljenja	20	22,50	7	7,80
zdravnik posreduje informacije, jaz pa samostojno sprejem odločitev o načinu zdravljenja/ pacientu posredujem vse informacije, ta pa jih oceni in samostojno sprejme odločitev o načinu zdravljenja	8	9,00	5	5,60
zdravnik zadeve pojasni in me pouči, nato pa skupaj sprejmeva odločitev o načinu zdravljenja / pacientu pojasnujem, ga poučim, nato pa skupaj sprejmeva odločitev o načinu zdravljenja	61	68,50	78	86,70
Total	89	100,00	90	100,00

Iz tabele je razvidno, da si večina pacientov (68, 5 %) in zdravnikov (86,7 %) želi partnerski odnos pri odločanju o načinu diagnostike in zdravljenja oziroma reševanju zdravstvenih težav. Še vedno si 22,5 odstotka pacientov želi, da zdravnik sam sprejme odločitev o načinu zdravljenja, med zdravniki je ta delež 7,8-odstoten, devet odstotkov pacientov pa si želi samostojno odločati o načinu diagnostike in zdravljenja (med zdravniki je ta delež 5,6-odstoten).

3.5.3 Testiranje hipotez

Hipoteza 1: Pacientova ocena zdravnikovih komunikacijskih kompetenc je povezana z organizacijsko klimo zdravstvene ustanove.

Za preverjanje povezanosti dimenzije okoliščine, ki se nanaša na pacientovo mnenje o čakalni dobi in na število načrtovanih pregledov pacientov na dan anketiranja s pacientovo oceno komunikacijske kompetence (v nadaljevanju KK) zdravnika, smo naredili korelacijsko analizo, kot mero povezanosti pa smo izbrali Pearsonov korelacijski koeficient.

Tabela 3.7: Povezanost organizacijske klime (krajše okolje) in komunikacijske kompetence zdravnika s strani pacienta – Pearsonov korelacijski koeficient

		Komunikacijske kompetence – pacient ocenjuje zdravnika	Posredovanje informacij – pacient ocenjuje zdravnika	Preverjanje pridobljenih informacij – pacient ocenjuje zdravnika	Pridobivanje informacij – pacient ocenjuje zdravnika	Socioemocionalna dimenzija – pacient ocenjuje zdravnika
Okolje – pacient	r	,240(*)	,224(*)	0,066	,270(**)	,230(*)
	p	0,022	0,033	0,541	0,01	0,028
	N	91	91	87	90	91
Okolje - zdravnik (število načrtovanih pregledov pacientov v zdravnikovi ambulanti na dan pregleda)	r	-0,198	-0,113	-0,146	-,246(*)	-0,084
	p	0,068	0,302	0,189	0,023	0,439
	N	86	86	82	85	86

Dimenzija okolje – pacient (se nanaša na mnenje pacienta o težavnosti pridobivanja termina/ure pregleda pri zdravniku in na čakalni čas pri zdravniku) je zelo šibko pozitivno povezana s KK zdravnika ($r = 0,24$, $p < 0,05$). Če upoštevamo povezanost po posameznih dimenzijah komunikacijske kompetence, je dimenzija okolje – pacient najmočnejše, čeprav še vedno zelo šibko povezana z dimenzijo pridobivanje informacij ($r = 0,27$, $p < 0,05$), ne moremo pa potrditi povezanosti z dimenzijo preverjanje pridobljenih informacij.

Za število načrtovanih pregledov pacientov, kar odraža zdravnikovo delovno okolje, ne moremo potrditi povezanosti komunikacijske kompetence zdravnika, ki so jih ocenili njihovi pacienti. Šibka negativna korelacija se pokaže le pri dimenziji pridobivanje informacij ($r = -0,25$, $p < 0,05$), kar pomeni, da so bili v tem vidiku tisti zdravniki, ki so imeli na dan anketiranja naročenih več pacientov, slabše ocenjeni od svojih pacientov.

Hipotezo lahko sicer potrdimo, vendar moramo zaradi nizke vrednosti korelacijskih koeficientov pri tem upoštevati, da sicer dimenzija okolje – pacient v določeni meri prispeva h komunikacijski kompetenci zdravnika, a ne tako pomembno. Iz navedenega je razvidno, da je

za pacientovo percepcijo o zdravnikovi komunikacijski kompetenci pomembnejša dostopnost do zdravnika kot pa zdravnikovi pogoji za delo.

Hipoteza 2: Komunikacijske kompetence zdravnika pozitivno vplivajo na pacientovo zaupanje vanj.

Hipotezo preverimo najprej s korelacijsko matriko, pri čemer kot mero povezanosti upoštevamo Pearsonov korelacijski koeficient, nato pa še z multiplo regresijsko analizo.

Tabela 3.8: Korelacije med dimenzijami komunikacijskih kompetenc (pacient o zdravniku) in zaupanjem v zdravnika

		Komunikacijske kompetence - pacient ocenjuje zdravnika	Posredovanje informacij - pacient ocenjuje zdravnika	Preverjanje pridobljenih informacij - pacient ocenjuje zdravnika	Pridobivanje informacij - pacient ocenjuje zdravnika	Socioemocionalna dimenzija - pacient ocenjuje zdravnika
Zaupanje pacienta v zdravnika	r	,222(*)	0,188	0,15	0,128	,279(**)
	p	0,035	0,074	0,164	0,23	0,007
	N	91	91	87	90	91

* Korelacija je statistično značilna pri stopnji 0,05.

** Korelacija je statistično značilna pri stopnji 0,01.

Komunikacijske kompetence zdravnika so šibko pozitivno povezane s pacientovim zaupanjem vanj ($r = 0,22$, $p < 0,05$). Gledano po posameznih dimenzijah komunikacijske kompetence je le socioemocionalna dimenzija šibko pozitivno povezana ($r = 0,28$, $p < 0,05$) z zaupanjem v zdravnika. Pri vseh drugih dimenzijah je Pearsonov koeficient sicer pozitiven, vendar ni statistično značilen.

Hipotezo preverimo še z multiplo regresijo, v kateri smo uporabili metodo stepwise, ki v model vključi le tiste neodvisne spremenljivke, ki zadostijo kriteriju vključitve, to pomeni, da je koeficient beta v enostavni regresiji statistično značilno različen od 0.

Tabela 3.9: Vpliv komunikacijskih kompetenc na pacientovo zaupanje v zdravnika – regresijska analiza

	Nestandardizirani koeficient		Standardizirani koeficient	t	p
	B	standardna napaka	Beta		
Konstanta	0,979	1,291		0,76	0,45
Socioemocionalna dimenzija – pacient ocenjuje zdravnika	0,670	0,266	0,26	2,52	0,01
R kvadrat	0,06				

Kriteriju vključitve je zadostila ena spremenljivka, to je socioemocionalna dimenzija, in je tudi edina, za katero se je izkazala povezanost z zaupanjem v zdravnika. Delež pojasnjene variance je sicer zelo skromen, in sicer zgolj šest odstotkov, kar kaže na to, da v model niso bili zajeti tudi drugi dejavniki, ki pojasnjujejo zaupanje v zdravnika. Z regresijsko analizo lahko potrdimo, da se z večanjem komunikacijskih kompetenc zdravnika, ki zadevajo socioemocionalni vidik, povečuje pacientovo zaupanje vanj. Hipotezo lahko v tem delu potrdimo, ne pa v tistem delu, ki se nanaša na zdravnikove komunikacijske kompetence posredovanja, pridobivanja in preverjanja pridobljenih informacij.

3.5.4 Predstavitev ugotovitev raziskave (z uporabo ankete) z diskusijo

Osnovni cilj raziskave je bilo razviti trdnejše razumevanje odnosa med organizacijsko kulturo, komunikacijskimi kompetencami in zaupanjem zdravniku s pomočjo preučitve teh spremenljivk v celovitem modelu. Razmerja med temi spremenljivkami pa so bila empirično preizkušena.

Na podlagi teoretskih izhodišč in rezultatov raziskovanj drugih avtorjev (Kreps 1988; Query in James 1989; Query in drugi, 1992; Query in Wright 2003) smo predvidevali, da obstaja povezanost med okoliščinami (v katerih poteka proces diagnostike in zdravljenja), komunikacijskimi kompetencami in zaupanjem. Z zastavljenimi domnevami smo preverjali, ali je organizacijska klima povezana s pacientovo oceno zdravnikovih komunikacijskih kompetenc in ali zdravnikove komunikacijske kompetence vplivajo na zaupanje pacienta v zdravnika.

Pri analizi podatkov smo uporabili statistični paket SPSS (različica 15). Za predstavitev vzorca in spremenljivk smo naredili frekvenčne porazdelitve in opisne statistike (aritmetična sredina, standardni odklon, minimum, maksimum, koeficient asimetrije in koeficient sploščenosti). Za preverjanje hipoteze 1 smo naredili korelacijsko analizo, kot mero povezanosti pa smo izbrali Pearsonov korelacijski koeficient. Hipotezo 2 smo preverjali najprej s korelacijsko analizo, pri čemer smo kot mero povezanosti upoštevali Pearsonov korelacijski koeficient, nato pa še z multiplo regresijsko analizo, v kateri smo uporabili metodo stepwise.

Iz odgovorov v kvantitativnem delu raziskave je mogoče ugotoviti, da so zdravniki do sebe bolj kritični, kot so do njih kritični pacienti. Pacienti so zdravnike v povprečju ocenjevali višje, kot so zdravniki ocenjevali sami sebe, to pa se pokaže glede vseh dimenzij komunikacijskih kompetenc. Najverjetneje je razlog za to v previdnosti do zdravnika kljub zagotovitvi anonimnosti pri sodelovanju v raziskavi. Pacienti so bili tudi tista skupina respondentov, ki pogosteje niso podali ocene za posamezne trditve, kar najverjetneje nakazuje tudi na manjšo zahtevnost pacienta v medsebojni interakciji z zdravnikom.

S **hipotezo 1** smo preverjali povezanost dimenzije organizacijske klime (in znotraj tega zagotavljanje ustreznih pogojev dela) s pacientovo oceno zdravnikove komunikacijske kompetence. Hipotezo smo potrdili, vendar z določenim zadržkom, saj so vrednosti Pearsonovih korelacijskih koeficientov zelo šibke. Bolj ko je po mnenju pacienta zdravnik dostopen, bolje ocenjuje njegove komunikacijske kompetence za dimenzije pridobivanje informacij ($r = 0,27$, $p < 0,05$), posredovanje informacij ($r = 0,22$, $p < 0,05$), socioemocionalne dimenzije ($r = 0,23$, $p < 0,05$), medtem ko za preverjanje informacij nismo dokazali povezanosti. To se nanaša na to, kako sta zdravnik in pacient preverjala medsebojno razumevanje drug drugega, vzrok za odsotnost tega dela posveta pa lahko pripišemo temu, da do te dimenzije sploh ne pride. Med zdravnikom in pacientom je najverjetneje prisoten ustaljen vzorec komuniciranja, v katerem je prostor za tiste dimenzije, ki so najnujnejše za izvedbo posveta (pridobivanje in posredovanje), do preverjanja medsebojnega razumevanja pa zaradi časovnih omejitev pogosto ali največkrat niti ne pride. Za pacientovo dojetje zdravnikove komunikacijske kompetence je pomembnejša dostopnost zdravnika (način naročanja, čakalni čas) kot pa zdravnikovi pogoji za delo.

O problematiki s čakalnimi seznamami, navalu pacientov v ambulante, številom obravnavanih pacientov na dan in časom, ki ga ima zdravnik na voljo za pacienta, smo pisali že v uvodu. Rezultati so bili tako pričakovani; slovenski zdravnik pregleda v povprečju 45 pacientov na dan (v primerjavi s kolegi v tujini tudi dvakrat več), za pregled pacienta pa ima na voljo v povprečju sedem minut, kar pogosto ne zadostuje za kakovosten posvet. Ta ugotovitev je povezana tudi s številom načrtovanih pregledov zdravnika na dan pogovora, kar je negativno povezano s pacientovo oceno zdravnika za dimenzijo pridobivanja informacij. Več ko je torej zdravnik pregledal pacientov na dan posveta, slabše ga je pacient ocenil v dimenziji pridobivanja informacij, kar pomeni, da si je zdravnik vzela manj časa za pogovor. Pri drugih dimenzijah sicer te povezanosti ni. Tovrstne okoliščine zdravnikovega dela torej še najbolj posegajo v polje pridobivanja informacij, torej v procesni vidik posveta (ocena tega, kako sta zdravnik in pacient pridobivala in zagotavljala drug drugemu informacije, ki jih potrebujeta), saj je najvišja povezanost s to dimenzijo komunikacijske kompetence.

Tudi pri odgovorih na odprto vprašanje, kaj bistveno vpliva na odnos med zdravnikom in pacientom, sta, pričakovano, oba respondenta izpostavila dejavnik čas; zdravniki opozarjajo, da potrebujejo več časa za paciente, sploh starejše, ki imajo kronične nenalezljive bolezni. Podatki tudi kažejo, da se slovenski pacienti v večji meri kot povprečno v Evropi pritožujejo, da zdravnik nima dovolj časa za potrebe pacienta (Lunder 2002). Frankel in Beckman (v Krebs in Thornton 1992) sta ugotovila, da le 23 odstotkom pacientov uspe v celoti predstaviti svojo zgodbo in da zdravniki v povprečju poslušajo 18 sekund, preden prekinejo pacienta. Uletova (2003, 180) meni, da je časovni pritisk tisti dejavnik, ki prepričuje zdravnikom, da bi se poglobili v obrobne, na videz nebistvene dejavnike, ki pa se pozneje lahko izkažejo kot pomembni za razumevanje položaja in stanja pacienta. Čas je tudi dejavnik, ki onemogoči pacienta, da bi izrazil svoje bojazni, da bi postavljali vprašanja, ker se zaveda, da je njegov čas omejen, ker je čakalnica polna. Tipična odziva pacientov na časovni pritisk pa sta podredljivost (*»Vem, da imate pomembnejše stvari kot poslušati moje male skrbi«*) in prestrašenost. Številne raziskave (glej Tabelo 2.3) so pokazale, da bi bilo treba več narediti za to, da se pacienti sprostijo in odprto izrazijo svoje težave. Lundrova (2002) meni, da za pacienta ni tako pomemben kronološki čas, ki ga zdravnik posveti pacientu, ampak kakovost tega časa oziroma pacientov občutek, da je dobro obravnavan.

S **hipotezo 2** smo preverjali, ali višje komunikacijske kompetence zdravnika pozitivno vplivajo na pacientovo zaupanje vanj. Hipotezo lahko potrdimo, vendar z določenim

zadržkom, saj je vrednost Pearsonovega koeficienta nizka, čeprav statistično značilna. Rezultat multiple regresijske analize pokaže, da ima le socioemocionalna dimenzija komunikacijske kompetence pozitiven vpliv na pacientovo zaupanje v zdravnika ($p < 0,05$), druge dimenzije pa k zaupanju ne prispevajo pomembno. Tudi v naši raziskavi se je torej izkazalo, da je najpomembnejša dimenzija odnosni vidik posveta; pacient je bolj zaupal zdravniku, če je bil prijazen ali če je prispeval k odnosu, ki temelji na zaupanju, ali ustvaril pogoje, da se je pacient počutil sproščeno in udobno, če je pokazal pacientu, da bi mu rad pomagal, če je bil do pacineta odprt in iskren. Očitno je, da je za pacienta pomembno, da se mu zdravnik posveti tudi v odnosnem smislu, saj se šele na tak način med njima razvije komunikacija. Prav to so potrdili tudi Ommen in drugi (2010), namreč da so tisti pacienti, ki so imeli vtis, da zdravniki uporabljajo podporni način komuniciranja, in ki so imeli dovolj časa za premislek o pomembnih odločitvah, izrazili bistveno večje zadovoljstvo z obravnavo in zaupanje v zdravnike.

Z vprašanjem odprtega tipa smo poskušali dodatno pojasniti nekatere vidike komuniciranja in odnosov. Za paciente je **najpomembnejša spretnost komuniciranja**, ki jo mora zdravnik imeti, zmožnost laične razlage težave ali bolezni (dimenzija *pridobivanje informacij*) (38 %), ki ji sledita poslušanje (25 %), podporno komuniciranje (20,7 %), manj pa posredovanje informacij (vsebinski vidik) (7,6 %). Tudi za zdravnike je najpomembnejša spretnost komuniciranja, ki jo mora pacient imeti, zmožnost natančnega in preciznega opisa težav (dimenzija *pridobivanje informacij*), ki jih ima pacient (52 %), čemur sledita posredovanje informacij (vsebina) (18,5 %) in poslušanje (7,6 %). Izkaže se, da je pri obeh najpomembnejši procesni vidik, kar je skladno z našo 2. hipotezo. Pri tem je seveda treba upoštevati strokovni medicinski jezik, ki ga uporabljajo zdravniki. Ta pogosto predstavlja oviro, saj si pacient niti ne upa povedati, da zdravnika ne razume (Drinovec 1998). Ko podrobneje pogledamo v pacientovo doživljanje »v ambulantni«, teorija izpostavlja pacientovo podredljivost (Leary 1955), zadržanost, strah (Street in drugi 2009). Uletova (2003, 183) na primer problem opiše takole: »Dogaja se tudi, da se pacienti zaradi globokega, pogosto neartikuliranega strahu pred nadaljnjim potekom bolezni ne upajo spraševati zdravnika, tako da ne dobijo vseh relevantnih informacij. Pa tudi tiste informacije, ki jih dobijo, hitro pozabijo. Pacient pozablja, kar mu govori zdravnik, oz. njegovih besed ne razume pravilno.« Raziskave (Ley v Ule 2003, 183) kažejo, da pacienti pozabljaajo toliko večji delež informacij, ki jih dobijo od zdravnika, kolikor več jim zdravnik pove. Tako se znajdejo v začaranem krogu. Če ne sprašujejo oz. so pasivni v odnosu z zdravnikom, malo izvedo. Če pa so v odnosu z zdravnikom dejavnejši, pa tudi več

stvari pozabijo ali jih ne razumejo prav. Zato je aktivna vloga zdravnika v komunikacijskem odnosu tako pomembna. Ko se zdravnikova komunikacija zdi odsotna, nedostopna ali neobčutljiva za pacientove potrebe, to lahko odvrne paciente od aktivnega sodelovanja in stremjenja k ozdravitvi (Franks in drugi 2000; Surbone in Lowenstein), kar nazadnje vpliva tudi na »krhko« ravnesje pacientovega zaupanja zdravniku (Bambino 2006).

Seveda nas je zanimalo torej, **kakšen model sodelovanja** si želijo respondenti, **ko je treba sprejeti odločitev o načinu zdravljenja**. Oboji si delijo mnenje, da je **najprimernejši partnerski model** (tako se je izrazilo 68,5 % pacientov in 86,7 % zdravnikov), še vedno pa si petina pacientov želi, da zdravnik sam sprejme odločitev o načinu zdravljenja (med zdravniki je ta delež nižji, manj kot 10-odstoten). Skoraj 10 odstotkov pacientov želi samostojno odločati o načinu diagnostike in zdravljenja (med zdravniki je ta delež okoli petodstoten). Raziskave, ki so se podrobneje ukvarjale z modeli odnosov med zdravniki in pacienti (npr. Grant in drugi 2000; Swenson in drugi 2004), sicer dokazujejo, da se pacientova želja po avtonomni odločitvi o načinu zdravljenja manjša s težo diagnoze in boleznimi ter da znaten delež pacientov daje prednost bolj »tradicionalnemu pristopu«, kjer je komunikacija bolj osredotočena na naloge in obveznosti zdravljenja.

Na vprašanje, **kaj po mnenju pacientov bistveno vpliva na odnos** med zdravnikom in pacientom, so pacienti kot najpomembnejši dejavnik izpostavili **zaupanje** (58,7 %), čemur je sledil *prijaznost in spoštljiv odnos* (28,3 %), medtem ko sta dejavnika *učinkovito komuniciranje* (15,2 %) in *strokovnost* (15,2 %) šele na tretjem mestu po pomembnosti. Tudi zdravniki menijo, da je najpomembnejši dejavnik v odnosu s pacienti **zaupanje** (50 %), ki mu sledi *prijaznost oz. spoštljiv odnos* (15,2 %). Zanimiv je zdravnikov odgovor »plačilo«, ki očitno nakazuje težnjo zdravnikov tudi po boljšem vrednotenju njihovega dela.

Surbone in Lowenstein (2003, 184) v svoji raziskavi ugotavljata, da je »zaupanje jedro partnerstva med pacientom in zdravnikom in da je različnost vlog nujen element tega odnosa«. Če ima pacient občutek, da se ga obravnava zgolj kot »bolezen« ali »del telesa« namesto kot osebo z resnično zgodbo, to pomeni, da se ga reducira zgolj na objekt, kar pa seveda ni dobro.

Tako za zdravnika kot pacienta je torej **zaupanje tisto**, ki je v njunem odnosu najpomembnejše, kar se sklada tudi z našo hipotezo. Za oba je zelo pomembna **komunikacijska kompetentnost** oziroma sposobnost predstaviti in posredovati informacije

na razumljiv način. Teoretiki (npr. Visser in Herbert 1999), ki se osredotočajo na odnose med zdravniki in pacienti že od samih začetkov preučevanja tega področja, opozarjajo na pomen komuniciranja znotraj tega procesa, saj, kot sta opozarjala npr. Leisen in Hyman (2004), imajo način komuniciranja in osebnostne lastnosti zdravnika večji vpliv na zaupanje in zadovoljstvo pacienta kot pa sama vsebina pogovora oz. intervjuja. Zanimivo sta obe skupini respondentov **zdravnikovo strokovnost** uvrstili med manj pomembne dejavnike, ki vplivajo na odnos, kar je tudi razumljivo. Med zdravnikom in pacientom gre za komplementarni odnos, v katerem ima en sogovornik (v našem primeru zdravnik) zaradi znanja, statusa itd. večjo moč, da vodi komunikacijsko situacijo, za katero je značilno komuniciranje med dominantno in podrejeno osebo.

Čeprav torej pregovorno velja, da je temelj dobrega odnosa v tem, da sta »zdravnik in pacient enakovredna« (partnerski odnos), pa v njunem odnosu ne moremo govoriti o strokovni enakovrednosti, saj je to v večini primerov (razen ko je npr. tudi zdravnik v vlogi pacienta) nemogoče. Zato pa je toliko pomembnejše, da je njun odnos enakovreden »človeško«, bistveno pri tem pa je prav komuniciranje.

Če še pogledamo v nadaljevanju, **zakaj pacienti na splošno zaupajo zdravnikom**, so pacienti v naši raziskavi, presenetljivo, najpogosteje zapisali trditve, ki smo jih kategorizirali v »eksplicitno zaupanje« (26,6 %), saj so odgovori *»Druge rešitve ne vidim pri zdravljenju.«*, *»Ker mi ne preostane drugega.«*, *»So dovolj izobraženi, da nam pomagajo.«*, *»Zakaj pa ji ne bi zaupal?«*, *»Popolnoma zaupam, ker zdravnik je zame zakon.«*, *»Ji pač zaupam, nimam druge možnosti.«*, *»Ker v takih primerih, kot sem ga imela jaz, moraš zaupati zdravnikom, saj si popolnoma odvisen od njihove pomoči«* dejansko to tudi odražali. Tudi ta ugotovitev je skladna s teorijo, ki pravi, da je zaupanje preprosto bistvenega pomena za človeško bivanje. Pacient preprosto mora zaupati osebi, s katero nima tesnega odnosa, saj ni zmožen sam poskrbeti za svojo bolezen (Mechanic in Mayer 2000). Za ta odnos je značilno neravnovesje znanja in moči, kjer pacient pogosto nima druge izbire, kot da zaupa zdravniku. Kot takšno pa se pacientovo zaupanje lahko šteje kot samoumevno ali **implicitno** v nasprotju s **eksplicitnim zaupanjem**, ki se nanaša na bolj namerno oziroma zavedno izbiro zaupati (Skirbekk 2009).

Pojem *zaupanja v zdravnika* pa se včasih enači s pojmom **vere v zdravnika**. Teoretiki menijo, da je pojem zaupanja bolj čustven in manj razumski kot verovanje (Hall in drugi

2002). Drugi spet trdijo, da je razlikovalni element med zaupanjem in verovanjem tveganje, ki je povezano z zaupanjem, ne pa tudi z vero (v zdravnika). Pri zaupanju se je tveganju mogoče izogniti ali ga sprejeti, medtem ko je vera normalno stanje in ne vključuje razmišljanja o alternativah. V primerih, ko je prisotna vera, je manj verjetno, da bo nekdo razočaran, v primerjavi s situacijami, ko je prisotno zaupanje (Hillen, Hanneke, Smets 2011).

Na tem mestu se velja za hip vrniti k ocenjevanju naših respondentov. Iz Tabele 3.2 je razvidno, da je zdravnik v vseh dimenzijah v povprečju ocenil pacienta slabše, kot se je ocenil pacient, ta pa je v povprečju ocenil zdravnika bolje, kot se je ocenil zdravnik. Visoke ocene zdravnikov, podane od pacientov, pa niso izstopajoča posebnost samo v naši raziskavi. Podobni trendi so razvidni tudi v tujih in domačih raziskavah. Nedavni domači raziskavi Zadovoljstvo pacientov s storitvami zdravnikov zasebnikov (oktobra 2013 jo je izvedla agencija Mediana na vzorcu 1.050 enot) in Zaupanje in zadovoljstvo s slovenskim zdravstvenim sistemom (decembra 2013 jo je izvedla agencija Ninamedia na vzorcu 1.200 enot) sta pokazali na visoko vrednotenje zdravniškega dela in zaupanje vanj. Iz raziskave Zaupanje in zadovoljstvo s slovenskim zdravstvenim sistemom (2013)²⁰ je npr. razbrati, da so zaupanje v svojega osebnega zdravnika anketiranci ocenili z zelo visoko povprečno oceno 4,32, medtem ko je zaupanje v zdravstvo na splošno ocenjeno s povprečno oceno 3,54. Tudi številne tuje raziskave (Calnan in Sanford 2004) poročajo, da večina pacientov zdravnikom zaupa, saj ti delujejo v njihovem najboljšem interesu, manj pa zaupajo zdravstvenemu sistemu, čeprav še vedno visoko v primerjavi z drugimi institucijami.

Poskusimo odgovoriti torej na v uvodu zastavljeno vprašanje, zakaj takšna razlika med eksplicitnim zaupanjem, izkazanim zaupanjem v osebnega zdravnika (tudi v sistem zdravstva) in slabim vtisom v javnosti?

Med razlogi za **pacientovo »pretirano zaupljivost«** sodobni raziskovalci (npr. Rifel in Car 2004) izpostavljajo to, da so pacienti v splošnem podredljivi, kar se kaže na način, da so zadržani, saj imajo občutek, da zapravljajo dragocen zdravnikov čas in so zato pretirano

²⁰ Raziskava je bila izvedena v agenciji Ninamedia med 2. in 12. decembrom 2013 na vzorcu 1.200 oseb. Obdelava podatkov je bila izvedena na programski opremi SPSS, različica 15.0. Največ anketirancev v raziskavi meni, da na odnos najbolj vpliva *medsebojno zaupanje* (26,6 %), sledi to, da zdravnik *posluša pacienta* (13,1 %) in da si zdravnik *vzame čas za pacienta* (12,1 %), *dobra komunikacija* (9,2 %), *prijaznost zdravnika* (8,5 %), čemur sledi *strokovnost zdravnika* (5,2 %).

ustrežljivi, poleg tega pa pogosto kažejo pretirano spoštovanje do zdravnika, celo do take mere, da to ovira učinkovito sporazumevanje. V diskusijo obravnave podredljivosti lahko prenesemo Learyjev dvosmerni reflektivni model, ki poudarja, da je komuniciranje med ljudmi dvosmerni (recipročen) proces, v katerem posamezniki vplivajo drug na drugega, pri čemer igra ključno vlogo vedenje posameznika. Ta prevzame v odnosu z drugo osebo tisto vlogo, glede na to, kako želi, da ga vidijo drugi. Zdravnik Timothy Leary (1955) je izdelal ta model na podlagi izkušenj, ki si jih je pridobil pri večletnem delu psihoterapevta. Ugotavljal je namreč, da je bilo njegovo vedenje drugačno pri terapijah z različnimi pacienti – kar pomeni, da so pacienti vplivali na to, kako se je vedel do njih. Sklepal je, da posamezniki v bistvu »usposablajo« drug drugega, da se ti odzivajo nanj na določen način – torej na način, ki jim ustreza. Če želim biti podredljiv, ustvarim pogoje, da je nasprotna oseba dominantna, in obratno (1955). Avtor modela pojasnjuje, da v vsakem medosebnem komuniciranju dve pravili urejata delovanje teh dimenzij. *Pravilo 1:* dominantno/podredljivo vedenje praviloma stimulira nasprotno vedenje drugih. Posameznik, ki nastopa avtokratsko (dominantno), pri nasprotnem polu praviloma spodbudi podredljivo delovanje, in obratno, podredljiv posameznik pri nasprotnem polu spodbudi dominantnost. *Pravilo 2:* sovražno/ljubeče vedenje praviloma stimulira enako vedenje drugih. Posameznik, ki nastopa prijazno, pri nasprotnem polu praviloma spodbudi prijaznost, sovražno vedenje pa spodbudi agresijo. Avtor modela meni, da ti dve pravili delujeta nenadno, spontano in refleksno, saj naši odzivi na druge praviloma niso zavestni, prostovoljni oz. izberljivi. Naše lastno komunikacijsko vedenje samodejno stimulira *dominantno* ali *podredljivo* in *ljubi* ali *sovraži* odziv na druge (Northouse in Northouse 1997).

Vprašanje, ki se zastavlja, seveda je, kam privede **občutek podrejenosti**. Uletova (Ule 2003, 182) meni, »da takšen občutek nelagodja v dalj trajajočem odnosu (kar zdravljenje kroničnih bolezni denimo je) lahko pogostokrat privede do **nezadovoljstva in konflikta**. Izkušnje kažejo, da pacienti nikoli niso nezadovoljni glede odnosa do zdravnika ali do medicine že ob samem prihodu na zdravljenje oz. diagnostiko in da se to nezadovoljstvo razvije pozneje. Gre torej za proces, ki se razvija dalj časa na ravni pacient – zdravnik. Zato je pomembno, da se v odnosu ne razvije trda komplementarnost.« Iz teorije je sicer razvidno, da se **zaupanje** v zdravnika nanaša na pacientova bodoča pričakovanja glede obstoječega odnosa, medtem ko se **zadovoljstvo** nanaša na pretekle izkušnje. Pacientovo zaupanje je do neke mere odvisno od samega odnosa pacienta do zdravnika, seveda pa tudi od njegove predhodne izkušnje z zdravniki oz. njegovo splošno percepcijo zdravnikov (Dibben 2000; Hall in drugi 2002).

Na pacientov odnos do zdravnika, njegove izkušnje z njim in dojemanje zaupanja močno vplivajo tudi drugi dejavniki, npr. ves čas naraščajoč dostop do informacij in informacijske tehnologije (Bambino 2006), mediji (Seale 2003) itd. Ihan (2013) o tem pravi, da v zahodni družbi zdravniki, čeprav so poklicno cenjena skupina, simbolno nimajo več posebne vloge. Po njegovem mnenju zaradi povezanosti zdravnikov z zdravstvenim sistemom (ko imamo zdravnike – ministre in zdravnike – direktorje ustanov) ljudje anomalije zdravstvenega sistema povezujejo z delovanjem zdravnikov. Zdravniki so zaradi tega po mnenju Ihana na precej slabem glasu, čeprav resnici na ljubo zdravstvenega sistema, ki je vzrok slabe volje, še zdaleč ne oblikujejo sami, temveč politika (Ihan 2013). Pahorjeva (v Gedrih 2007) celo pravi, »da so prav politiki najpomembnejši zdravstveni delavci v družbi«, kajti ti določajo osnovne smeri razvoja zdravstvenega sistema, zakonov, razdelitve denarja ... Cerar (2014) meni, da zaradi anomalij zdravstvenega sistema zdravstvene delavce »pred splošnim družbenim pogromom rešuje le to, da smo od njih kot potencialni pacienti vsi odvisni in zaradi tega pred njimi vedno tudi nekoliko prestrašeni«.

Že uvodoma pa smo tudi izpostavili, da zaupanja v zdravstvo kot institucijo sicer ne moremo enačiti z zaupanjem v zdravnike, na splošno pa velja, da je medosebno zaupanje močnejše od zaupanja v javne institucije. Za vrednotenje pomena zaupanja v institucije je pomembno, ali gre za specifično ali difuzno zaupanje, v kakšni meri je zaupanje vezano na posamezne subjekte in pod kakšnimi pogoji se zaupanje oblikuje. Ali je zaupanje specifično ali difuzno, je odvisno od tega, kako ta pojem razumemo v vsakokratnem kontekstu. Če tisti, ki zaupa, pričakuje poseben rezultat, neko posebno storitev, je zaupanje v tem primeru specifično. Če je predmet zaupanja celoten sistem, ne pa posamezna oseba ali konkretna organizacija, potem je glede na predmet zaupanje difuzno. Zaupanju ne kaže pripisovati neomejenih lastnosti, ki so pogosto izpeljane iz njegove difuzne narave. Zaupanje ni vedno in v celoti neodvisno od specifičnih rezultatov. Odpornost proti razočaranjem je povezana predvsem z difuznostjo pričakovanj. Kdor računa s čisto določenimi rezultati, je razočaran, če jih ni, in se bo odzval z odtegnitvijo zaupanja. Vprašanji o možnosti posplošitve zaupanja in prenosa zaupanja sta morda bolj pod vplivom konkretnega predmeta zaupanja. Kdor zaupa posameznim osebam (npr. nosilcem funkcij), še ne zaupa nujno v institucije; kdor pa čuti zaupanje v demokracijo (difuzni predmet zaupanja), ne more čutiti nezaupanja do vseh demokratičnih institucij. Običajno merjenje zaupanja pokaže praznine v številnih pogledih, če je postavljen le predmet zaupanja, niso pa vključeni tudi pričakovanja, merila vrednotenja in vrednotene lastnosti.

Gibanje zaupanja zdravstvu v zadnjih desetih letih je sorazmerno stabilno in ni zaznati večjih nihanj. Opaziti pa je manjši trend upadanja zaupanja, saj je bilo, denimo, izmerjeno zaupanje januarja 2000 3,42, januarja 2010 pa 3,09 (Kurdija in Broder 2010).

O razlogih za »slab vtis« o zdravstvu v javnosti novinarka Zupaničeva (2013) razmišlja takole: »Vloga medijev je, da odslikavamo družbeno realnost in da nadziramo družbo, njene institucije itd. Rezultat tega nadzora je, da iščemo napake in da nanje opozarjamo. Če je vsak novinarski prispevek vezan na napako, je posledično v medijih vsak dan vrsta družbenih anomalij. In ker so vsi to »nadzorstveno« funkcijo vzeli zelo resno, naše poročanje ni več realna preslikava družbe, pač pa je odslikava družbenih napak. Z vedno večjo konkurenčnostjo med mediji se je to početje samo še stopnjevalo, saj smo mediji tekmovali pri tem, kdo bo našel večjo družbeno napako. Zaradi tovrstnega početja ljudje dobijo občutek, da je v družbi vse narobe, da je dovoljeno vse, začnejo se primerjati med seboj, posledično se napake množijo na vseh ravneh in tako je tudi v zdravstvu«.

V Sloveniji imamo približno 5.500 aktivnih zdravnikov, ki po statistiki zavoda za zdravstveno zavarovanje naredijo 14 milijonov pregledov na leto. Na medije se obrne samo peščica, ki je doživela slabo izkušnjo, a ker mediji poročajo samo o tej, je splošni vtis zelo slab. Resnica pa je seveda drugačna. Iz osebnih izkušenj pacientov pa vemo, da zdravniki v splošnem delajo dobro.

Ne glede na to, da pacienti izkazujejo zaupanje v zdravnika kot osebo, pa teoretiki novejšega časa opozarjajo, da obstaja skrb, da hitro rastoče in daljnosežne spremembe v sodobnih zdravstvenih sistemih povsod po svetu spodkopavajo to zaupanje. Medtem ko nekateri **zaupanje in nezaupanje vidijo** kot »dva konca kontinuuma«, drugi zatrjujejo, »da sta zaupanje in nezaupanje sicer ločljiva, ne pa nasprotujoča si pojma« (Hillen, Hanneke, Smets 2011). V tem pogledu obe, zaupanje in nezaupanje, vključujeta pričakovanje glede vedenja druge osebe, s tem da je pri zaupanju pričakovano vedenje koristno, nezaupanje pa vključuje pričakovanje škodljivih vedenj. Kot takšna pa je tudi visoka stopnja nezaupanja ločena od nizke stopnje zaupanja, ki pomeni odsotnost pričakovanja koristnega vedenja (Fiscella in drugi 2004). Pacient lahko torej istočasno do zdravnika čuti določeno stopnjo zaupanja in hkrati določeno stopnjo nezaupanja.

Na **raziskovalno vprašanje 1**, pri katerih elementih zdravnikove in pacientove komunikacijske kompetence (*pridobivanje informacij (PridI)*, *posredovanje informacij (PoI)*, *preverjanje pridobljenih informacij (PrevI)*, *socioemocionalne (SE)*) se kaže največje ujemanje in pri katerih najmanjše, pa smo iz opravljene analize opisnih statistik spoznali, da sta dimenzija *posredovanja informacij* in *socioemocionalna* dimenzija nekoliko višje ocenjeni, kot sta dimenziji *preverjanje* in *pridobivanje* informacij. Največje ujemanje zdravnikove ocene pacienta in pacientove samoocene je glede *socioemocionalne* dimenzije, najmanjše pa je pri dimenziji *preverjanje informacij*. Pri vseh dimenzijah je približno enako ujemanje med pacientovo oceno zdravnika in zdravnikovo oceno sebe. Za malenkost bolje so ocene usklajene glede *posredovanja informacij*. Če to pretvorimo v komunikološki jezik, se največ »šuma« v komuniciranju med zdravnikom in pacientom pojavi pri načinu pridobivanja informacij (torej kako sta zdravnik in pacient pridobivala in zagotavljala drug drugemu informacije, ki jih potrebujeta) in pri preverjanju informacij (postavljanje dodatnih poglobljenih vprašanj za preverjanje, ali sta razumela drug drugega), pri čemer je največje neujemanje pri zadnjem, do katerega pa skoraj ne pride. Pri tem je večje neujemanje med zdravnikovo samooceno in pacientovo oceno kot pa med pacientovo samooceno in zdravnikovo oceno pacienta. Razlog za to je, kot smo že predhodno ugotovili, najbrž v pomanjkanju časa, ki ga ima zdravnik na voljo, in posledično prevladujočem in uveljavljenem vzorcu pogovora s pacientom (rutina). V času torej, ki ga imata na voljo, se zdravnik omeji na »najnujnejše« dimenzije komuniciranja, to je *posredovanje informacij* (vsebina), ob katerem spontano poteka tudi *odnosni vidik*, druge, ki oplemenitijo odnos, pa ne. Iz teorije je poznano, da sta v vsakem komuniciranju navzoča oba vidika, tako vsebinski kot odnosni. Je pa, kot pravi Uletova (2003, 120), »odnosni vidik komuniciranja bolj prikrit in ga je zato težje opredeliti«.

Z (delno) potrditvijo hipoteze smo odgovorili tudi na **raziskovalno vprašanje 2**, kateri so dejavniki, ki prispevajo h komunikacijskim kompetencam zdravnika in pacienta, in kako se zdravnikove komunikacijske kompetence odražajo v pacientovem zaupanju vanj. Iz raziskave je razvidno, da je za pacientovo dožemanje zdravnikove komunikacijske kompetence pomembnejša dostopnost do zdravnika kot pa zdravnikovi pogoji za delo.

Zdravnikovi pogoji dela torej še najbolj posegajo v polje pridobivanja informacij, torej v procesni vidik posveta, saj so najvišja povezanost s to dimenzijo komunikacijske kompetence.

Navedene ugotovitve je treba interpretirati v kontekstu omejitev študije.

Pomanjkljivosti raziskave izhajajo iz omejitev vzorca in metode. V raziskavi so sodelovali le tisti zdravniki, ki so želeli, zato so verjetno ocene drugačne, kot bi bile sicer, če bi pritegnili vse zdravnike (posledično tudi njihove paciente) v določeni zdravstveni ustanovi. Razlog za majhen vzorec je posledica nezainteresiranosti zdravnikov za sodelovanje v raziskavi, o čemer smo pisali v poglavju o metodologiji.

Ti rezultati temeljijo na ugotovitvah 92 diad, torej zdravnikov in pacientov na primarni in sekundarni ravni, ki so sodelovali v študiji. Rezultatov zaradi vzorca ne moremo posplošiti, jih pa zaradi kombinacije kvalitativnega in kvantitativnega raziskovalnega pristopa lahko označimo kot veljavnejše.

Pogosta omejitev v tovrstnih raziskavah je tudi obsežnost instrumentov, v našem primeru vprašalnika o komunikacijskih kompetencah, ki se je izkazal kot preobsežen.

Družboslovni raziskovalni pristop se razlikuje od raziskovanja v medicini in zdravstvu. Na to neskladnost v razumevanju in pristopih smo naleteli tudi s svojo raziskavo, kar je seveda samo po sebi predstavljalo določeno omejitev. Poskušali smo pokazati, da kadar raziskovalci zdravstvenega komuniciranja v svoja raziskovanja ne vključujejo splošnih teorij in aktualnih dognanj širših družboslovnih in humanističnih področij, se s tem pravzaprav zamujajo priložnosti za njihovo povezovanje, nagrajevanje in uporabo.

Čeprav pilotska narava raziskave pomeni tudi določeno omejitev, je vendarle mogoče ugotoviti, da je raziskava prinesla bolj razviden in podrobnejši vpogled v komunikacijske kompetence zdravnikov in pacientov v procesu diagnostike in zdravljenja.

3.5.5 Predstavitev ugotovitev raziskave (z uporabo poglobljenih intervjujev) z diskusijo

Na glavno raziskovalno vprašanje, kaj bistveno določa kakovost odnosa med zdravnikom in pacientom, smo skušali odgovoriti z uporabo poglobljenih polstrukturiranih intervjujev, ki »omogočajo pogled v globino, odkrivanje novih smernic, odpirajo nove razsežnosti določenih problemov in omogočajo dostop do jasnih mnenj, ki izhajajo iz osebnih izkušenj (Walker, 1988)«. Z intervjuji smo poskusili pridobiti boljši vpogled v razmišljanje zdravnikov, ki so

lahko dodatno osvetlili in predstavili svoja stališča, izkušnje in pogled tudi na izsledke raziskave v drugem delu našega empiričnega dela – nasprotje med visokim zaupanjem pacientov v zdravnike (v raziskavah) in slabim vtisom v javnosti. Intervjuji z zdravniki so zajemali tri ključne teme:

- (1) uvrščanje komuniciranja ob klinično delo,
- (2) vzroki za motnje in predlogi sprememb,
- (3) nasprotje med visokim zaupanjem pacientov v zdravnike (kar se odraža v raziskavah) in slabim vtisom v javnosti.

Mnenja udeležencev v raziskavi predstavljamo v nadaljevanju. Intervjujev ne objavljamo v celoti, temveč povzemamo nekatera mnenja in komentarje, ki dodatno pojasnjujejo zastavljeno vprašanje.

(1) Uvrščanje komuniciranja ob klinično delo

Na v uvodu zastavljeno vprašanje, zakaj komuniciranje prihaja v ospredje v odnosu med zdravnikom in pacientom, so intervjuvani zdravniki razloge utemeljevali zelo podobno. Nekaj intervjuvancev je problematiziralo položaj sodobne medicine, ki je postala zelo tehnološka in brezosebna. V ne tako zelo oddaljeni preteklosti so zdravniki svoje poklicno poslanstvo opravljali brez modernih medicinskih pripomočkov in drugih načinov zdravljenja, svojo osnovno dejavnost so opravljali predvsem »z besedo«.

»Sto let nazaj je bila medicina zelo blizu humanističnim znanostim, filozofiji, teologiji, sociologiji, psihologiji, ker takrat ni bilo antibiotikov, kirurgija je bila zelo minimalna, ker ni bilo anestezije, interne medicine, nobenih zdravil še niso poznali, ne hormonov, kaj šele kakšnih zdravil za raka. Temu so sledile tehnična znanost, biologija in naravoslovne znanosti, ki so nam na neki način medicino ugrabile in jo odpeljale čisto v ene naravoslovne vode in se je zato medicina v svojem bistvu zelo spremenila. Iz ene dejavnosti, ki je bila zelo blizu humanistični dejavnosti, v eno zelo visoko tehnološko dejavnost« (Zdravnik 2013).

Zdi se, da so zdravniki, prevzeti nad vsemi novitetami, pri delu s pacienti tako pogostokrat (nevede) zanemarili komuniciranje. Med njimi so tudi taki, meni eden izmed udeležencev, ki s tem nimajo težav:

»Nekateri zdravniki so čisto zadovoljni s tehnično medicino, s tehničnimi postopki in pristopi. Da pacientu na primer poveš: »Jutri ob 10.00.« In njegove osebne stiske, njegova vprašanja niso moja vprašanja in to me ne zanima. In se samo s tem zadovoljijo. Žalostno, ampak so taki. Tak pristop, samo »ck, ck, ck«, skratka čim manj biti dostopen, čim manj govoriti, kar pa ni dobro« (Zdravnik 2013).

Toda teme, o katerih se je treba s pacientom pogovarjati, so osebne, težke, pomembne. Pomen učinkovitega komuniciranja je slikovito opisal udeleženec intervjuja s primerom »treh stebrov v medicini«.

»Trije stebri medicine so diagnostika, zdravljenje in komunikacija. So kot miza na treh nogah. Če imaš mizo na treh nogah, vsi vemo, da sta dve premalo; na dveh nobena miza ne more stati. Če ena manjka, se miza sesuje. In isto je v medicini, kjer se prepletajo tri med seboj odvisne dejavnosti: diagnostika, zdravljenje in komunikacija. Diagnostika ti mora povedati, kaj je človeku, brez tega se ne da zdraviti in s človekom pogovarjati. Zdravljenje je prav tako potrebno, saj nikoli ne moreš in ne smeš reči, da se človeka ne da zdraviti. Vsak človek potrebuje pomoč, tudi če je zelo hudo bolan, potrebuje morda celo samo paliativno terapijo. Ampak tretji steber je komunikacija. Če ne znaš tega, kar si ugotovil, tekom diagnostike prenesti do pacienta, da pacient to sprejme in to tudi razume, potem je lahko tvoj čas zdravljenja fantastično perfekten in po vseh mednarodnih standardih, ampak bo vse zaman« (Zdravnik 2013).

Večina intervjuvancev se je strinjala, da dolgo prežet način zdravljenja, ko se je pacient slepo podrejal zdravnikovi avtoriteti in sledil izključno njegovim odločitvam, danes zamenjal sodobnejši pristop, pri katerem je pacient veliko bolj vključen v proces odločanja o svojem zdravljenju. Komunikacija med pacientom in zdravnikom je pri tem ključnega pomena. Neki zdravnik pravi:

»Če nisi uspel dovolj dobro »skomunicirati« s pacientom (svojih ugotovitev tekom diagnostike), on mogoče tvojega načrta zdravljenja ne bo razumel in sprejel, vse se bo se sesulo, na koncu boš prišel do konflikta in natančno to se zdaj dogaja« (Zdravnik 2013).

Zdravnik po mnenju vseh intervjuvancev ne sme zlorabiti zaupanja med zdravnikom in pacientom. Kaj pa pomeni zloraba zaupanja?

»Karkoli v tej komunikacijski premici! Ves čas moraš biti spoštljiv in se zavedati svoje »višje« pozicije. Oprijemališča so jasna in natančno predpisana v medicinski etiki in deontologiji ... Slednje pa ne bo nikoli delovalo, če bo v ta odnos med zdravnikom in pacientom vstopil tržni element« (Zdravnik 2013).

»To pojasni, zakaj je zdravstvo tako posebno, in tudi, zakaj nikoli ne more biti tržno. Ko bo enkrat to tržno, po padlo kot domine in mi zdaj to že vidimo, da to tako gre ...«

Po mnenju vseh zdravnikov je osnovna zdravnikova lastnost, ki bi jo moral ta imeti, čut do sočloveka.

»Saj ni zdravljenje samo tisto, da ga (op. pacienta) boš ozdravil; zdravljenje je tudi vse tisto in predvsem tista pomoč, da mu pomagaš skozi« (Zdravnik 2013).

Nekateri so dodali, da je načeloma najsodobnejši in tudi najprimernejši partnerski model sodelovanja med zdravnikom in pacientom, pri katerem je pacient dojemljiv za predloge zdravnika, nato pa skupaj sprejemata odločitve o načinu zdravljenja. A v praksi se pogosto izkaže, da tak odnos ni mogoč. Neki zdravnik je povedal, da partnerski model redko zdrži,

»ker ni v tem duhu vzgajan ne eden in ne drug, saj je to proces ...« (Zdravnik 2013),

drugi zdravnik pa meni, da je

»pri tem partnerskem odnosu tudi tako, da sam zdravnik ne more voditi takšnega odnosa, če ima na drugi strani osebo, ki na to ne odreagira« (Zdravnik 2013).

»Ravno komunikacija s »problematičnimi« pacienti in svojci je za zdravnika velik stres, morda največji. Ob tem pa velikokrat ne vodi v zadovoljiv izhod pogovora, ostane le veliko negativnih čustev obojestransko« (Zdravnik 2013).

Da je raven komunikacijskega procesa močno odvisna tudi od pacienta, se prav tako strinjajo vsi zdravniki. Neka zdravnica je menila:

»Nemalokrat se zgodi, da lahko pacientu na poti do ozdravitve ali zazdravitve ponudimo več načinov zdravljenja. Pri odločitvi, kateri je najbolj primeren za posameznika, imajo poleg medicinskih indikacij velik pomen tudi pacientove osebne značilnosti. Tako lahko na primer posamezni pacient neželene učinke določenega načina zdravljenja dojema bistveno bolj obremenjujoče od drugih pacientov« (Zdravnik 2013).

Da se pacienti dobro zavedajo svojih pravic, meni večina zdravnikov, a istočasno tudi menijo, da se pacienti slabo zavedajo svojih dolžnosti.

»Pacientom pri nekaterih stvareh v zvezi z zdravljenjem prepustim odločitve. Pa mi rečejo: kaj se imam pa jaz za odločat. In potem čez nekaj dni na spletnem forumu ta pacient piše, da zdravnik ni vedel, kaj z njim početi, saj je moral odločitev sprejeti sam²¹« (Zdravnik 2013).

Takole slikovito pa je opisala zdravnica, kako zavedanje svojih pravic postane drugačno, ko človek sam postane pacient:

»Če bi se s pacientom pogovoril o Zakonu o pacientovih pravicah ali o predpisih, kot so informirani pristane, bi zagotovo vse razumel, saj na načelni ravni pacienti predpise dobro razumejo, ko pa so postavljeni v realno situacijo, postanejo nebogljeni« (Zdravnik 2013).

Aktivno vključeni pacienti naj bi – v skladu z najsodobnejšimi raziskavami, ki pa jih tudi sami opravljajo – bili zadovoljnejši, se bolj držijo zdravnikovih navodil, kar vodi v boljši izid zdravljenja in večjo kakovost življenja.

Pri tem so vsi opozorili, da je največ pritožb in tudi sporov na sodišču prav zaradi »neuspešne komunikacije«.

»Vedno ko v naši zdravstveni ustanovi prejmemo pritožbo, predlagam sodelavcem, da jo pogledamo zelo natančno: zanima nas seveda, na kaj se nanaša, in ko ugotavljamo, ali se nanaša zdravljenje, malomarnost, morda nekaj spregledanega ... največkrat vidimo, da se ne; nanaša se na način komuniciranja!« (Zdravnik 2013).

Iz statistike pacientovih pritožb pri pooblaščenju pacientovih pravic je razbrati, da je kar 39 odstotkov pritožb nanaša na pravico, ki je povezana s komuniciranjem (pravica do obveščeni in sodelovanja ...). Analiza teh pokaže, da se redkeje nanašajo na odnos in pogostejše na vsebino (op. dimenzije) komuniciranja, npr. natančna razlaga, preverjanje razumevanja informacij itd. Zakaj nastajajo šumi, zastopnica pacientovih pravic razmišlja takole:

»Ko neko področje, problem dobro poznam, se mi zdi normalno, da ga pozna tudi moj sogovornik; zdravniku se npr. zdi, da vsak ve, kaj je osteoporoz, srčno popuščanje, in zato prihaja do tega, da tega ne razloži tako natančno ...« (Zdravnik 2013).

²¹ Zdravnik/ca priznava, da je bil na forumu korektno opisan pogovor.

»Zdravnik istočasno pričakuje, da so si pacienti o tem (svojem problemu) kaj prebrali na internetu, v resnici pa ni tako; večina starejših pacientov si ne prebere, mlajši pa si, pa tudi med temi je veliko takšnih, ki prebrano napačno razumejo« (Zdravnik 2013).

»Težave se velikokrat pojavijo šele pri odpustu, ko zdravnik ali osebje pacientu ne poda zadostne informacije; reče se mu, da bo dobil odpustni list po pošti, ko pa pridejo domov, ne vedo, kaj bodo počeli, nekateri pa na izvide čakajo tudi po nekaj tednov, kar pa ni prav« (Zdravnik 2013).

Trije zdravniki so povedali, da ukvarjanje s pritožbami v zdravstvenih ustanovah, še zlasti med zdravniki, ni dobro sprejeto. Eden pravi:

»Rečejo mi, zakaj se mi ponižujemo in priznavamo krivdo, saj so oni tukaj zato, da nas poslušajo« (Zdravnik 2013).

Izjava nakazuje na zastarel koncept zdravstva, ki je očitno še zelo navzoč. Kateri pacienti se po mnenju zdravnikov najpogosteje pritožujejo?

»Tisti, ki dejansko utrpijo škodo, ker so se jim zgodile krivice« (Zdravnik 2013).

»Zdi se, da strokovne napake, če se ne zgodijo zaradi arogance, pacienti še najmanj zamerijo« (Zdravnik 2013).

Neka zdravnica je menila:

»Gre za ljudi, ki se jim zdi, da se jim krivice dogajajo na vsakem koraku, in je v njihovem življenju lahko sprožilec karkoli (op.: pri tem opiše primer zgodbe iz leta 2013 iz Francije, ko je močno socialno ogroženi pacient do smrti zabodel zobozdravnico, ki ga je že tretjič opozorila, da mora plačati storitev, ki mu jo je opravila)« (Zdravnik 2013).

Po mnenju dveh zdravnic se dejavnika okoliščin, ki spodbujajo take oblike vedenja, zdravniki ne zavedajo, saj o tem nimajo dovolj znanja s področja komuniciranja s težavnimi pacienti.

(2) Vzroki za motnje v komuniciranju in predlogi sprememb

Vsi zdravniki so v ospredje postavili, da bi morali zdravniki pridobiti znanje s področja komuniciranja vsaj v procesu izobraževanja na medicinski fakulteti, če že ne prej, saj menijo, da je to osnovna veščina, ki bi jo moral imeti vsak človek, državljan ... Tipična je bila izjava zdravnika:

»To je pri nas vgrajeno v izobraževalni sistem, na fakultetah se ne začne vzgajati o komunikaciji« (Zdravnik 2013).

Neki zdravnik je poudaril, da je imel

»veliko srečo, saj je imel zelo dobre mentorje, ki so ga tudi s področja medosebnih odnosov veliko naučili, sicer pa je znanje o komuniciranju pridobil v svoji osnovni celici, družini ...« (Zdravnik 2013).

Vseh pet zdravnikov je kritično obsodilo vstopne pogoje, ki veljajo za vpis na medicinsko fakulteto, saj menijo, da ti popolnoma spregledajo »človeško dimenzijo« bodočega študenta medicine. Menijo, da je v slovenskem prostoru napaka v sistemu, da se na sprejemnih izpitih upoštevajo samo točke, ki jih dosežejo le nadpovprečni maturanti.

»Na sprejemnih izpitih iščejo znanstvenike, raziskovalce, ki so imeli v šolah same petke, med temi, ki bi naj jutri postali zdravniki, pa ne iščejo ljudi, ki imajo odnos do sočloveka, do tistega, ki trpi, ki ga nekaj boli ...« (Zdravnik 2013).

»Med kriteriji za izbor na fakulteto ni enega samega, ki bi upošteval osebnostne značilnosti kandidata. Na fakulteto se lahko vpiše kdorkoli, ki izpolnjuje kriterije, pri tem je pa lahko popolnoma neprimeren za komunikacijo s pacienti. To na fakulteti nikogar ne zanima« (Zdravnik 2013).

»Zdravnik bi se moral začeti učiti komunikacijskih veščin že med študijem na fakulteti. Tukaj ni narejeno nič, mi nismo imeli ene same ure predavanj ali prakse, kjer bi nas sistematično učili, kako komunicirati s pacientom. Komunikacije smo se učili v praksi od mentorjev in tu je spet vse prepuščeno naključju. Če je mentor dober v komunikaciji, to lahko prenese na učenca, če ni, ne more. Upam, da bodo odgovorni spoznali, da je učenje veščin komunikacije nujno za prihodnje zdravnike, in upam, da bodo to spoznali, preden bo kdo od zdravnikov ali njihovih učiteljev zaradi slabe komunikacije končal na sodišču« (Zdravnik 2013).

»Brez izobraževanja zdravnikov s področja komuniciranja je način komuniciranja zdravnika odvisen od njegovih osebnostnih značilnosti; morda še vzgoje in načina komuniciranja v primarni družini« (Zdravnik 2013).

»Vprašanje, ali je učenje komunikacijskih veščin za zdravnika potrebno, sploh ne sme biti vprašanje, pač pa trditev. Toda tu nastane velik problem ...« (Zdravnik 2013).

Pomanjkljivost togega izobraževalnega sistema se kaže tudi pozneje, ko študentje medicine postanejo zdravniki in se boj »za točke« nadaljuje.

»Že pri tridesetih je lahko docent, kot da vsi iščejo samo te točke ... Ja, seveda, ker se pri teh točkah ni treba pogovarjati s pacienti. Pacienti so v bistvu tako, kot smo včasih rekli za hec, da kako bi bilo v

bolnici lepo delati, če ne bi bilo pacientov; imeli bi vse lepo poravnano, tako kot v šoli, kjer bi bilo zelo lepo delati, če ne bi bilo teh napornih učencev, ki neprestano nekaj skačejo in vpijejo« (Zdravnik 2013).

Sicer pa, kot dodaja neki drug zdravnik:

»Na medicinski fakulteti nimajo odnosa do drugih strok, ker se vse učijo drug od drugega, zdravnik od zdravnika, ti pa že zobozdravnika ne sprejemajo medse, kaj šele psihologa, socialnega delavca, to je njim balast« (Zdravnik 2013).

Prav vsi zdravniki so opozarjali na hudo pomanjkanje časa, ki ga ima zdravnik na voljo za pacienta, ki ga obravnava.

»Če imaš ti preveč pacientov, če je za enega pacienta na voljo sedem ali pet ali 12 minut, kar pomeni, da drugi postopki, ki jih moraš narediti, tudi vzamejo določen čas, da moraš napisati na primer recept in diktirati pogovor, to pač vzame toliko in toliko časa. In tako tista tehnična komunikacija še steče, se pravi jutri ob enajstih boste prišli tja in tja, ampak tista bolj vsebinska komunikacija, kaj je, kako bom živel naprej, kaj si pravzaprav lahko obetam od tega zdravljenja, kakšni so stranski učinki, ali imam še kakšne druge možnosti – za to pa res manjka časa« (Zdravnik 2013).

»Več kot toliko (npr. 12) pacientov na dan ne morem pregledati, če hočem biti dober zdravnik. Ni problem v postopku pregleda, saj lahko včasih v petih minutah vidim, kaj pacientu je, toda potem potrebujem pol ali pa tri četrt ure, da to razložim bolnici, njenemu partnerju, da »skombiniramo« vse tisto, kar se ljudem po glavah plete.«

»Hiter odnos je nervozen odnos« (Zdravnik 2013).

»Lahko je svetovni mojster komunikacije, guru komunikacije, a v sedmih minutah zagotovo ne bo zadovoljil vseh pacientovih informacijskih potreb. To so objektivni primeri, ko je dejansko komuniciranje zdravnik – pacient slabo« (Zdravnik 2013).

Vedno prisotno pomanjkanje časa je ena izmed posledic zastarele organiziranosti zdravstvenega varstva, ki v zadnjih letih podpira model varčevanja.

»V slovenskem zdravstvu so standardi takšni, da gre pogosto to na zdravnikovo škodo, njegovega ugleda, strokovnega dometa, za kar pa v resnici nismo odgovorni, ampak slab menedžment, zakonodaja, politika« (Zdravnik 2013).

»Takšen način dela vodi v izgorevanje« (Zdravnik 2013).

»Zdaj so pa debate v smeri, da je npr. kirurga treba izkoristiti drugače, da zdravniki so tako dragi, da imajo visoko ceno. Seveda imajo visoko ceno, tako kot drugje po svetu, toliko moraš vložiti znanja, po drugi strani pa si neprestano na sodišču« (Zdravnik 2013).

»Zato sem dala odpoved, ker sem rekla, da ne bom v Slovenskih novicah z inicialkami ožigosana, da nisem strokovna, da sem se premalo s pacientom pogovarjala ...« (Zdravnik 2013).

Po mnenju udeležencev so socialnoekonomske spremembe v zadnjih dvajsetih letih s seboj prinesle tudi ogromne moralno-etične spremembe, spremlja nas tako imenovana »kriza vrednot«. Neka zdravnica je navedla primer, ki po njenem mnenju dobro odseva stanje naše družbe:

»Hčerki poveš, da bo njena mama umrla v roku enega tedna in da si želi, da bi umrla v domačem okolju. Prosiš, če bi jo lahko svojci vzeli domov. Ne samo da gospe nočejo vzeti na dom, celo rečejo, da gredo smučat, ker pač vsako leto v tem tednu gredo smučat. Smučanje je pomembnejše od tega, da si pri mami, ko umira in te potrebuje, in da se dostojno poslovíš od nje. Tu, verjemite, nobena komunikacija med zdravnikom in pacientom ne more narediti ničesar. Tu so odpovedale vse vrednote« (Zdravnik 2013).

Vsi zdravniki so kritično ocenili vpliv farmacevtske industrije, ki da je predvsem zaradi ekonomskih dejavnikov preveč posegla na področje stroke.

»V zadnjih 30 letih ali pa 20 letih je medicino ugrabila farmacevtska industrija, ki v bistvu danes kontrolira čisto vse – raziskovanje, izobraževanje, pod nadzorom ima čisto vse, kar moraš imeti, npr. majhne konference, kje pa si lahko privoščiš še velike, če nimaš sponzorjev! Medicinski časopisi ne morejo preživeti, če nimajo reklame od farmacevtske industrije; če smo malo ostri, doktrine zdravljenja v bistvu skoraj ne kreiramo sami, saj nam farmacevti tako rekoč določajo doktrine zdravljenja« (Zdravnik 2013).

»Stara uveljavljena zdravila so lahko zelo dobra, toda izginjajo iz repertoarja zdravnikovega znanja, in sicer zato, ker so preveč poceni. Farmacevtski giganti in multinacionalke forsirajo samo še nova zdravila, ki pa so strašansko draga« (Zdravnik 2013).

Po mnenju večine so nujne spremembe, ki zajemajo sprejetje zdravstvene reforme oziroma zakonodajnih sprememb v zdravstvu.

»Potrebne so temeljite spremembe zdravstvenega sistema. Še pred kratkim smo mislili, da bomo samo malo popravljali »fasado«, govorili smo o nadgradnji sistema, dograjevanju, toda vzrok za vrsto težav, ki smo jim v zdravstvu priča danes, ki v nekem smislu vplivajo tudi na medosebne odnose, je pomanjkljiva sistemska zakonodaja. Ta, ki je trenutno v veljavi, se je izpela, iztrošila in praktično s temi vzvodi, ki jih ponuja, ni več mogoče obvladovati sistema« (Zdravnik 2013).

Nova zakonodaja bi morala sprejeti sodoben koncept sistema zdravstva. Neki zdravnik je predlagal:

»Potrebne so spremembe na področju zdravstvenih dejavnosti, predvsem v organizaciji. Treba bi bilo spremeniti t. i. mrežo zdravstvene dejavnosti, saj trenutno obstoječa temelji na podatkih iz leta 1972; v tem času so nastopile sociodemografske spremembe, spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva, v medicinski tehnologiji, v organizaciji in menedžmentu itd., ki zahtevajo določene spremembe in prilagoditev novim potrebam in izzivom družbe« (Zdravnik 2013).

»Torej mislim, da bi morali nekako apelirati na to, da so potrebne temeljite spremembe, reforma celotnega sistema zdravstvenega varstva« (Zdravnik 2013).

In kakšnega zdravstva si želijo? Zdravstveni sistem bi po mnenju vseh udeležencev moral biti precej bolj v »pacienta usmerjen«. Da bi zdravniki delali v okolju, ki bi spodbujalo človeški odnos.

»Da bi se lahko pacientu posvetili, ne pa komaj čakali, da gre iz ambulante, ker te za njim čaka še 20 drugih« (Zdravnik 2013).

»In pacient mora imeti možnost, da te npr. pokliče. To je nekaj najbolj osnovnega, kar bi moral pacient imeti. In tako kot nam je normalno, da imajo učitelji v šoli govorilne ure, mislim, da je zelo zelo prav, da bi jih imeli tudi zdravniki. Kolegom neprestano dopovedujem, da so uradne »govorilne ure« zdravnika pravzaprav prihranek pri času, ker namesto da me pacienti zmotijo, takrat ko ne želim, da me motijo, ko se kvarjam s svojim izobraževanjem ali drugimi dejavnostmi, bo moja sestra v ambulanti rekla: oprostite, če ni strahotno nujno, pokličite pa v ponedeljek ob enih, na to in to številko vam bo dosegljiv. In takrat pač moram biti tukaj« (Zdravnik 2013).

(3) Nasprotje med visokim zaupanjem pacientov v zdravnike (kar se odraža v raziskavah) in slabim vtisom v javnosti

Na vprašanje, zakaj se kaže na eni strani slaba medijska podoba zdravstva, na drugi strani pa imamo na osebni ravni z zdravstvom dobre izkušnje, kar se odraža v raziskavah, so zdravniki podobno odgovarjali. Menijo, da je vzrokov za to več. Splošno družbeno ozračje je po njihovem mnenju precej nastrojeno proti zdravnikom, ki so »dežurni krivci za marsikaj«.

»Prepričanje o slabi zdravniški komunikaciji ni izolirano. Nekako istočasno s tem so ljudje začeli razmišljati, da je celotno zdravstvo v Sloveniji slabo, da so zdravniki nesposobni in da imajo prevelike plače« (Zdravnik 2013).

»Zdravniki so bili v preteklosti spoštovani in cenjeni predstavniki družbe, danes so postali neupravičeno objekt kolektivne jeze in zaničevanja« (Zdravnik 2013).

»Najbolj zanimivo je, da imajo tudi ljudje, ki so zdravi, ki z zdravniki nimajo nobenega opravka, o njih negativno mnenje in so celo objekt njihove jeze. Pa ne samo o zdravnikih, negativno mnenje imajo tudi o medicinskih sestrah in opažamo, da se nekateri svojci pacientov do sester obnašajo poniževalno« (Zdravnik 2013).

Med vzroki za takšno stanje so udeleženci poudarjali tudi vpliv medijskega poročanja na pacientovo percepcijo o zdravnikih. Menijo, da je vpliv medijev zagotovo velik.

»Za laično javnost so glavni vir informacij množična občila« (Zdravnik 2013).

»Tvorci vsebin množičnih občil bi se morali zavedati, da imajo zelo odgovorno nalogo ustreznega ozaveščanja ljudi. V nasprotju s tem je njihovo ravnanje pogosto naravnano k zvečanju priljubljenosti določenega občila, zato o informacijah zdravstvenega značaja poročajo izrazito senzacionalistično. To še posebej velja za negativne dogodke« (Zdravnik 2013).

»Če bi vsi zdravniki tako katastrofalno delali, kot se o njih poroča, potem bi bilo okrog njih vse mrtvo, tako pa ni« (Zdravnik 2013).

»Raziskave o zdravstvenem informiranju javnosti v Sloveniji, pa tudi v tujini kažejo na trend povečevanja števila prispevkov, a žal v ospredje stopa senzacionalnost, ne pa natančnost informacij. Celo novinarji sami nas opozarjajo na resnost posledic tovrstnega ravnanja in opozarjajo, da je število prispevkov z zdravstvenega področja obratno sorazmerno s kritičnostjo njihovih avtorjev« (Zdravnik 2013).

Zakaj pacienti zaupajo zdravnikom, udeleženci v intervjujih utemeljujejo takole.

»To je pa tudi malo, kot temu radi rečemo ljudsko, 'narava zdravnikovega dela'« (Zdravnik 2013).

»Ampak tako je, ko je človek pri zdravniku, se počuti zelo šibkega, in ko je človek šibak, je podredljiv, verjame, zaupa. Nekomu vendar moraš zaupati ...« (Zdravnik 2013).

»Odgovornost zdravnikovega dela je velika in seveda ima svojo ceno in vedno jo bo imela« (Zdravnik 2013).

Pri problematiziranju na zastavljeno vprašanje so zdravniki izpostavili tudi modele odnosov med zdravniki in pacienti.

»Kljub temu da si vsi želimo partnerski odnos in ga tudi prakticiramo, pa ta odnos ni enakovreden v strokovnem smislu; v tem smislu pacient mora zaupati in tudi zaupa, slovenska medicina pa je tudi dobra in zaupanja vredna« (Zdravnik 2013).

»Partnerskega odnosa ne more biti, ker ni vzgajan v takšnem duhu ne eden ne drug ... to je proces ...« (Zdravnik 2013).

»Lahko imam partnerski odnos, zdravnik mu ga lahko ponudi, toda pacient pogosto leze nazaj. Pa mi reče: Kaj se imam jaz za odločat'? Saj ste vi zdravnik, boste pa že vedeli ...« (Zdravnik 2013).

»In zato, verjemite mi, ni iz trte zvito, da že vsaj 50 let na to opozarjajo sprejete deklaracije (tokijska, helsinška ...), ki natančno opisujejo, kaj vse so zlorabe v zdravstvu in čemu vse moramo biti zdravstveni delavci zavezani ...« (Zdravnik 2013).

Neki zdravnik je povedal, da v današnjem sistemu, ko se zdravstvo spopada s hudimi ekonomskimi omejitvami, to čutijo tudi pacienti.

»Bolj so tolerantni, potrpežljivi, razumejo, da je kriza na vseh ravneh in da bo lahko samo še slabše« (Zdravnik 2013).

Zdravnikov, predvsem specialistov družinske medicine, je v Sloveniji premalo, opozarjajo intervjuvani zdravniki.

» ... in ko nekaj ni dostopno, znaš to bolj ceniti« (Zdravnik 2013).

»Ljudje bi jih radi včasih menjavali, ampak ker je sistem tak, da si moraš najprej sam poiskati zdravnika in šele po tem, ko ga imaš, je varno, da greš po dokumentacijo k staremu« (Zdravnik 2013).

»Zdravnika je težko dobiti. Pacientova pravica je prosta izbira osebnega zdravnika, zobozdravnika, specialista, je pa zelo nevarno, da rečeš zdravniku, jaz pa ne bom več pri vas, preden si najdeš drugega ... Ljudje se včasih ne upajo pritožiti, ker pravijo, kaj bom pa potem, potem bom pa leto dni brez« (Zdravnik 2013).

Diskusija

Analiza intervjujev z zdravniki je pokazala, da imajo zdravniki dobro izoblikovana, predvsem pa enotna stališča do vseh treh obravnavanih tem. Njihovi odgovori so bili tudi v skladu z našimi predhodnimi ugotovitvami.

V splošnem lahko povzamemo, da so zdravniki proces komuniciranja umestili visoko na lestvico prioritet in znanj, ki jih mora zdravnik imeti, in da je komuniciranje »eden izmed treh stebrov v medicini«. Komuniciranje je večšina pogovora, ki je osnovna metoda, tako diagnostična kot terapevtska.

Med **komunikacijskimi kompetencami**, ki jih mora imeti dober zdravnik, je večina intervjuvanih zdravnikov posebej poudarila posredovanje informacij, sposobnost vživljanja v sogovornika, dostopnost (za pogovor), usmerjenost v pacienta. Ključno zanje je poslušanje. S poslušanjem se proces pogovora ali zdravljenja začne in konča, s poslušanjem se ustvari in izboljšuje odnos. Predvsem pa je pomembno poznavanje tudi širšega socialnega okolja pacienta, npr. celotne družine, ki ji ta pacient pripada, in tudi njegovega načina življenja.

Raziskava je pokazala zdravnikovo zavedanje, da je dolgo navzoč način zdravljenja, ko se je pacient slepo podrejal zdravnikovi avtoriteti in sledil izključno njegovim odločitvam, danes zamenjal sodobnejši pristop, pri katerem je pacient veliko bolj vključen v proces odločanja o svojem zdravljenju. **Aktivno vključeni pacienti** naj bi (skladno tudi z rezultati najsodobnejših raziskav, ki pa jih tudi sami opravljajo nekateri intervjuvani zdravniki) bolj sodelovali, upoštevali protokol zdravljenja, bili bolj zadovoljni, kar vodi v boljše izide zdravljenja in večjo kakovost življenja. V splošnem se vsi zdravniki strinjajo, da je najsodobnejši in tudi najprimernejši **partnerski model** sodelovanja med zdravnikom in pacientom, pri katerem je pacient dojemljiv za predloge zdravnika, nato pa skupaj sprejemata odločitve o načinu zdravljenja. A v praksi se pogosto izkaže, da tak odnos ni mogoč. Po mnenju vseh zdravnikov je osnovna zdravnikova lastnost, ki bi jo moral ta imeti, **čut za sočloveka**. Zdravnik po mnenju vseh intervjuvancev nikoli ne sme zlorabiti zaupanja med zdravnikom in pacientom. A žal se to dogaja, dodajajo.

Čeprav je med zdravniki prisotno zavedanje, da so sami odgovorni za proces komuniciranja, pa menijo, da je raven komunikacijskega procesa močno odvisna tudi od pacienta. Prevladujoče mnenje je, da se ti dobro zavedajo svojih pravic, zdravniki pa tudi menijo, da se slabo zavedajo svojih dolžnosti. **Zakon o pacientovih pravicah** (Uradni list RS, št. 15/08; ZPacP) dejansko določa pravice, ki jih ima pacient kot uporabnik zdravstvenih storitev, določa postopke uveljavljanja teh pravic ob morebitnih kršitvah in s temi pravicami povezane dolžnosti. Namen ZPacP je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo. Zakon poskuša vzpostaviti predvsem zaupanje in spoštovanje med pacientom in zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem oziroma sodelavcem. Zastopnica pacientovih pravic je opozorila, da se kakovost storitev zmanjšuje, poleg tega pa morajo pacienti nanje čakati v nerazumno dolgih čakalnih vrstah. Analize sicer kažejo, da se največ **pritožb** in tudi sporov na sodiščih rešuje predvsem in zaradi »neučinkovite komunikacije«. Kakšni pacienti se po mnenju zdravnikov najpogosteje pritožujejo? Na eni strani so to

pacienti, ki so dejansko utrpeli škodo, ker so se jim zgodile krivice, ko je npr. zdravnik v nasprotju s kliničnimi smernicami opustil zdravljenje, ni natančno pojasnil okoliščin zdravljenja in sosledja dogodkov, ni posredoval vseh relevantnih informacij, storil strokovno napako, po drugi strani pa imajo zdravniki opravka tudi s težavnimi pacienti, ki »povsod iščejo vzroke za njihove težave, ki jih imajo v svojem življenju«, in s katerimi, priznavajo, zaradi pomanjkanja znanj s področja komuniciranja s težavnimi sogovorniki ne zmorejo vselej najbolje komunicirati. V splošnem pa velja prepričanje, da ukvarjanje s pritožbami v zdravstvenih ustanovah, še zlasti med zdravniki, ni dobro sprejeto.

Vsi intervjuvani zdravniki menijo, da so *poglavitni vzroki za motnje v komuniciranju* med zdravnikom in pacientom v glavnem trije: **splošno družbeno ozračje, zastarel koncept zdravstvenega varstva** (makroraven) in **pomanjkanje znanja s področja komuniciranja** na obeh straneh, še zlasti zdravnikov.

Vsi zdravniki so izpostavili, da bi morali zdravniki pridobiti znanje s področja komuniciranja v procesu izobraževanja na medicinski fakulteti, če ne že prej, med obveznim izobraževanjem, saj menijo, da je to osnovna veščina, ki bi jo moral imeti vsak človek, državljan ... Pri tem so zlasti problematični vstopni pogoji, ki veljajo za vpis na medicinsko fakulteto, ki po mnenju zdravnikov popolnoma spregledajo »človeško dimenzijo« bodočega študenta medicine. Velika sistemska napaka je, da se na sprejemnih izpitih bodočih medicincev upoštevajo samo točke, ki jih dosežejo le nadpovprečni maturanti. Pomanjkljivost togega izobraževalnega sistema pa se kaže tudi pozneje, ko študentje medicine postanejo zdravniki in se boj »za točke« le še nadaljuje. Zato je v javnosti uveljavljen izraz »bogovi v belem« logična izpeljanka, ki »medicinski stroki ne bi smela biti v ponos«.

Velika sistemska pomanjkljivost, ki v izsledkih naše raziskave ni nobena izstopajoča posebnost, pa je problematika, povezana s hudim pomanjkanjem časa, ki ga imajo zdravniki na voljo za pacienta. Gre za sedem minut, ki jih ima v povprečju slovenski zdravnik na voljo za enega pacienta. V tem času je težko vzpostaviti optimalne okoliščine za kakovosten zdravniški posvet.

Prav tako pa ima lahko negativen vpliv na odnos med zdravniki in pacienti razvoj drugih dejavnikov, na primer večanje avtonomije pacientov, lahko pa tudi izboljššan dostop do (včasih tudi nasprotujočih si) medicinskih informacij, denimo na spletu (Mechanic 1996).

Medtem ko dejavno sodelovanje zdravnika s pacientom prek ali s pomočjo spleta veliko zdravnikov zavrača, se med njimi tudi stališča do uporabe spletnih vsebin in komunikacij očitno spreminjajo. Neka udeleženka je na primer izrazila mnenje, da bi morali »priložnosti, ki nam jih ponuja splet, ki ga nikakor ne moremo ignorirati, saj je »tu, zdaj in dejstvo«, bolje izkoristiti sebi in pacientom v korist«, zato je predlagala, da bi zdravniki svojim pacientom priporočili tudi uporabo spleta in morda celo sodelovali pri pripravi spletnih vsebin.

Presenetljivo so zdravniki odločno obsodili preplet medicinske stroke s farmacevtsko industrijo in industrijo medicinskih pripomočkov, ki da sta preveč posegli na področje stroke. Med vzroki za današnje stanje so udeleženci izpostavljali tudi vpliv medijskega poročanja na pacientovo percepcijo o zdravnikih in njihovem odnosu do pacientov in izrazili prepričanje, da je vpliv medijev zanesljivo (pre)velik.

Glavni vzroki za motnje in nesporazume v odnosih med zdravniki in pacienti pa so po mnenju zdravnikov na makroravni, v pomanjkljivi zakonodaji itd. Slovenski zdravstveni sistem se spopada s krizo, ki je predvsem finančne narave, to pa je povezano tudi z zastarelim konceptom zdravstvenega varstva. Med **predlogi sprememb**, so se strinjali, je nujno sprejetje zdravstvene reforme oziroma zakonodajnih sprememb v zdravstvu, sistem pa bi moral biti bolj občutljiv in v pacienta usmerjen.

Zaupanje pacientov v zdravnike je po mnenju intervjuvanih zdravnikov lahko upravičeno visoko, saj je slovenska »medicina vrhunska in zaupanja vredna«, podobne rezultate imajo tudi v drugih sodobnih zdravstvenih sistemih, kar potrjujejo izsledki najnovejših domačih in tudi tujih raziskav (npr. Street in drugi 2009). Zaupanje v drugo osebo je pravzaprav bistvenega pomena za človeško sobivanje. Preprosto nemogoče je, da bo vsaka za človeka pomembna stvar varna in da se mu včasih ne bo treba prepustiti drugim v skrb. Zato moramo verjeti v dobre namene tistih, ki se jim prepuščamo (Baier 1986). Brezpogojno zaupati pa pomeni, da smo ranljivi in od drugih tudi odvisni. Vendar pa, tako opozarjajo ugledni teoretiki v sodobnem času, se to začinja krhati zaradi zastarele organiziranosti zdravstva, kar pa pomeni slabšo dostopnost za paciente in zmanjšanje osebne pozornosti, namenjene njemu (Hillen, Hanneke, Smets 2011). Zdravstveni delavci se pri svojem delu srečujejo s strogimi varčevalnimi ukrepi, ki so jih v zdravstvenih ustanovah uvajali zaradi finančne in gospodarske krize. Zdravstveno varstvo je področje, kjer potrebe, zahteve, pričakovanja ljudi rastejo mnogo hitreje od možnosti njihovega zadovoljevanja. Vse to vodi v določeno negotovost ...

Socialnoekonomske spremembe so v zadnjih dvajsetih letih s seboj prinesle tudi ogromne moralno-etične spremembe, spremlja nas tako imenovana »kriza vrednot«. Vse to se prenaša tudi v ambulante zdravnikov in torej v najbolj elementarne odnose v človekovem življenju.

Izstopajoče ugotovitve:

Zdravnik 1: »Saj ni zdravljenje samo tisto, da ga (op. pacienta) boš ozdravil; zdravljenje je tudi vse tisto in predvsem tista pomoč, da mu pomagaš skozi.«

Zdravnik 2: »Ravno komunikacija s »problematičnimi« pacienti in svojci je za zdravnika velik stres, morda največji. Ob tem pa velikokrat ne vodi v zadovoljiv izhod pogovora, ostane le veliko obojestransko negativnih čustev.«

Zdravnik 3: »Takšen način dela vodi v izgorevanje.«

Zdravnik 4: »Ne smemo tudi pozabiti na zastarelo organiziranost zdravstvenega varstva in vedno prisotno pomanjkanje časa.«

Zdravnik 5: »Torej mislim, da bi morali nekako apelirati na to, da so potrebne temeljite spremembe, reforma celotnega sistema zdravstvenega varstva.«

4 ZAKLJUČNE UGOTOVITVE DISERTACIJE IN PREDLOGI

Analiza tako širokega vprašanja, kot je *kaj določa odnos med pacientom in zdravnikom v procesu zdravljenja v tako zapletenem okolju, kot je zdravstveni sistem*, je vsekakor zahtevna naloga. Naša raziskava temelji na relacijskem modelu komunikacijskih kompetenc v zdravstvu, ki so ga razvili avtorji Thornton (1984) ter Query in Kreps (1996). Model ponazarja medsebojno odvisnost razmerij med ponudniki in uporabniki pri zagotavljanju zdravstvenega varstva.

Izstopajoča ugotovitev naše raziskave je, da so komunikacijske nespretnosti nezanemarljiv vir težav tako za zdravnike kot tudi paciente. Zdravnikove komunikacijske kompetence vplivajo na pacientovo zaupanje vanj. Izkazalo se je, da slovenski pacienti izkazujejo zaupanje v zdravstveni sistem, znatno večje pa je izkazano zaupanje v osebnega oziroma izbranega zdravnika. Toda kadar zdravniki podcenjujejo komunikacijski proces, to pri pacientih povzroča manjše zaupanje. Pri tem so tudi okoliščine pomemben dejavnik, s čimer smo potrdili izhodiščno tezo.

Kaj vključuje dobra komunikacija med zdravnikom in pacientom, se je doslej opisovalo predvsem v kontekstu medicine, ki je »usmerjena k pacientu«, pri čemer pa je ideološka podlaga v pacienta usmerjene medicine bolje razvita od njene utemeljenosti z empiričnimi dokazi. Prav tako se dolga leta ni razvijalo področje podpornega komuniciranja z znanstveno utemeljenostjo (Bensing 2000). Najsodobnejše raziskave so pokazale, da v pacienta usmerjen slog komuniciranja pomeni komuniciranje in skrb za sočloveka (Little in drugi 2001; Tarrant, Stokes, Baker 2003), spodbudno vedenje zdravnikov (Stewart in drugi 2000; Zandbelt in drugi 2007; Street, Gordon, Haidet 2007), zavedanje bolnikovih potreb, pričakovanj, skrbi (Little in drugi 2001; Zandbelt in drugi 2007; Tarrant, Colman, Stokes 2008), vzajemno iskanje skupne rešitve (Little in drugi 2001; Ommen in drugi 2011), podporno, empatično, v čustva in občutke usmerjeno komuniciranje (Zandbelt in drugi 2007; Street, Gordon, Haidet 2007; Tarrant, Colman, Stokes 2008; Verheul, Sanders, Bensing 2010; Saha in Beach 2011). Takšno komuniciranje, ko zdravnik poudarja pacientove možnosti zdravljenja in pozitivne izide, vodi k pacientovemu boljšemu počutju, k manj tesnobe, večjemu optimizmu (Ong in drugi 2000; Schofield in drugi 2003, Tarrant, Stokes, Baker 2003; Stewart in drugi 2000) in

posledično k boljšim izidom zdravljenja. Pomanjkanje pacientovega zaupanja v zdravnika pomeni slabše potek in rezultate zdravljenja (Kowalski in drugi 2009).

Izsledki raziskave podpirajo ugotovitev, da je komuniciranje v samem središču pacientove oskrbe. Skladno z navedenimi ugotovitvami smo v tem delu odprli nekaj največjih težav, s katerimi se spopadata glavna protagonista v našem raziskovalnem delu. Z njimi se srečujejo tudi sodobni zdravstveni sistemi, zato bi jih v prihodnje veljalo poglobljeno obravnavati.

Pri tem se seveda zastavlja vprašanje, kateri osnovni pogoji znotraj »kolesa sistema zdravstvene oskrbe« morajo biti izpolnjeni za vzpostavitev optimalnih okoliščin za kakovosten posvet. Kako torej preseči velike pregrade in »mehanični odnos« med zdravnikom in pacientom počlovečiti? Menimo, da gre za izpolnjevanje pogojev na treh ravneh, in sicer na

- (a) ravni posameznika (oz. diade zdravnik – pacient),
- (b) ravni zdravstvenih ustanov in
- (c) ravni (zdravstvenega) sistema.

Razpoke v modernem sistemu zdravstvenega varstva močno ogrožajo pacientovo zaupanje v zdravnika in njun odnos. Kot smo lahko videli, gre zdravstvena ekonomika vse manj v smeri partnerskega odnosa med pacientom in zdravnikom. Izvajalci zdravstvenih storitev, zlasti zdravniki, vse bolj pa tudi pacienti sami opažajo in opozarjajo, kako težko je ob vseh omejitvah vzpostaviti nemoteno dvosmerno komunikacijo.

Na podlagi naših spoznanj in izsledkov sodobne literature (npr. Street in drugi 2009; Tarrant, Colman, Stokes 2008) menimo, da bi bilo **za zagotavljanje boljšega komuniciranja treba zagotoviti naslednje pogoje:**

- (1) zagotoviti dostop in optimalne pogoje za delovanje zdravstvenega sistema in oskrbe,
- (2) krepitev vlog in spodbujanje razumevanja vlog (če naj pacienti sodelujejo pri odločanju o načinu zdravljenja, morajo razumeti bolezen, poznati tveganja, priložnosti ponujenih terapij, zdravniki pa morajo poznati njihove vrednote, preference in prepričanja),
- (3) krepitev terapevtskega zavezništva in partnerstva med zdravnikom in pacientom.

Še vedno prisoten tradicionalno paternalistični model odnosa med zdravnikom in pacientom bi veljalo **nadomestiti z bolj simetričnimi modeli**. Razvoj gotovo mora iti v smer, ko bo

pacient postal osrednja oseba v procesu zdravljenja. Krebs in Thornton (1992) sta izpostavila pet najpomembnejših (a tudi najpogosteje prezrtih) tehnik v zdravniškem posvetu, ki bi jih veljalo upoštevati – v učnih načrtih, organizacijskih ureditvah znotraj zdravstvenih ustanov, ambulantah zdravnikov:

- (1) umeščanje pacienta v središče dogajanja (izkazovanje spoštovanja, zagotavljanje zasebnosti, skrb za udobnost),
- (2) pridobivanje celovitih in natančnih informacij (uporaba odprtih/zaprtyh vprašanj; omogočanje pacientu, da predstavi svojo zgodbo s svojimi besedami, brez prekinjanja; pomoč pri izražanju, kadar pacient tega ni sposoben sam; ponovitev ali drugačna postavitev vprašanj, če jih pacient ni razumel; uporaba pacientu razumljivega jezika; neverbalna podpora (prikimavanje), uporaba opogumljajočih pripomb itd.),
- (3) ohranjanje nadzora nad pogovorom (kratko povzemanje pacientove zgodbe; prekinitev nepomembnih informacij (kot so opisi nepotrebnih situacij ob pripovedovanju simptomov, kot npr. »potem je prišla sosedka in rekla²² ...«), uporaba neverbalnih znakov – uporaba odmorov in tišine, s katerimi spodbuja pacienta, da govori o svojih težavah),
- (4) ohranjanje odnosa (uporaba očesnega stika; izkazovanje razumevanja za pacientova čustva; sprejemanje pacientovih vrednot; soočanje z njegovimi dvomi, stiskami, strahovi; razlaga potrebnih preiskav in diagnostičnih postopkov),
- (5) zaključevanje intervjuja (informiranje pacienta o nadaljnjih korakih; omogočanje pacientu, da zastavi dodatna vprašanja; podajanje sklepnih izjav in misli, ki zagotavljajo udoben občutek).

Zelo pomembno področje, ki bi ga veljalo bolje razviti, je **področje reševanja sporov**. Nanje se ne bi smeli odzivati z molkom, zatajevanjem, napadi, ampak s pogumnim iskanjem rešitev, ki bi bile ugodne za vse prizadete strani. Kljub vsem formalnim možnostim, ki jih ponuja zakonodajalec (*Zakon o pacientovih pravicah*), bi bilo smiselno in priporočljivo uporabiti mediacijo kot način alternativnega reševanja sporov čim prej: že v fazi prve obravnave kršitve pacientove pravice pred izvajalcem zdravstvenih storitev, še preden se konflikt stopnjuje pred komisijo ali celo pred sodiščem. Mediacija je, kot menita Zdolšek in Stojan (2011), zelo dobrodošel način reševanja sporov v zdravstvu, saj ima značilnosti, ki so pozitivne za obe

²² Pripomba zdravnika na anketnem vprašalniku v empiričnem delu te naloge, s katero je želel opozoriti na šum v komuniciranju.

sprti strani: postopek je prostovoljen in zaupen, hitrejši in cenejši od sodnih postopkov. Med sprtimi udeleženci izboljšuje kulturo dialoga in ohranja ali vzpostavlja boljše medsebojne odnose tudi za njuno morebitno nadaljnje sodelovanje: zdravstveni delavec in pacient bosta namreč lahko v prihodnje bistveno lažje sodelovala, če njun odnos ne bo obremenjen s konflikti.

Spremenjene navade v komuniciranju med zdravniki in pacienti so prinesle nove komunikacijske tehnologije, splet; raziskave pa so pokazale, da se pacienti, ki uporabljajo splet v času diagnostike in zdravljenja, dejavneje vključijo v odločanje o svojem zdravljenju. Pri tem tudi stopnja izobrazbe ni več tako pomembna, kot je bila zaznana v starejših raziskavah (Rajer 2013). Pri zdravstvenih strokovnjakih bi bilo treba dvigniti zavedanje o moči teh medijev, ki bi jih s pravilno uporabo lahko izkoristili v korist procesa zdravljenja. Zdravstvene ustanove, zdravniške organizacije in stanovska društva bi morali bolje izkoristiti prednosti uporabe spletnih komunikacij in javnega družbenega komuniciranja in obenem minimalizirati njihove slabosti z objavo profesionalnih smernic, navodil o primernosti uporabe teh komunikacij za zdravstvene strokovnjake.

Čeprav se zdravnika s »pravo mero« sposobnosti komunikacije, empatije, človečnosti, topline in prijaznosti ne more oblikovati le v času študija, je **prenos učenja komuniciranja v polje formalne medicinske edukacije** prav tako zelo pomemben. Dobrega komuniciranja se je mogoče naučiti. Večina zdravnikov to počne z zgledi iz okolja (vpliv mentorjev, izobraževalcev, organizacijske kulture matične ustanove) in z izkušnjami skozi lastne napake, kar je pogosto previsoka cena predvsem za pacienta. Zdravstvene in medicinske fakultete bi morale za študente uvesti dodatne programe ali predmete, ki bi omogočali boljše razumevanje lastnega in pacientovega doživljanja in čustvovanja. Študente in študentke bi bilo dobro tudi spodbuditi h kritični analizi sodobne družbe in kulture. Pri tem se pouk komuniciranja ne bi smel končati na tej stopnji, saj se zdravnik z resničnimi komunikacijskimi zapleti srečuje šele pri delu ob pacientu. Zdravstvene izobraževalne institucije bi morale skupaj z zdravstvenimi ustanovami zdravnikom olajšati izkustveno učenje in jim nuditi kontinuirano (multidisciplinarno) usposabljanje in pomoč pri zapletih. V tujini so se interaktivne delavnice izkazale kot najboljši način za izboljšanje veščin komuniciranja, pa tudi sicer tam obstaja vrsta kakovostnih izobraževanj na to temo. Izobraževalni program, ki ga je od leta 2009 razvijalo Evropsko združenje za komuniciranje v zdravstvu EACH (<http://www.each.nl/>), omogoča udeležencem kombinacijo praktičnih in teoretičnih dognanj.

Zdravniki, še zlasti pa njihovi izobraževalci bi se morali **zavedati pomembnosti kompetentnega komunikacijskega vedenja** do svojih pacientov. Pri tem pa ne mislimo zgolj na kompetenco med posvetom, temveč kompetenco, ki pokriva vse pomembne (tudi širše družbene) komunikacijske situacije, v katere vstopajo, seveda še posebno tiste »v sami ambulanti«. Sicer pa, kot pravi Lundrova (2002, 124), »uspešno lahko zdravi le tisti, ki ima potrebna znanja in veščine, je sam v dobri kondiciji, ozaveščen in odprt za različnost pacientov ter sprijaznjen s svojo ranljivostjo in minljivostjo ...«. Zdravnik s širokim znanjem in odprtostjo je sposoben voditi takšno komuniciranje, ki ne le uspešno zdravi, ampak pacienta spodbuja k ozdravitvi in tudi k osebni rasti. Zdravnika namreč takšno delo ne izčrpava ob nujnem profesionalizmu, temveč ga bogati in izpolnjuje. Takšnega zdravnika pa si želi, predvsem pa zasluži prav vsak pacient.

Čeprav je raziskovalcem že uspelo identificirati ključne dejavnike, ki vplivajo na pacientovo zaupanje zdravniku, pa se po mnenju avtorjev Pearson in Raeke (2000) pravo razumevanje zdravnikove strokovnosti, sočutja, zanesljivosti, celovitosti in odprte komunikacije ter poglobljeno razumevanje komponente zaupanja šele razvijata. Razvijajoča se narava sistema zdravstvenega varstva bo namreč še naprej odpirala nove dileme in nove poglede na odnose med zdravnikom in pacientom. V prihodnje zato lahko pričakujemo nove izzive, ki bodo vplivali na manjše zaupanje, medtem ko bodo nekatere ovire, s katerimi se spopadamo zdaj, zbledele. Če so na primer raziskovalci v 70. letih najbolj opozarjali na pretirano paternalistični odnos zdravnika (Pearson in Raeke 2000) in v 90. na povečan dostop do (nasprotujočih si) medicinskih informacij, npr. na spletu (Mechanic 1996), danes teoretiki opozarjajo na precej kompleksnejšo grožnjo, ki zelo spodjeda pacientovo zaupanje v zdravnika, to so **konflikti interesov ob močnih finančnih pritiskih** ključnih odločevalcev v sistemu zdravstva. Za krepitev zaupanja med zdravnikom in pacientom bo torej treba slediti **sistemskim spremembam na področju zdravstva**. Posvetimo še temu nekaj misli v nadaljevanju.

Živimo namreč v času, ko se v Sloveniji in v svetu soočamo s hitrimi spremembami in z razvojnimi izzivi na vseh ključnih področjih, ki so pomembna za družbeni napredek in blaginjo. Zdravje, ki je pomemben element kakovosti življenja in blaginje, prebivalci Slovenije uvrščamo na sam vrh lestvice vrednot, hkrati pa je tudi pomemben družbeni kapital, ki je prvi pogoj za družbeni in gospodarski razvoj. Zdravje posameznika v veliki meri

določajo socialni in ekonomski dejavniki, ki nas spremljajo v času, ko smo se rodili, ko odraščamo, delamo in se staramo (Marušič 2011). Vprašanje, **kako dolgoročno zagotoviti optimalno izvajanje vseh nalog v sistemu zdravstva**, kot jih poznano danes, in tudi nadaljnji razvoj te dejavnosti, je aktualno že zadnjih nekaj let. Dejstvo je, da razvoj tega področja v zadnjih dvajsetih letih narekuje nujne spremembe in tudi sedanja organizacija dela (pravno, organizacijsko in ekonomsko) ima velike pomanjkljivosti.

Trditev, da so za spreminjanje organiziranosti celotnega področja zdravstva v Sloveniji nujni tako **zakonski kot tudi strokovni** temelji, ni pretirana. O zdravstveni reformi, ki bi na novo vzpostavila razmerja med ključnimi deležniki, se prav tako pogovarjamo že leta. Dobro bi jo bilo čim prej izvesti. Ob omejenih finančnih virih je namreč treba iskati cenejše oblike zdravstvene dejavnosti. Že vrsto let imamo močno podhranjeno in zapostavljeno primarno zdravstveno raven, glavna pomanjkljivost tega pa je veliko pomanjkanje splošnih oziroma družinskih zdravnikov, ki svojo preobremenjenost rešujejo z napotitvami pacientov na specialistično raven. Ekonomisti analitiki opozarjajo (in tudi izračuni kažejo), da bi z bistveno okrepljeno primarno zdravstveno dejavnostjo v veliki meri razbremenili sekundarno in terciarno dejavnost s pacienti z manj zahtevnimi obolenji in poškodbami, kar bi pomenilo posredno izboljšanje dostopnosti za zahtevne zdravstvene postopke in zdravljenja, s tem pa bi se denimo skrajšale čakalne dobe, manj bi bilo podvajanja osnovnih diagnostičnih preiskav ipd., posledično bi bili stroškovno učinkovitejši. Treba bi bilo spremeniti zakonodajo, ki se na to vprašanje nanaša.

Dodatno obremenjujočo popotnico predstavlja **obstoječ način dela v (večini) zdravstvenih zavodov**, ki ne sledi napredku družbe in za današnje razmere ni več optimalen. Gre za področja

- organizacije dela izvajalcev zdravstvenih storitev,
- pristojnosti vodstev (višjega in srednjega menedžmenta),
- uvajanje normativov, standardov kakovosti, smernic itd.

Zdi se, da zavedanje o spremenjenem načinu delovanja in tudi resnosti krizne situacije v zdravstvu pri večini zaposlenih v zdravstvu še ni zadostno. Ukrepom za racionalizacijo dela, ki jih v zavodih uvajajo in se neposredno navezujejo na njihov način dela, zaposleni ne sledijo povsem. Za dobro gospodarjenje in upravljanje zdravstvenih bolnišnic in zdravstvenih domov bi navsezadnje morali dati polno moč vodstvom zdravstvenih ustanov, ki bi morala

imeti na eni strani več pristojnosti in orodij za vodenje, tako na področju kadrovske politike, nagrajevanja zdravstvenih delavcev kot nabav zdravil, medicinskih pripomočkov itd., hkrati pa bi bilo treba vzpostaviti tudi njihovo večjo osebno odgovornost in vezanost na doseganje strokovnih in poslovnih ciljev.

Področje, kjer se po besedah medicinske stroke lahko pričakuje največji učinek vloženih sredstev na zdravje državljanov, je **preventivna zdravstvena dejavnost**, ki bi jo bilo dobro okrepiti. »Žal rezultati niso merljivi takoj ali celo v nekaj letih ne, nanje je včasih treba počakati dlje in škoda bi bila, če bi zaradi tega ob sedanji krizi zmanjšali sredstva za programe s tega področja. Vlagati več sredstev v zdravstveno dejavnost pa je na prvi videz v nasprotju z ukrepi, ki naj bi nas vodili iz trenutne krize« (Pušnik 2013). Preventiva kot taka je sicer zelo pomembna, če ne bi iz te preventive zdravstvo in farmacevtska industrija kovala izjemnega dobička. Ti dobički so vezani na preventivne teste, ki jih ves čas delamo, na zdravila, ki jih jemo, preden zbolimo, in tudi na dodatke (vitamine in podobno), ki jih uživamo, ne da bi vedeli, kaj je resnično v njih (Salecl 2013).

Velik izziv, ki družbo, zdravstvo, predvsem pa medicino čaka v prihodnosti, je zato tudi ta, da medicina »**razdre incestoidno zvezo s farmacijo**« (Komat 2009, 18). Odgovor na v uvodu zastavljeno vprašanje, ali so interesi medicine in farmacevtske industrije združljivi, ni pritrđen. »Kadar v prostor med tistimi, ki pomagajo pacientom, in tistimi, ki njihovo pomoč potrebujejo, vstopi pohlep po denarju, so posledice vedno enake: pohlep prevlada nad vrednotami« (Keber 2009, 31). Nezdrav vpliv farmacevtske industrije je začel omejevati in ogrožati medicinsko vedo; po eni strani samo znotraj polja svojega delovanja, saj vse pogosteje odpira vprašanja profesionalne etike zdravniškega poklica in medprofesionalnih razmerij, po drugi strani pa tudi od zunaj, saj spodkopava zaupanje javnosti vanjo, torej prav tiste javnosti, zaradi katere sploh obstaja.

Zdi se, da argument javnozdravstvene razsežnosti farmacevtske industrije, torej da so zdravila nepogrešljivi del medicine, njihov cilj pa je lajšati boleznin in trpljenje milijonom ljudi, opravičuje sredstva te industrije in negativne posledice, ki jih povzročajo ljudem (Komat 2009, 16). Zdravila pa niso navadne potrošniške dobrine, od njih sta odvisna človeško zdravje in kakovost življenja. Zato bi morali imeti dostop do dobrih zdravil po zmernih cenah. Po mnenju Kebra (2009, 13) farmacevtska industrija sama ne more spremeniti sedanjih razmer, pa čeprav jo vodijo v zlom. Potrebni so svetovni politični dogovori, denimo dogovor o tem,

da morajo biti zdravila dostopna vsem, ki jih potrebujejo. Nato bi bilo treba prekiniti vse neposredne finančne povezave med proizvajalci in zdravniki ali pa jih vsaj narediti dostopne javnemu nadzoru. Zdravniki bi morali predpisovati zdravila z generičnimi imeni, in ne z imeni proizvajalca, lekarnar pa bi moral izdati tisto izmed mogočih različic, ki bi imela najnižjo ceno. Podpora izobraževanju bi morali proizvajalci vplačevati v ustrezne sklade itd. Kot pravi Komat (2009, 16), »medicina potrebuje torej najširšo družbeno pomoč, da se izvleče iz pasti in si pridobi nujno potrebno avtonomijo ter si povrne svoje izvorno poslanstvo«.

K reševanju vseh navedenih težav je treba **pritegniti tudi medije**, čeprav je realnost takšna, da so lahko prav mediji na primer istočasno enako priročno orodje farmacevtskih podjetij, prek katerih »izobražujejo« ali »ozaveščajo« javnost o slabo razumljenih boleznih ali stanju v zdravstvu. Medijske upodobitve in opisi dogodkov niso »resnice«. V najboljšem primeru so le delne resnice, včasih lahko tudi zavajajoče neresnice. Sicer pa je vloga medijev v zdravstvu zanesljivo velika. Zanimanje medijev za vsa področja zdravstva je nenehno prisotno, zato bi se moral vsak zdravstveni delavec zavedati moči medijev in uporabiti njihovo moč v svojo in pacientovo korist. Pri tem pa, kot menijo Verčič, Zavrl, Rijavec (2002), seveda ne pozabiti, da je javnost upravičena do natančnih, pravih in razumljivih informacij. Ljudje si namreč o nas (lahko) mislijo tisto, kar vidijo, slišijo ali preberejo v množičnih medijih. Ljudje se morajo odločiti, ali bodo, kot trdi Seale (2003), medijem in njihovem poročanju zaupali ali ne, skoraj na enak način, kot se odločamo za zaupanje ali nezaupanje v zdravnika ali v drugo strokovno znanje. Celotna družba, seveda pa tudi zdravstvena sociologija morata biti zainteresirani za to, da odkrijeta, katere zgodbe pridejo v javnost, katere ostanejo prikrite in kako se medijsko občinstvo (ki vključuje oblikovalce zdravstvene politike in izvajalce zdravstvenih storitev) odziva na posredovana sporočila.

Nekaterih največjih težav s predlaganimi rešitvami smo se zgolj dotaknili in zdi se, da so težko rešljive – vendar smo jih obravnavali vsaj na ravni vizije.

Področje medosebnih odnosov in komuniciranja v zdravstvu je ena izmed aktualnejših tem v zdravstvenih in tudi družbenih vedah. **Izvirni prispevek disertacije** zato predstavlja sodobna razprava o vplivu zdravnikovih komunikacijskih kompetenc na pacientovo zaupanje v zdravnika skozi model *komunikacijskih kompetenc v zdravstvu*. Disertacija naj bi tako

predstavljala temeljito teoretsko orodje za nadaljnje raziskave komunikacijskih kompetenc procesov v zdravstvu pri nas.

Empirični del naloge prispeva k iskanju skupnih konstruktivnih rešitev, modelov dobre prakse, izobraževalnih procesov ter s tem k izboljševanju kakovosti dela in življenja pacientov nasploh. Pomemben prispevek disertacije je tudi v tem, da je to ena redkih domačih empiričnih raziskav, ki je raziskovala komunikacijsko kompetentnost zdravnikov v povezavi z zaupanjem in poskušala potrditi nujnost njenega prenosa na polje izobraževanja zdravnikov.

Z vidika zdravstva je omenjeno delo s pridobljenimi rezultati lahko tudi argument in pripomoček pri tematiziranju pomembnih zdravstvenih tem, ugotovitve pa je mogoče uporabiti tudi za primerjave s tujimi študijami. Zato bi bila lahko disertacija zanimiva tudi za mednarodni prostor.

Rezultati raziskave podkrepljujejo pomen integracije modela komunikacijskih kompetenc v zdravstvu za boljše razumevanje medsebojnih odnosov med zdravniki in pacienti. Medtem ko relacijski model komunikacijskih kompetenc načrtuje temeljna razlikovanja med posameznimi dimenzijami komunikacijskih kompetenc, nam npr. opisan Learyjev model (1955) omogoča podrobnejše razlikovanje v odnosih med posamezniki. Integracija vseh modelov in teorij prispeva k spoznanjem na področju komuniciranja v zdravstvu.

Izvirni prispevek disertacije je tudi sodobna razprava o odnosnem komuniciranju, komunikacijski kompetenci in vzorcih udeležencev v procesu diagnostike in zdravljenja. Prav tako je delo skupek in analiza sodobnih konceptualizacij in teorij na področju komuniciranja v zdravstvu. Pomemben prispevek predstavlja tudi analiza družbenih dejavnikov in procesov, ki smo jih proučevali in obravnavali skozi vidik zdravstvene tematike. Nazadnje disertacija prispeva tudi h komunikacijskim študijam in sociologiji zdravstva.

Če povzamemo, ugotovili smo, da dostopnost do zdravnika vpliva na pacientovo oceno zdravnikovih komunikacijskih kompetenc in da komunikacijske kompetence zdravnika (še zlasti v odnosni dimenziji) vplivajo na zaupanje pacienta v zdravnika. Te ugotovitve upravičujejo nadaljnje proučevanje dejavnikov, ki vplivajo na komunikacijski odnos med zdravnikom in pacientom.

Nadaljnje proučevanje bi (poleg odprave predhodno navedenih pomanjkljivosti) kazalo usmeriti k naslednjim vprašanjem:

Kateri mikro in makro situacijski dejavniki še vplivajo na zaupanje v zdravnika? Katere spremenljivke, vezane na zdravnika oziroma pacienta, najbolj vplivajo na njun odnos, na primer katere osebnostne lastnosti zdravnikov najbolj vplivajo na komuniciranje oziroma kateri pacientovi prepričanja, želje, vedenja so najpomembnejši v tem procesu? Kako se komunikacijske prakse, navade in potrebe razvijajo v odnosu v daljšem procesu diagnostike in zdravljenja?

Kategorični imperativ vseh, ki delajo v zdravstvu, je etično delovanje. V tem pogledu bi bilo treba raziskati etične vidike komuniciranja in natančneje proučevati, kateri dejavniki in mehanizmi vplivajo na učinkovito in dejavnejšo vlogo pacientov.

Pri nadaljnjem raziskovanju komuniciranja med zdravnikom in pacientom in komunikacijskih kompetenc pa je predvsem pomembno oblikovati zanesljive merske instrumente in teoretična izhodišča. Kot menita Hall in Schmid Mast (2009), bi v nadaljevanju v polju zdravstvenega komuniciranja veljalo poglobljeno razpravljati o mogočih pomenih pojma »teoretično« in ponuditi razširjen nabor definicij, kaj to sploh pomeni.

Težave pri usklajevanju zdravniškega posveta in njegov vpliv na pacientove izide so bili natančneje obravnavani v literaturi šele v zadnjem obdobju (glej Powell Davies in drugi 2008; Peikes in drugi 2009), zato bi kazalo proučevanju povezanosti organizacijskih dejavnikov znotraj zdravstvenih ustanov na interakcijo med zdravnikom in pacientom še vedno nameniti več raziskovalnih naporov. V tem pogledu bi bilo zanimivo proučiti, denimo, kako dinamika odnosa med zdravnikom in medicinsko sestro vpliva na pacientovo dojetje zdravstvenega okolja ipd.

Novi pomisleki o vlogi zaupanja v sodobnem času, ko smo priča gospodarski in finančni krizi, so prav tako sprožili potrebo po boljšem razumevanju vloge zaupanja v odnosu med zdravnikom in pacientom. Nadaljnjo pozornost bi veljalo usmeriti tudi v odgovore na vprašanja, kateri so najpomembnejši elementi zaupanja pacientov in kje so tiste šibke točke v zaupanju, ki lahko ogrozijo zdravljenje.

Upamo, da bo delo spodbudilo druge raziskovalce zdravstvenega komuniciranja in praktike k razmišljanju in iskanju odgovorov na naša zastavljena vprašanja ali pa samo spodbudilo k polemičnim, angažiranim in kritičnim diskusijam, ki jih je v našem prostoru še vedno premalo.

5 LITERATURA

1. Aarva, Pauliiana, Willy de Haes in Adriaan Visser. 1997. Health communication research. *Patient Education and Counseling* 30 (1): 1–5.
2. Allen, Ronald R. in Kenneth L. Brown. 1976. *Developing communication competence in children*. Skokie, III.: National Textbook Co.
3. Anderson, Lynda A. in Robert F. Dedrick. 1990. Development of the Trust in Physician Scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports* 67 (3): 1091–1100.
4. Angell, Marcia. 2008. *Resnica o farmacevtskih podjetjih: kako nas zavajajo in kaj lahko ob tem storimo*. Ljubljana: Krtina.
5. Annandale, Ellen. 1998. *The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
6. Armstrong, David. 1984. The patients' view. *Social Science and Medicine* 18 (9): 737–744.
7. Association of American Medical Colleges. 1999. *Report III: Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine*. Dostopno prek: <https://members.aamc.org/eweb/upload/Contemporary%20Issues%20In%20Med%20Commun%20in%20Medicine%20Report%20III%20.pdf> (23. avgust 2013).
8. Baier, Annette. 1986. Trust and antitrust. *Ethics* 96 (2): 231–260.
9. Ballard, Karen in Mary Ann Elston. 2005. Medicalisation: Multi-dimensional Concept. *Social theory and Health* 3 (3): 228–241.
10. Bambino, Linda E. 2006. Physician Communication Behaviors That Elicit Patient Trust. *East Tennessee State University*. Dostopno prek: <http://dc.etsu.edu/etd/2185/> etd (15. 2. 2014).
11. Barker, Kristin K. 2008. Electronic support group, patient-consumers, and medicalization: The case of contested illness. *Journal of Health and Social Behavior* 49 (1): 20–36.
12. Bašić Hrvatin, Sandra. 2010. Pripovedovanje zgodb – medijsko poročanje o javnih zadevah. *VMedicina in pravo*, ur. Vesna Rijavec, Jelka Reberšek Gorišek, Vojko Flis, Viktor Planinšec in Suzana Kraljić, 151. Maribor: Pravna fakulteta Univerze v Mariboru in Zdravniško društvo Maribor.
13. Beckman, Howard B., Kathryn M. Markakis, Anthony L. Suchman in Richard M.

- Frankel. 1994. The doctor–patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine* 154 (12): 1365–1370.
14. Bellet, Paul S. in Michael J. Maloney. 1991. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA* 266 (13): 1831–1832.
 15. Bensing, Jozien. 2000. Bridging the gap, the separate worlds of evidence based medicine and patient centered medicine. *Patient Education and Counseling* 39 (1): 17–25.
 16. Berlinger, Norman. 2004. Patient trust. Trust remains fundamental to the ethical practice of medicine even in the age of the patient as consumer. *Minnesota Medicine* 87 (6): 32–34.
 17. Bertakis, Klea D., Debra Roter in Samuel M. Putnam. 1991. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice* 32 (2): 175–181.
 18. Bezenšek, Jana in Andreja Barle. 2007. *Poglavja iz sociologije medicine*. Maribor: Medicinska fakulteta.
 19. Blumer, Herbert. 2004. Narava simboličnega interakcionizma. V *Kompendij socioloških teorij*, ur. Frane Adam in Matevž Tomšič, 209–223. Ljubljana: Študentska založba.
 20. Bošnjak, Dragica. 2003. Zdravnik mora postati sogovornik. *Delo*, 45 (148) (30. junij).
 21. Brennan, Troyen A., David J. Rothman, Linda Blank, David Blumenthal, Susan C. Chimonas, Jordan J. Cohen, Janlori Goldman, Jerome P. Kassirer, Harry Kimball, James Naughton in Neil Smelser. 2006. Health Industry Practices That Create Conflicts of Interest. A Policy Proposal for Academic Medical Centers. *JAMA* 295 (4): 429–433.
 22. Broom, Dorothy H. in Roslyn V. Woodward. 1996. Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care. *Sociology of Health and Illness* 18 (3): 357–378.
 23. Bruhn, John G. 2005. The lost art of the covenant: Trust as a commodity in healthcare. *Health Care Manger* 24 (4): 309–311.
 24. Busfield, Joan. 2010. ‘A pill for every ill’: Explaining the expansion in medicine use. *Social Science and Medicine* 70 (6): 934–941.
 25. Bylund, Carma L. in Gregory Makoul. 2002. Empathic communication and gender in the physician–patient encounter. *Patient Education and Counseling* 48 (3): 207–216.
 26. Bylund, Carma L. in Gregory Makoul. 2005. Examining empathy in medical

- encounters: an observational study using the empathic communication coding system. *Health Communication* 18 (2): 123–140.
27. Cain, Jeff. 2011. Social media in health care: The case for organizational policy and employee education. *American Journal of Health-System Pharmacy* 68 (1): 1036–1040.
 28. Calnan, Michael W. in Emma Sanford. 2004. Public trust in health care: The system or the doctor? *Quality and Safety in Health Care* 13 (2): 92–97.
 29. Carey, James W. 1989. *Communication as culture: Essays on media and society*. Boston: Unwin Hyman.
 30. Carpenter, Delesha M., Robert F. DeVellis, Edwin B. Fisher, Brenda M. DeVellis, Susan L. Hogan in Joanne M. Jordan. 2010. The effect of conflicting medication information and physician support on medication adherence for chronically ill patients. *Patient Education and Counseling* 81 (2): 169–176.
 31. Catalán-Matamoros, Daniel. 2011. The Role of Mass Media Communication in Public Health. V *Health Management - Different Approaches and Solutions*, ur. Krzysztof Smigorski. Dostopno prek: <http://www.intechopen.com/books/health-management-different-approaches-and-solutions/the-role-of-mass-media-communication-in-public-health> (30. avgust 2013).
 32. Cegala, Donald J., Deborah S. McGee in Kelly S. McNeilis. 1996. Components of patients' and doctors' perceptions of communication competence during a primary care medical interview. *Health Communication* 8 (1): 1–27.
 33. Cegala, Donald J., Mary Thoesen Coleman in Jeanine Warisse Turner. 1998. The development and partial assessment of the medical communication competence scale. *Health Communication* 10 (3): 261–288.
 34. Cerar, Miro. 2014. Grožnje Slovencem. *Dnevnik*, 26. marec. Dostopno prek: <http://www.dnevnik.si/mnenja/kolumne/groznje-slovincem> (28. marec 2014).
 35. Chaitchik, Samario, Shulamith Kreitler, Shlomo Shaked, Idit Schwartz in Roni Rosin. 1992. Doctor-patient communication in a cancer ward. *Journal of Cancer Education* 7 (1): 41.
 36. Charles, Cathy, Amiram Gafni in Tim Whelan. 1999. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine* 49 (5): 651–661.
 37. Chomsky, Noam. 1965. *Aspects of a theory of syntax*. Cambridge Mass.: MIT Press.
 38. Clarke, Sean P. 2006. Organizational climate and culture factors. *Annual Review of*

- Nursing Research* 24 (1): 255–272.
39. Cockburn, Jill in Sabrina Pit. 1997. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *BMJ* 315 (7107): 520–523.
 40. Cohen, Jay S. 2001. *Over Dose: The Case Against the Drug Companies*. New York: Jeremy P. Tarcher/Putnam.
 41. Conrad, Peter in Joseph W. Schneider. 1992. *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
 42. Conrad, Peter. 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology* 18 (1): 209–232.
 43. Conrad, Peter. 2005. The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behaviour* 46 (1): 3–14.
 44. Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press.
 45. Coulehan, John L., Frederic W. Platt, Barry Egner, Richard Frankel, Chen-Tan Lin, Beth Lown, William H. Salazar. 2001. 'Let me see if i have this right': words that help build empathy. *Annals of Internal Medicine* 135 (3): 221–227.
 46. Critser, Greg. 2005. *Generation Rx: how prescription drugs are altering American lives, minds, and bodies*. Boston, New York: Houghton Mifflin.
 47. Čakš, Mojca. 1999. Čustvena inteligentnost v zdravstvu. *Isis: glasilo Zdravniške zbornice Slovenije* 8 (7): 42–43.
 48. Davidson, Rosemary, Kate Hunt in Jenny Kitzinger. 2003. 'Radical blueprint for social change'? Media representations of New Labour's policies on public health. *Sociology of Health and Illness* 25 (6): 532–552.
 49. De Furia, Guy L. 1996. *Interpersonal trust survey – facilitators guide to the interpersonal trust surveys*. San Fransico, CA: Jossey-Bass.
 50. De Haes, Hanneke in Jozien Bensing. 2009. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling* 74 (3) 287–294.
 51. De Haes, Hanneke in Saskia Teunissen. 2005. Communication in palliative care: a review of recent literature. *Current Opinion in Oncology* 17 (4): 345–350.
 52. Dibben, Mark R. 2000. *Introducing trust in the entrepreneurial venture. Exploring interpersonal trust in the entrepreneurial venture*. London: McMillan Press.
 53. Dibben, Mark R., S. Eley Morris in Michael E. J. Lean 2000. Situational trust and co-

- operative partners between physicians and their patients: A theoretical explanation transferable from business partnership practice. *QJM: An International Journal of Medicine* 93 (1): 55–61. Dostopno prek: <http://www.qjmed.oxfordjournals.org/cgi/reprint/93/1/55> (15. 2. 2014).
54. Dolan, Gina, Rachel Iredale, Robert Williams, Jamal Ameen. 2004. Consumer use of the internet for health information: a survey of primary care patients care patients. *International Journal of Consumer Studies* 28 (2): 147–153.
55. Drinovec, Jože. 1998. Odnos zdravnik – pacient – njegovo ocenjevanje in merjenje. *Zdravniški vestnik* 67 (10): 579–582.
56. Duratović, Amela in Lijana Zaletel Kragelj. 2011. Komuniciranje v zdravstvu: novinarsko poročanje denimou Onkološkega inštituta Ljubljana. *Zdravstveno varstvo: revija za teorijo in prakso preventivnega zdravstvenega varstva* 50 (4): 259–271.
57. Elston, Mary Ann, Jonathan Gabe, David Denney, Ramond Lee in Maria O’Beirne. 2002. Violence against doctors: a medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. *Sociology of Health and Illness* 24 (5): 575–598.
58. Emanuel, Ezekiel J. in Linda L. Emanuel. 1992. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267 (16): 2221–2227.
59. Epstein, Ronald M., Peter Franks, Kevin Fiscella, Cleveland G. Shields, Sean C. Meldrum, Richard L. Kravitz in Paul R. Duberstein. 2005. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine* 61 (7): 1516–1528.
60. Eržen, Ivan. 2005. e-Zdravje za boljšo zdravstveno oskrbo prebivalcev Evrope: *Akcijski načrt na področju e-zdravja v Evropi*. Dostopno prek: <http://www.drmed.org/index.php?k=2&n=129> (16. avgust 2013).
61. Eysenbach, Gunther. 2008. Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *Journal of Medical Internet Research* 10 (3). Dostopno prek: <http://www.jmir.org/2008/3/e22/> (15. avgust 2013).
62. Ferjanc, Marjan. 2006. *Orodja za presojo strateških finančnih odločitev v bolnišnicah. Magistrsko delo*. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
63. Ferk, Jože. 2010. *19. posvetovanje Medicina in pravo*. Maribor, 26. in 27. marec
64. Fiscella, Kevin, Sean Meldrum, Peter Franks, Cleveland G. Shields, Paul Duberstein, Susan H. McDaniel in Ronald M. Epstein. 2004. Patient trust—is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medical Care* 42 (11): 1049–1055.

65. Foucault, Michel. 1976/1990. *The history of Sexuality. Volume 1: An Introduction*. Harmondsworth. Penguin.
66. Foucault, Michel. 2003. *The Birth of Clinic*. 3rd Edition. Routledge.
67. Franks, Peter, Kevin Fiscella, Cleveland G. Sheilds, Sean C. Meldrum, Paul Duberstein, Anthony F. Jerant, Daniel J. Tancredi in Ronald M. Epstein. 2000. Are patients' ratings of their physicians related to health outcomes? *Annals of Family Medicine* 3 (3): 229–234.
68. Fuchs, Gerhard. 2001. Biotechnology in Comparative Perspective - Regional Concentration and Industry Dynamics. *Small Business Economics* 17(1): 1–2.
69. Gabe, Jonathan, Michael Bury in Mary Ann Elston. 2004. *Key Concepts in Medical Sociology*. London: Sage Publications.
70. Gadžijev, M. Eldar. 2001. Nekaj misli o komunikacijah v zdravstvu. *Isis: glasilo Zdravniške zbornice Slovenije* 10 (2): 56–57.
71. Gedrih, Maša. 2007. Intervju dr. Majda Pahor o položaju medicinskih sester. Kritično razmišljujoči so tempirana bomba za zdravstveni sistem. *Objektiv*, 27. oktober. Dostopno prek: <http://www.dnevnik.si/objektiv/vec-vsebin/277403> (20. marec 2014).
72. Glisson, Charles in Lawrence R. James. 2002. The cross level effects of culture and climate in human service teams. *Journal of Organizational Behavior* 23 (6): 767–794.
73. Goffman, Erving. 1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Garden City, New York: Doubleday.
74. Goffman, Erving. 1961: *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York, Doubleday.
75. Goffman, Erving. 1963: *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
76. Goffman, Erving. 1967. *Interaction Ritual*. New York: Pantheon.
77. Golob, Urša. 2003. Uporabnost ključnih konceptov teorije zadovoljevanja potreb v oglaševanju. *Družboslovne razprave* 19 (43): 11–28.
78. Gönc, Vida. 2004. Dobra komunikacija – zadovoljen pacient. V *Management, knowledge and EU*, ur. Jože Florjančič. Kranj: Moderna organizacija.
79. Govc-Eržen Jana in Ksenija Lekič. 2004. Zdravnik družinske medicine in mediji – odnos do zdravja in zdravljenja. V *Družinska medicina na stičišču kultur. 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Janko Kersnik, 161–168. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

80. Grant, Charles H., Kenneth N. Cissna in Lawrence B. Rosenfeld. 2000. Patients' perceptions of physicians communication and outcomes of the accrual to trial process. *Health Communication* 12 (1): 23–39.
81. Greene, John. O. 1990. Tactical social action: Towards some strategies for theory. V *The psychology of tactical communication*, ur. Michael J. Cody in Margaret L. McLaughlin, 31–47. Clevedon, PA: Multilingual Matters.
82. Grobelnik, Mojca. 2006. Generation RX: How prescription drugs are altering american lives, minds And bodies: recenzija knjige. *Teorija in praksa* 43 (3–4): 605–608.
83. Grošelj, Mateja. 2013. Ko zdravnik in farmacevt postaneta tim. *Večer*, 8/214 (16. september).
84. Gunther, Albert C. 1998. The persuasive press inference. Effects of mass media on percieved public opinion. *Communication Research* 25 (5): 486–504.
85. Hall, Mark A. 2001. Do patients trust their doctors? Does it matter? *North Carolina Medical Journal* 62 (4): 188–191.
86. Hall, Mark A. 2012. Osebna korespondenca. 10. februar 2011.
87. Hall, Judith A. in Marianne Schmid Mast. 2009. Five ways of being »theoretical«: applications to provider - patient communication research. *Patient Education and Counseling* 74 (3): 282–286.
88. Hall, Mark A., Beiyao Zheng, Elizabeth Dugan, Fabian Camacho, Kristin E. Kidd, Aneil Mishra in Rajesh Balkrishnan. 2002 b. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Medical Care Research and Review* 59 (3): 293–318.
89. Hall, Mark A., Elizabeth Dugan, Beiyao Zheng in Aneil K. Mishra. 2001. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Quarterly* 79 (4): 613–639.
90. Hall, Mark A., Fabian Camancho, Elizabeth Dugan in Rajesh Balkrishnan. 2002 . Trust in the medical profession: Conceptual and measurement issues. *Health Services Research* 37 (5): 1419–1439.
91. Hardey, Michael. 2001. 'E-health': the internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge. *Information, Communication and Society* 4 (3): 388–405.
92. Hayes, Michael, Ian E. Ross, Mike Gasher, Donald Gutstein, James R. Dunn in Robert A. Hackett. 2007. Telling stories: news media, health literacy and public policy in Canada. *Social Science and Medicine* 64 (9): 1842–1852.

93. Hesse, Bradford W., Mary O'Connell, Erik M. Augustson, Wen-Ying Sylvia Chou, Abdul R. Shaikh in Lila J. Finney Rutten. 2011. Realizing the promise of Web 2.0: engaging community intelligence. *Journal of Health Communication: International Perspectives* 16 (1): 10–31.
94. Hillen, Marij A., Hanneke C. J. M. de Haes in Ellen M. A. Smets. 2011. Cancer patients' trust in their physician—a review. *Psycho-Oncology* 20 (3): 227–241.
95. Hlade Zore, Duša. 2013. Intervju z avtorico (Ljubljana, 3. april).
96. Hodgetts, Darrin in Kerry Chamberlain. 2006. Media and health: A continuing concern for health psychology. *Journal of Health Psychology* 11 (2): 171–174.
97. Hojat, Mohammadreza, Daniel Z. Louis, Fred W. Markham, Richard Wender, Sam C. Rabinowitz in Joseph S. Gonnella. 2011. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine* 86 (3): 359–364.
98. Hren, Rok. 2009. Največji – Johnson&Johnson, Siemens in Medtronic – največ vlagajo v razvoj. *Medicina danes* 92 (5). Dostopno prek: <http://www.medicina-danes.si/8337166?mdSt=2152> (13. avgust 2013).
99. Hsu, Ian, Somnath Saha, Phillip Todd Korthuis, Victoria Sharp, Jonathon Cohn, Richard D. Moore in Mary Catherine Beach. 2012. Providing support to patients in emotional encounters: a new perspective on missed empathic opportunities. *Patient Education and Counseling* 88 (3): 436–442.
100. Husserl, Fred. 1984. Effective communication: A powerful risk management tool. *Western Journal of Medicine* 145 (1): 29–30.
101. Hymes, Dell. 1972. On communicative competence. V *Sociolinguistics. Selected Readings*, ur. John Bernard Pride in Janet Holmes, 269–93. Harmondsworth: Penguin.
102. Ihan, Alojz. 2013. Zdravstveni sistem skrbi zase, ne za pacienta. *Delo*, 17. avgust. Dostopno prek: <http://www.delo.si/zgodbe/sobotnapriloga/alojz-ihan-zdravstveni-sistem-skrbi-zase-ne-za-pacienta.html> (5. september 2013).
103. Illich, Ivan. 1975. *Medicinski nemezis, hrvaška izdaja*. Dostopno prek: http://www.ivantic.net/Ostale_knjiige/Zdravlje/Ivan_Illich_Medicinska_Nemezis.pdf (12. avgust 2013).
104. Illich, Ivan. 2010. *Limits to Medicine: Medical Nemesis, the Expropriation of Health*. London, New York: Marion Boyars Publishers.
105. Inštitut za varovanje zdravja. 2013. *Letno poročilo Inštituta Republike Slovenije za leto 2012*. Dostopno prek: http://www.ivz.si/letna_porocila_dokumenti

- (16. avgust 2013).
106. Johnson, Timothy. 1998. Shattuck lecture - medicine and the media. *New England Journal of Medicine* 339 (2): 87–92.
 107. Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
 108. Kaminskas, Raimundas in Žilvinas Darulis. 2007. Peculiarities of medical sociology: application of social theories in analyzing health and medicine. *Medicina (Kaunas)* 43 (2): 110–117.
 109. Kassirer, Jerome P. 2004. Why Should We Swallow What These Studies Say? *Washington Post*, 1. avgust. Dostopno prek: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/articles/A29456-2004Jul31.html> (30. julij 2013).
 110. Katz, Elihu. 1959. Mass communication research and the study of popular culture. *Studies in Public Opinion* 2 (1): 1–6.
 111. Katz, Elihu. 1979. The uses of Becker, Blumler and Swanson. *Communication research* 6 (1): 74–83.
 112. Keber, Dušan. 2008. Zakaj? Zato, ker lahko! V *Resnica o farmacevtskih podjetjih: kako nas zavajajo in kaj lahko ob tem storimo*, Marcia Angell, 7–20. Ljubljana: Krtina.
 113. Keber, Dušan. 2009. Kupi ali umri. *Mladina* 41 (1): 30–31.
 114. Kennifer, Sarah L., Stewart C. Alexander, Kathryn I. Pollak, Amy S. Jeffreys, Maren K. Olsen, Keri L. Rodriguez, Robert M. Arnold in James A. Tulsky. 2009. Negative emotions in cancer care: do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? *Patient Education and Counseling* 76 (1): 51–56.
 115. Kersnik, Janko. 2010. *Kakovost v zdravstvu*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
 116. Kinmonth, Ann Louise, Alison Woodcock, Simon Griffin, Nicki Spiegel in Michael J. Campbell. 1998. Randomised controlled trial of patient centered care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. *British Medical Journal* 317 (7167): 1202–1208.
 117. Kirar Fazarinc, Irena. 2013. Intervju z avtorico. (Ljubljana, 3. maj)
 118. Komat, Anton. 2009. Medicina v primežu. V *Medicina v primežu podkupnin: šokantno razkritje delovanja farmacevtske industrije, ki si s podkupovanjem zdravnikov zagotavlja velikanske dobičke*, Hans Weiss, 13–19. Tržič: Učila

International.

119. Korda, Holly in Zena Itani. 2013. Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change. *Health Promotion Practice* 14 (1): 15–23.
120. Koshland, Daniel E. Jr. 1991. Credibility in science and the press. *Science* 254 (5032): 629.
121. Kotler, Philip. 2004. *Management trženja*. Ljubljana: GV založba.
122. Kowalski, Christoph, Anika Nitzsche, Fuelop Scheibler, Petra Steffen, Utte-Susann in Holger Pfaff. 2009. Breast cancer patients' trust in physicians: the impact of patients' perception of physicians' communication behaviors and hospital organizational climate. *Patient Education and Counseling* 77 (3): 344–348.
123. Kreps, Gary L. 1988. Relational communication in health care. The *Southern Speech Communication Journal* 53 (4): 344–359.
124. Kreps, Gary L. in Barbara C. Thornton. 1984/1992. *Health communication: Theory and practice*. New York: Longman.
125. Kurdija, Slavko, Živa Broder. 2010. *Zaupanje v zdravstvo*. Center za raziskovanje javnega mnenja. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/plitbarometer_2010/Microsoft_Word_-_Zaupanje_v_zdravstvo_2_2010.pdf (1. marec 2014).
126. Kydd, Andrew. 2000. Overcoming mistrust. *Rationality and Society*, 12 (14): 397–424.
127. Lampert, Claudia in Joan Kristin Bleicher. 2003. Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien- und Kommunikationswissenschaft: eine Einleitung. *Medien und Kommunikationswissenschaft* 51 (3–4): 347–351.
128. Larsson, Anna, Andrew D. Oxman, Cheryl Carling in Jeph Herrin. 2003. Medical messages in the media-barriers and solutions to improving medical journalism. *Health Expectations* 6 (4): 323–331.
129. Leary, Timothy. 1955. The theory and measurement methodology of interpersonal communication. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 18 (2): 147–161.
130. Leask, Julie, Claire Hooker in Catherine King. 2010. Media coverage of health issues and how to work more effectively with journalists: a qualitative study. *BMC Public Health* 10 (1) 535.
131. Leisen, Brigit in Michael R. Hyman. 2004. Antecedents and consequences of trust in a service Provider: The case of primary physicians. *Journal of Business*

Research 57 (9): 990–999.

132. Lewicki, Roy J. in Barbara Benedict Bunker. 1995. Trust in relationships: A model of trust development and decline. V *Conflict, cooperation and justice*, ur. Barbara Benedict Bunker in Jeffrey Z. Rubin, 133–73. San Fransico, CA: Jossey-Bass.
133. Lewis, Jane. 1993. Feminism, the menopause and hormone replacement therapy. *Feminist Review* 43 (1): 38–56.
134. Little, Paul, Hazel Everitt, Ian Williamson, Greg Warner, Michael Moore, Claire Gould, Kate Ferrier in Shelia Payne. 2001. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal* 323 (7318): 908–911.
135. Littlejohn, Stephen W. 1999. *Theories of human communication*. Belmont, CA: Wadsworth.
136. Lončar, Sanja. 2009. Zdravje ali dobiček. V *Medicina v primežu podkupnin: šokantno razkritje delovanja farmacevtske industrije, ki si s podkupovanjem zdravnikov zagotavlja velikanske dobičke*, Hans Weiss, 7–11. Tržič: Učila International.
137. Lunder, Urška. 2002. Kako komunicirati s pacientom. *Isis* 11 (2): 124.
138. Lupton, Deborah. 1994. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
139. Luthar, Breda. 2010. Nove kulturne tehnologije, komodifikacija, kulture in študije občinstva. *Teorija in praksa* 47 (1): 59–77.
140. Malnar, Brina. 2002. Sociološki vidiki zdravja. V *Družbeni vidiki zdravja – sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Niko Toš in Brina Malnar, 3–32. Ljubljana: FDV, IDV, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.
141. Markova, Ivana in Robert M. Farr. 1995. Professional and lay representations of health, illness and handicap: A theoretical overview. V *Representations of health, illness and handicap*, ur. Ivana Markova in Robert M. Farr, 93–110. London: Harwood.
142. Marušič, Dorian. 2011. Predgovor ministra za zdravje. V: *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Buzeti, Tatjana, Janet Klara Djomba, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, 2, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
143. Maturo, Einaudi A. 2012. Medicalization: Current Concept and Future Directions in a Bionic Society. *Mens Sana Monographs* 10 (1): 122–133.

144. Mayer, Roger C., James H. Davis in F. David Schoorman. 1995. An integrative model of organizational trust. *The Academy of Management Review* 20 (3): 709–734.
145. McCombs, Maxwell E. in Donald Shaw. 1972. The agenda-setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly* 36 (2): 176–187.
146. McKnight, Harrison in Norman L. Chervany. 1996. *The meanings of trust*. Dostopno prek: http://misrc.umn.edu/workingpapers/fullpapers/1996/9604_040100.pdf (15. 2. 2014).
147. Mechanic, David. 1996. Changing medical organization and the erosion of trust. *Milbank Quarterly* 74 (2): 171–189.
148. Mechanic, David in Mark Schlesinger. 1996. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA* 275 (21): 1693–1697.
149. Mechanic, David in Sharon Meyer. 2000. Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science and Medicine* 51 (5): 657–668.
150. Mediascope Europe. 2013. Dostopno prek: <http://www.iabeurope.eu/research-and-papers> (17. avgust 2013).
151. Merolli, Mark, Kathleen Gray in Fernando Martin-Sanchez. 2013. Health outcomes and related effects of using social media in chronic disease management: A literature review and analysis of affordances. *The Journal of Biomedical Informatics*. Dostopno prek: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2013.04.010> (23. avgust 2013).
152. Mishra, Aneil K. 1996. Organizational responses to crisis: the centrality of trust. V *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*, ur. Roderick M. Kramer in Thomas Tyler, 261–287. Newbury Park, CA: Sage.
153. Moynihan, Ray in Alan Cassels. 2010. *Krošnjari z boleznijo: kako farmacevtske velikanke delajo iz nas paciente*. Ljubljana: V. B. Z.
154. Northouse, Laurel L. in Peter G. Northouse. 1997. *Health communication. Strategies for health professionals: 3rd edition*. London: Prentice Hall.
155. Ommen, Oliver, Sonja Thuem, Holger Pfaff in Christian Janssen. 2011. The relationship between social support, shared decision-making and patient's trust in doctors: a cross-sectional survey of 2,197 inpatients using the Cologne Patient Questionnaire. *The International Journal of Public Health* 56 (3): 319–327.
156. Ong, Lucille M., Hanneke de Haes, Aloysia M. Hoos in Frits B. Lammes. 1995. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine* 40 (7): 903–918.
157. Ong, Lucille M., Mechteld R. M. Visser, Frits B. Lammes in Hanneke C. J. M.

- de Haes. 2000. Doctor–patient communication and cancer patients’ quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling* 41 (2): 145–156.
158. Pahor, Majda. 1999. Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa: družboslovna revija* 36 (6): 1014–1026.
159. Palmisano, Paul in Joan Edelstein. 1980. Teaching Drug Promotion Abuses to Health Profession Students. *Journal of Medical Education* 55 (5): 453–455.
160. Parsons, Talcot. 1951. *The Social System*. New York: Free Press.
161. Pearson, Steven D. in Lisa H. Raeke. 2000. Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data. *Journal of General Internal Medicine* 15 (7): 509–513.
162. Pedersen, Reidar. 2008. Empathy: A wolf in sheep’s clothing? *Medicine Health Care and Philosophy* 11 (3): 325–335.
163. Peikes, Deborah, Arnold Chen, Jennifer Schore in Randall Brown. 2009. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. *Journal of American Medical Association* 301 (6): 603–618.
164. Peklaj, Simona. 2014. Korespondenca po e-pošti. 7. januar 2014.
165. Peters, Hans Peter. 1995. The interaction of journalists and scientific experts: co-operation and conflict between two professional cultures. *Media, Culture and Society* 17 (1): 31–48.
166. Petković, Brankica, Marko Prpič, Neva Nahtigal in Sandra Bašić-Hrvatini. *Spremljanje in vrednotenje medijev*. Dostopno prek: <http://mediawatch.mirovni-institut.si/edicija/seznam/21/> (24. avgust 2012).
167. Platonova, Elena A., Karen Norman Kennedy in Richard M. Shewchuk. 2008. Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians. *Medical Care Research and Review* 65 (6): 696–712.
168. *Politbarometer* 6/2013. 2013. Dostopno prek: http://www.cjm.si/sites/cjm.si/files/file/aktualne_raziskave/PB6_13.pdf (2. julij 2013).
169. *Politbarometer* 11/2013. 2013. Dostopno prek: http://www.cjm.si/sites/cjm.si/files/PB11_13.pdf (30. december 2013).
170. Pondelek, Damjana. *Zdravstvene vsebine v medijih: toda kakšne?* Dostopno prek: http://www.urednica.si/medijske-objave/Damjana_Isis_2009_02.pdf (24. avgust 2012).

171. Powell Davies, Gawaine, Anna M. Williams, Karen Larsen, David Perkins, Martin Roland in Mark F. Harris. 2008. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *The Medical Journal of Australia* 188 (8): 65.
172. Pušnik, Stanislav. 2013. 50. obletnica Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije. Ljubljana, 29. november 2013.
173. Query, Jim L. in Anita C. James. 1989. The relationship between interpersonal communication competence and social support among elderly support groups in retirement communities. *Health Communication* 1 (3): 165–184.
174. Query, Jim L. in Gery L. Kreps. 1996. Testing the relational model for health communication competence among caregivers for individuals with Alzheimer's disease. *Journal of Health Psychology* 1 (3): 335–351.
175. Query, Jim L. in Kevin B. Wright. 2003. Assessing communication competence in an online study: Toward informing subsequent interventions among older caregivers with cancer, their lay caregivers, and peers. *Health Communication* 15 (2): 203–218.
176. Query, Jim L., Doug Parry in Lyle J. Flint. 1992. The relationship among social support, communication competence, and cognitive depression for nontraditional students. *Journal of Applied Communication Research* 20 (1): 78–94.
177. Rajer, Mirjana. 2013. Intervju z avtorico (Ljubljana, 10. april).
178. Rickheit, Gert, Hans Strohner in Constanza Vorwerg. 2008. The concept of communicative competence. V *Handbook of communication competence*, ur. Gert Rickheit in Hans Strohner, 15–62. Berlin, New York: Mouton de Gruyter.
179. Rifel, Janez in Josip Car. 2004. Učinkovito sporazumevanje v medkulturnih srečanjih med pacientom in zdravnikom. V *Družinska medicina na stičišču kultur. 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Janko Kersnik, 161–168. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
180. Rimal, Rajiv N. 2001. Analyzing the Physician-Patient Interaction: An Overview of Six Methods and Future Research Directions. *Health Communication* 13 (1): 89–99.
181. Rose, Nikolas. 1999. *Governing the Soul: the Shaping of the Private Self* (2nd Edition). London: Free Association Books.
182. Rosenstein, Mihaela in Majda Pahor. 2000. Zdravje in zdravstvo v luči socioloških raziskav. *Obzornik zdravstvene nege* 34 (1/2): 5–9.
183. Roter, Debra in Judith A. Hall. 2006. *Doctors Talking with Patients/patients*

- Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Westport, Connecticut; London: Greenwood Publishing Group.
184. Roter, Debra L., Judith A. Hall in Nancy R. Katz. 1988. Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling* 12 (2): 99–119.
 185. Ruben, Brent D. 1976. Assessing Communication Competency for Intercultural Adaptation. *Group & Organization Studies*, 1 (3): 334–354
 186. Saha, Somnath in Mary Catherine Beach. 2011. The impact of patient-centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians: A randomized study using video vignettes. *Patient Education and Counseling* 84 (3): 386–392.
 187. Salecl, Renata. 2013. Tabletko prevare. *Delo*, 55 (295) (21. december 2013).
 188. Sandz, Daniel Z. 1999. Electronic patient-centered communication: managing risks, managing opportunities, managing care. *The American Journal of Managed Care* 5 (12): 1569–1571.
 189. Schofield, Penelope E., Phyllis N. Butow, John F. Thompson, Martin H. Tattersall, Linda J. Beeney in Stewart M. Dunn. 2003. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology* 14 (1): 48–56.
 190. Schuchman Miriam in Michael S. Wilkes. 1997. Medical scientists and health news reporting: a case of miscommunication. *Annals of Internal Medicine* 126 (12): 976–982.
 191. Schwitzer, Gary. 2008. How do US journalists cover treatments, tests, products, and procedures? An evaluation of 500 stories. *PLOS Medicine* 5 (5): 700–704.
 192. Seale, Clive. 2003. Health and media: an overview. *Sociology of Health and Illness* 25 (6): 513–531.
 193. Sharf, Barbara F. 1990. Physician-patient communication as interpersonal rhetoric: A narrative approach. *Health Communication* 2 (4): 217–332.
 194. Skirbekk, Helge, Anne-Lise Middelthon, Per Hjortdahl in Arnstein Finset. 2011. Mandates of Trust in the Doctor–Patient Relationship. *Quality Health Research* 21 (9): 1182–1190.
 195. Skirbekk, Helge. 2009. Negotiated or taken-for-granted trust? Explicit and implicit interpretations of trust in a medical setting. *Medicine, Health Care and Philosophy* 12 (1): 3–7.

196. Smets, Ellen, Myra van Zwieten in Susan Michie. 2007. Comparing genetic counseling with nongenetic health care interactions: two of a kind? *Patient Education and Counseling* 68 (3): 225–234.
197. Spano, Shawn in Stephanie Zimmermann. 1995. Interpersonal communication competence in context: Assessing performance in the selection interview. *Communication Reports* 8 (1): 18–27.
198. Spitzberg, Brian H. in William Cupach. 1989. *Handbook of interpersonal competence research*. New York: Springer Verlag.
199. Stewart, Moira, Judith Belle Brown, Allan Donner, Ian McWhinney, Julian Oates, Wayne W. Weston in John Jordan. 2000. The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice* 49 (9): 796–804.
200. Stewart, Moira. 1995. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 152 (9): 1423–33.
201. Street, Richard L. 1991. Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social Science and Medicine* 32 (5): 541.
202. Street, Richard L. Jr. 1992. Analyzing communication in medical consultations: Do behavioral measures correspond to patients' perceptions? *Medical Care* 30 (11): 976–988.
203. Street, Richard L. Jr., Gregory Makoul, K. Arora Neeraj in Ronald M. Epstein. 2009. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling* 74 (3): 295–301.
204. Street, Richard L. Jr., Howard Gordon in Paul Haidet. 2007. Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science and Medicine* 65 (1): 586–598.
205. Surbone, Antonella in Jerome Lowenstein. 2003. Exploring asymmetry in the relationship between patients and physicians. *The Journal of Clinical Ethics* 14 (3): 183–8.
206. Swenson, Sara L., Stephanie Buell, Patti Zettler, Martha White, Delaney C. Ruston in Bernard Lo. 2004. Patient-centered communication: do patients really prefer it? *Journal of General Internal Medicine* 19 (11): 1069–1079.
207. Švab, Igor, ur. 1995. Sporazumevanje med zdravnikom in pacientom. *12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino

SZD.

208. Tarrant, Carolyn, Andrew M. Colman in Tim Stokes. 2008. Past experience, 'shadow of the future', and patient trust: a cross-sectional survey. *The British Journal of General Practice*. 58 (556): 780–783.
209. Tarrant, Carolyn, Tim Stokes in Richard Baker. 2003. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice* 53 (495): 798–800.
210. Tasič, Marjeta. 2005. *Organizacija in financiranje zdravstvene dejavnosti v Sloveniji: magistrsko delo*. Ljubljana, Fakulteta za družbene vede.
211. Thom, David H. 2001. Physician behaviors that predict patient trust. *Journal of Family Practice* 50 (4): 323–328.
212. Toth, Martin. 2013. Intervju z avtorjem (Ljubljana, 12. avgust).
213. Turner, Bryan S. 1995. *Medical power and social knowledge*. London: Sage Publications.
214. Turner, Bryan. 2004. *The New Medical Sociology*. London: Norton & Company.
215. Ule, Mirjana. 2003. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
216. Ule, Mirjana. 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
217. Urek, Mojca. 2008. Avto/biografije skozi prizmo psihiatričnega azila. *Dialogi* 44 (10): 67–89.
218. Verčič, Dejan, Franci Zavrl in Petja Rijavec. 2002. *Odnosi z mediji*. Ljubljana: GV založba.
219. Verheul, William, Ariëtte Sanders in Jozien Bensing. 2010. The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient Education and Counseling* 80 (3): 300–306.
220. Visser, Adriaan in Carol P. Herbert. 1999. Communication in medicine: a new impetus. *Patient Education and Counseling* 38 (1): 1–2.
221. Vodopivec Jamšek, Vlasta. 2013. *Osnove sporožumevanja med zdravnikom in pacientom*. Dostopno prek: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/af31f1343c5b38ba88751114c8fa1c8f.pdf> (20. september 2013).
222. Waitzkin, Howard. 1984. Doctor-patient communication: clinical implications

- of social scientific research. *JAMA* 252 (17): 2441–2446.
223. Waitzkin, Howard. 1985. Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behaviour* 26 (2): 81–101.
224. Walker, Robert. 1988. *Applied Qualitative Research*. Vermont: Gower.
225. Watzlawick, Paul, Janet Beavin in Don D. Jackson. 1967. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
226. Wazana, Ashley. 2000. Physicians and the Pharmaceutical Industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 283 (3): 373–380.
227. Weimann, John M. 1977. Explication and test of a model of communicative competence. *Human Communication Research* 3 (3): 195–213.
228. Weiss, Hans. 2009. *Medicina v primežu podkupnin: šokantno razkritje delovanja farmacevtske industrije, ki si s podkupovanjem zdravnikov zagotavlja velikanske dobičke*. Tržič: Učila International.
229. Wen-ying, Sylvia Chou, Yvonne M. Hunt, Ellen Burke Beckjord, Richard P. Moser in Bradford W. Hesse. 2009. Social Media Use in the United States: Implications for Health Communication. *Journal of Medical Internet Research* 11 (4). Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802563/> (13. avgust 2013).
230. White, Kevin. 2002/2009. *An introduction to the sociology of health and illness*. London: Sage Publications.
231. Wiemann, John M. in Philip Backlund. 1980. Current theory and research in communicative competence. *Review of Educational Research* 50 (1): 185–189.
232. Wilson, Steven R. in Christina M. Sabee. 2003. Explicating communicative competence as a theoretical term. V *Handbook of Communication Interaction Skills*, ur. John O. Greene in Brant R. Burleson, 3–50. Mahwah, NJ: Erlbaum.
233. World Health Organization. 1946. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. Dostopno prek: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (22. marec 2010).
234. *Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem (ZPacP)* Ur. l. RS 15/2008 (11. februar 2008).
235. Zandbelt, Linda C., Ellen M. Smets, Frans J. Oort, Mieke H. Godfried in Hanneke C. J. M. de Haes. 2007. Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. *Medical Care* 45 (4): 330–339.
236. Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. 2013. *Poslovno*

- poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje za leto 2011*. Dostopno prek: <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/> (16. avgust 2013).
237. Zdolšek, Maja in Anka Stojan. 2011. Mediacija v zdravstvu – zaželen korak v pravo smer. *Novis* 8 (2): 3–4.
238. Zdravniška zbornica Slovenije. 2014. *Zadovoljstvo pacientov s storitvami zdravnikov zasebnikov*. Dostopno prek: <http://www.zdravniskazbornica.si/> (1. 2. 2014).
239. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. 2014. *Zaupanje in zadovoljstvo s slovenskim zdravstvenim sistemom*. Dostopno prek: www.zdrzz.si (1. 2. 2014).
240. Zola, Irving K. 1982. *Socio-medical inquiries*. Philadelphia: Temple University Press.
241. Zupanič, Milena in Majda Vukelić. 2013. Brežiška zdravnica jutri v zapor na Ig. *Delo*, 55/226 (30. september 2013).
242. Zupanič, Milena. 2012. *Vloga medijev pri preprečevanju bolezni*. Dostopno prek: http://szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/2012/marec12/D-57-60.pdf (24. avgust 2012).
243. Zupanič, Milena. 2013. Intervju z avtorico (Ljubljana, 27. junij).
244. Zwitter, Matjaž. 2013. Intervju z avtorjem (Ljubljana, 3. december).

6 STVARNO IN IMENSKO KAZALO

C

Chomsky, Noam, 75, 159

Conrad, Peter, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 160

F

farmaceutikalizacija, 38

farmacevtska industrija, 19, 38, 42;
delovanje farmacevtskih družb, 39;
FDA, 40; finančne povezave, 45;
izobraževanje zdravnikov, 42;
marketing, 41; navzkrižja interesov, 42;
odvisnost medicine, 44; oglaševanje
bolezni, 42; oglaševanje pri uporabnikih,
42; posledice napačne uporabe zdravil,
40

Foucault, Michel, 25, 27, 28, 32, 36, 162

G

Goffman, Erving, 29, 30, 67, 68, 162

I

Illich, Ivan, 30, 32, 164

K

kakovost odnosa, 5, 17, 18, 130

Katz, Elihu, 47, 48, 165

komuniciranje, 6, 12, 14, 17, 18, 19, 21,
53, 56, 67, 68, 69, 72, 86, 89, 91, 92, 93,
97, 102, 114, 115, 122, 123, 124, 126,
131, 137, 142, 146, 149, 150, 155;
empatično, 84; k pacientu usmerjen slog
(*ang. patient-centered*), 82; k zdravniku
usmerjen slog (*ang. doctor-centered*),
81; komplementarno, 62;
konceptualizacije, 65; medosebno, 68;
nesporazumi, 72; odnosno 66; podporno,
84; prenosno, 67; ritualno, 67;
simetrično, 62; sistemska teorija, 66;

teorije komuniciranja, 66; trda
komplementarnost, 63

komuniciranje v zdravstvu (*ang. health
communication*), 54; kritike
raziskovanja, 94

komunikacijska kompetenca, 5, 6, 17, 18,
20, 65, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 99,
100, 101, 108, 109, 117, 119, 120, 121,
129, 130, 146; empatija, 82;
komponente, 81; kriteriji, 76; relacijski
model, 77

Kreps, Gary, 5, 7, 14, 17, 77, 78, 79, 100,
119, 146, 166

L

Leary, Timothy, 122, 126, 154, 166

Lupton, Deborah, 167

M

medicina 21. stoletja, 13

mediji, 19, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53,
127, 128, 153, 162, 173; novi mediji, 45;
oblikovanje predstav o zdravju, 46;
pričakovanja pacientov, 50; promocija
zdravja, 52; teorija zadovoljevanja
potreb, 47; zdravstvene teme, 47

medikalizacija, 25, 30, 31, 32, 34, 37, 38;
avtoriteta medicinske profesije, 31;
biotehnoška industrija, 34; dejavniki,
35; demedikalizacija, 37;
genetikalizacija, 37; industrija
biotehnologije, 36; manipulacija z
molekulami, 36; medicinska
dominantnost, 32; privatizacija
zdravstvenih storitev, 35; upad
medicinske dominantnosti, 37; zdravje
kot tržno blago, 35

N
nesporazumi, 17, 74
nezadovoljstvo z zdravstvenim sistemom, 17

O
odnos med zdravnikom in pacientom, 14, 61; modeli odnosa, 63; socialni odnos med sogovornikoma, 62
organizacijska klima, 97, 100

P
Parsons, Talcot, 24, 25, 26, 69, 169
posvet, 14, 57, 58, 66, 104, 107, 108, 120, 121, 122, 129, 155; faze in cilji, 57
potrošništvo, 19, 36
pričakovanja pacientov, 17, 73

R
relacijski model, 5, 17, 154

S
sociološke raziskave zdravja, 23
sodobna medicina, 5, 13, 131, 173

T
Turner, Bryan, 24, 35, 105, 159, 173

U
Ule, Mirjana, 1, 2, 14, 15, 23, 24, 25, 32, 37, 58, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 73, 82, 83, 84, 122, 126, 173

V
vloga pacienta, 26

W
Waitzkin, Howard, 14, 32, 69, 70, 72, 174

Watzlawick, Paul, 62, 174

White, Kevin, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30

WHO, 174

Z
zadovoljstvo, 6, 16, 66, 78, 82, 83, 89, 90, 91, 97, 99, 122, 124, 126

zaupanje, 5, 6, 16, 17, 18, 20, 21, 50, 52, 59, 69, 73, 78, 86, 87, 89, 90, 92, 93, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107, 109, 114, 115, 116, 119, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 146, 147, 150, 152, 153, 154, 155; dispozicijsko, 87; naučeno, 87; opredelitve, 85; raziskovalne ugotovitve, 88; situacijsko, 87

zdravje in bolezen, 23, 24, 28

zdravnik in pacient, 5, 6, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 29, 30, 53, 57, 58, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 89, 91, 92, 94, 96, 98, 99, 101, 102, 108, 109, 114, 120, 121, 123, 124, 129, 130, 131, 132, 133, 138, 142, 143, 146, 147, 150, 154, 155, 172, 173; diada, 104

zdravstvena sociologija, 18, 19, 24, 25, 45; Feministična sociologija, 28; Funkcionalizem, 24; Marksizem, 26; Post-strukturalizem, 27; Simbolični interakcionizem, 28

zdravstveni sistem, 6, 13, 16, 30, 69, 144, 146

Zola, Irving, 31, 33, 175

7 PRILOGE

Priloga A: Potrdilo o izvedbi raziskave Komisije za medicinsko etiko



KOMISIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

Saška Terseglav
Povšetova 29
1000 Ljubljana

Štev.: 112/04/11
Datum: 23. 5. 2011

Spoštovana gospa Terseglav,

Komisiji za medicinsko etiko (KME) ste 17. 3. 2011 poslali nov dokument v zvezi z raziskavo z naslovom:

"Pomen komunikacijskih kompetenc (sposobnosti) zdravnikov v diagnostiki in zdravljenju." Doktorska naloga, mentorica prof. dr. Mirjana Ule. KME 158/09/10.

Gre za dopolnitev na predlog KME in dodatna pojasnila.

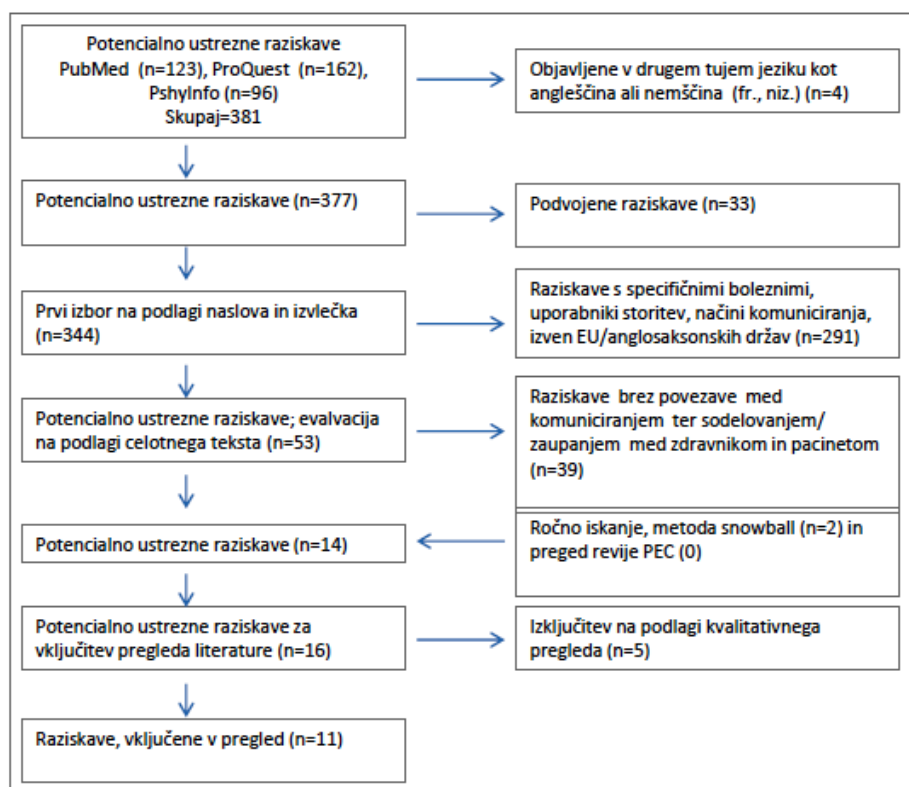
KME je poslano na seji 12. aprila 2011 odobrila in Vam s tem izdaja svoje soglasje.

Lep pozdrav,

prof. dr. Jože Trontelj
predsednik Komisije RS za medicinsko etiko

Naslov:
Prof. dr. Jože Trontelj, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, telefon 01/ 522 1525.
Tone Žakelj, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, telefon 01/ 522 1509.
Telefaks 01/ 522 1533, naslova za elektronsko pošto: joze.trontelj@kci.si, tone.zakelj@kci.si
Spletni naslov: <http://www.kme-nmec.si/>

Priloga B: Shema postopka vključevanja raziskav



Legenda: Puščice: desno = izključene študije, levo in navzdol = vključene študije

Priloga C: Osnovni rezultati kvantitativne raziskave

a) Posredovanje informacij

Tabela 7.1: Posredovanje informacij (pacient o zdravniku/zdravnik o sebi) – opisne statistike

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
p7A1 Menim, da mi je zdravnik natančno pojasnil diagnozo moje bolezni/zdravstvene težave.	92	2	5	4,51	0,671	-1,267	1,307
z7A1 Menim, da sem pacientu natančno pojasnil diagnozo njegove bolezni oz. zdravstvene težave.	92	2	5	4,43	0,599	-0,843	1,443
p7A2 Menim, da mi je zdravnik natančno predstavil vzroke za mojo bolezen/zdravstveno težavo.	89	2	5	4,39	0,701	-0,926	0,417
z7A2 Menim, da sem pacientu natančno predstavil vzroke za njegovo bolezen oz. zdravstveno težavo.	92	1	5	4,25	0,82	-1,106	1,615
p7A3 Menim, da mi je zdravnik natančno predstavil vse mogoče oblike zdravljenja.	90	3	5	4,49	0,64	-0,877	-0,264
z7A3 Menim, da sem pacientu natančno predstavil vse možnosti zdravljenja.	92	1	5	4,13	0,916	-0,965	0,636
p7A4 Menim, da mi je zdravnik natančno pojasnil namen vseh preiskav, ki jih bo/je bilo treba opraviti.	91	3	5	4,58	0,651	-1,302	0,506
z7A4 Menim, da sem pacientu natančno pojasnil namen vseh preiskav, ki jih bo/je bilo treba opraviti.	91	2	5	4,46	0,655	-1,068	1,109
p7A5 Menim, da mi je zdravnik natančno predstavil, kako mi bodo predpisana zdravila pomagala.	79	3	5	4,56	0,615	-1,071	0,142
z7A5 Menim, da sem pacientu natančno predstavil, kako mu bodo predpisana zdravila pomagala.	87	1	5	4,15	1,029	-1,487	2,165
p7A6 Menim, da mi je zdravnik natančno pojasnil, kako naj jemljem predpisana zdravila.	77	3	5	4,64	0,583	-1,374	0,935
z7A6 Menim, da sem pacientu natančno pojasnil, kako naj jemlje predpisana zdravila.	84	1	5	4,24	1,126	-1,68	2,165
KKposred_pz Posredovanje informacij – pacient zdravnika	92	3	5	4,52	0,52	-0,83	-0,23
KKposred_zz Posredovanje informacij – zdravnik sebe	92	2	5	4,28	0,65	-1,06	1,34

Tabela 7.2: Posredovanje informacij – razlika med ocenami diad zdravnik o sebi/pacient o zdravniku

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon
dif_zz_pz_posred Posredovanje informacij	92	-28	2,0	-0,23	0,78
dif_z_7A1 natančno pojasnilo diagnoze	92	-3	2	-0,08	0,83
dif_z_7A2 natančna predstavitev vzrokov za bolezen/zdravstveno težavo	89	-4	2	-0,15	0,98
dif_z_7A3 natančna predstavitev vseh mogočih oblik zdravljenja	90	-3	2	-0,37	1,05
dif_z_7A4 natančno pojasnilo namena vseh preiskav, ki jih bo/je bilo treba opraviti	90	-2	2	-0,12	0,95
dif_z_7A5 natančna predstavitev predpisanih zdravil	75	-4	2	-0,35	1,14
dif_z_7A6 natančno pojasnilo o jemanju predpisanih zdravil	71	-4	2	-0,30	1,06

Tabela 7.3: Posredovanje informacij (pacient o sebi/ zdravnik o pacientu) – opisne statistike

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
p7Ap1 Zdravniku sem natančno predstavil svoje zdravstvene težave.	89	4	5	4,71	0,46	-0,93	-1,16
z7Ap1 Pacient je natančno predstavil njegove zdravstvene težave.	91	1	5	4,36	0,75	-1,35	3,06
p7Ap2 Zdravniku sem natančno navedel simptome svoje bolezni/težave.	89	3	5	4,7	0,51	-1,39	0,98
z7Ap2 Pacient je natančno navedel simptome svoje bolezni.	91	1	5	4,29	0,81	-1,09	1,56
p7Ap3 Na zastavljena vprašanja sem odgovarjal/a temeljito.	89	3	5	4,56	0,54	-0,69	-0,68
z7Ap3 Pacient je na zastavljena vprašanja odgovarjala temeljito.	92	1	5	4,3	0,84	-1,21	1,63
p7Ap4 Na zastavljena vprašanja sem odgovarjal/a odkrito.	91	4	5	4,81	0,39	-1,63	0,69
z7Ap4 Pacient je na zastavljena vprašanja odgovarjal odkrito.	91	2	5	4,57	0,56	-1,26	2,84
KKpp_1 Posredovanje informacij – pacient o sebi	91	3,7	5,00	4,69	0,38	-1,08	0,00
KKzp_1 Posredovanje informacij – zdravnik o pacientu	92	2,3	5,00	4,38	0,63	-0,69	-0,11

Tabela 7.4: Posredovanje informacij – razlika med ocenami diad pacient o sebi/zdravnik o pacientu

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon
dif_zp_pp_posred Posredovanje informacij (pacient sebe – zdravnik pacienta)	91	-2,75	1,25	0,32	0,70
dif_p_7A1 natančno pojasnilo zdr. težav	88	-1	4	0,35	0,88
dif_p_7A2 natančno pojasnilo simptomov	88	-2	4	0,41	0,92
dif_p_7A3 temeljito odgovarjanje na zastavljena vprašanja	89	-1	3	0,27	0,96
dif_p_7A4 odkrito odgovarjanje na zastavljena vprašanja	90	-1	3	0,26	0,66

b) Preverjanje informacij

Tabela 7.5: Preverjanje informacij (pacient o zdravniku/zdravnik o sebi) – opisne statistike

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
p7B1 Med pogovorom je zdravnik ponovil tiste informacije, ki so pomembne za moje razumevanje bolezni in zdravljenja.	86	2	5	4,62	0,64	-1,72	2,97
z7B1 Med pogovorom sem pacientu ponovil tiste informacije, ki so pomembne za njegovo razumevanje bolezni in zdravljenja.	92	1	5	4,51	0,70	-2,08	6,86
p7B2 Zdravnik je preveril, kako sem razumel/a njegovo razlago svoje bolezni/zdravstvene težave.	85	2	5	4,28	0,87	-1,15	0,70
z7B2 Preveril sem, kako je pacient razumel mojo razlago njegove bolezni/težave.	92	1	5	3,83	1,02	-0,65	-0,13
p7B3 Zdravnik se je prepričal, ali sem razumel/a njegova navodila v zvezi z zdravljenjem.	84	2	5	4,35	0,70	-0,82	0,29
z7B3 Prepričal sem se, ali je pacient razumel moja navodila v zvezi z zdravljenjem.	92	1	5	4,15	0,86	-1,14	1,55
p7B4 Zdravnik je tudi preveril, ali si sam pravilno razlaga informacije, ki sem mu jih posredoval/a.	86	3	5	4,45	0,65	-0,77	-0,42
z7B4 Preveril sem tudi, ali si pravilno razlagam informacije, ki mi jih je pacient posredoval.	92	1	5	4,03	0,93	-1,23	2,05
KKpp_2 Komunikacijske kompetence (preverjanje informacij) – pacienti	85	2,33	5	4,1696	0,75	-0,69	-0,40
KKzp_2 Komunikacijske kompetence (preverjanje informacij) – zdravniki pacienta	92	1	5	3,4022	0,89	-0,22	0,06

Tabela 7.6: Preverjanje informacij – razlika med ocenami diad zdravnik o sebi/pacient o zdravniku

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon
dif_pz_zz_prev Preverjanje informacij (pacient zdravnika – zdravnik sebe)	90	-2	3,25	-0,31	0,80
dif_z_7B1 ponavljanje pomembnih informacij	86	-4	2	-0,12	0,89
dif_z_7B2 preverjanje razumevanja razlage bolezni	85	-4	3	-0,48	1,32
dif_z_7B3 preverjanje razumevanja navodil za zdravljenje	84	-4	2	-0,20	1,00

Tabela 7.7: Preverjanje informacij (zdravnik o pacientu/pacient o sebi) – opisne statistike

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
p7Bp2 Seznanil/a sem zdravnika, če med pogovorom česa nisem razumel/a.	84	3	5	4,58	0,56	-0,96	-0,07
z7Bp2 Pacient me je seznanil, če med pogovorom česa ni razumel.	91	1	5	3,79	1,09	-0,78	0,09
p7Bp3 Prosil/a sem zdravnika, da ponovi nekatere informacije.	81	1	5	3,79	1,37	-1,00	-0,17
z7Bp3 Pacient je prosil, da ponovim nekatere informacije.	91	1	5	2,97	1,34	0,00	-1,08
p7Bp4 Prosil/a sem zdravnika, da mi pojasni določene izraze, ki jih nisem razumel/a.	78	1	5	3,51	1,48	-0,70	-0,95
z7Bp4 Pacient je prosil, da pojasnim določene izraze.	91	1	5	2,65	1,37	0,37	-1,10
KKpp_2 Preverjanje informacij – pacienti o sebi	85	2,33	5	4,17	0,75	-0,69	-0,40
KKzp_2 preverjanje informacij – zdravniki o pacientu	92	1	5	3,40	0,89	-0,22	0,06

Tabela 7.8: Preverjanje informacij – razlika med ocenami diad pacient o sebi/zdravnik o pacientu

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
dif_zp_pp_prev Preverjanje informacij (zdravnik o pacientu – pacient o sebi)	85	-4,0	2,7	-0,78	1,11	0,35	0,83
dif_p_7B1 ponavljanje pomembnih informacij	78	-1	4	0,51	1,00	1,03	2,56
dif_p_7B2 preverjanje razumevanja razlage bolezni	83	-1	4	0,83	1,19	0,51	-0,10
dif_p_7B3 preverjanje razumevanja navodil za zdravljenje	80	-4	4	0,81	1,68	-0,63	0,66
dif_p_7B4 preverjanje posredovanih informacij pacienta	77	-4	4	0,81	1,98	-0,58	-0,17

c) Pridobivanje informacij

Tabela 7.9: Pridobivanje informacij (pacient o zdravniku/zdravnik o sebi) – opisne statistike

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
p7C1 Zdravnik me je prosil, da mu podrobno opišem svoje težave.	87	1	5	4,13	1,08	-1,29	1,28
z7C1 Pacienta sem prosil, da mi podrobno opiše svoje težave.	92	1	5	3,66	1,01	-0,39	-0,35
p7C2 Zdravnik je zastavljal vprašanja na jasen in razumljiv način.	89	3	5	4,81	0,42	-2,05	3,44
z7C2 Zastavljal sem vprašanja na jasen in razumljiv način.	91	3	5	4,63	0,53	-0,98	-0,13
p7C3 Zdravnik me je spodbujal, da sem mu zastavljal/a še dodatna vprašanja.	90	1	5	4,68	0,63	-2,88	12,17
z7C3 Pacienta sem spodbujal, da mi je zastavljal še dodatna vprašanja.	92	2	5	4,51	0,70	-1,49	2,22
pridob_pz Pridobivanje informacij – pacient	91	3	5	4,54	0,53	-1,00	-0,02

zdravnika							
pridob_zz Pridobivanje informacij – zdravnik sebe	92	2,67	5	4,26	0,58	-0,66	-0,16

Tabela 7.10: Pridobivanje informacij – razlika med ocenami diad zdravnik o sebi/pacient o zdravniku

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon
dif_pz_zz_pridob Pridobivanje informacij (pacient zdravnik – zdravnik sebe)	91	-2	2	-0,27	0,72
dif_z_7C1 podroben opis težav	87	-3	4	-0,48	1,32
dif_z_7C2 zastavljanje vprašanj na jasen in razumljiv način	88	-2	2	-0,17	0,65
dif_z_7C3 zdravnikovo spodbujanje k zastavljanju dodatnih vprašanj	90	-3	4	-0,16	0,92

Tabela 7.11: Pridobivanje informacij (pacient o sebi/zdravnik o pacientu) – opisne statistike

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
p7Cp1 Zastavljal/a sem vprašanja o svojih zdravstvenih težavah.	84	1	5	4,19	1,14	-1,70	2,32
z7Cp1 Pacient je zastavljal vprašanja o svojih zdravstvenih težavah.	92	1	5	3,83	1,15	-1,10	0,61
p7Cp2 Zelo sem si prizadeval/a pridobiti informacije o bolezni/zdravstveni težavi.	83	1	5	3,94	1,17	-1,28	1,05
z7Cp2 Pacient si je zelo prizadeval pridobiti odgovore na vprašanja.	92	1	5	3,49	1,17	-0,46	-0,45
p7Cp3 Menim, da sem zastavljal/a razumljiva vprašanja.	83	1	5	4,43	0,75	-2,32	8,70
z7Cp3 Pacient je zastavljal razumljiva vprašanja.	92	1	5	4,26	0,86	-1,59	3,43
KKpp_3 Pridobivanje informacij – pacienti zase	89	2,6	5	4,33	0,64	-0,80	-0,10
KKzp_3 Pridobivanje informacij – zdravnik o pacientu	92	1	5	3,86	0,90	-0,88	0,89

Tabela 7.12: Pridobivanje informacij: razlika med ocenami diad pacient o sebi/zdravnik o pacientu

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
dif_pp_zp_pridob Pridobivanje informacij (pacient sebe – zdravnik pacienta)	89	-2,4	4	0,47	1,06	-2,71	7,95
dif_p_7C1 zastavljanje vprašanj o težavah/bolezni	84	-4	4	0,35	1,57	-0,44	1,21
dif_p_7C2 pridobivanje informacij o težavah/bolezni	83	-4	4	0,47	1,77	-0,57	0,76
dif_p_7C3 zastavljanje vprašanj na razumljiv način	83	-4	4	0,13	1,10	-0,55	5,13

d) Socioemocionalna dimenzija

Tabela 7.13: Socioemocionalna dimenzija (pacient o zdravniku/zdravnik o sebi) – opisne statistike

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
p7D1 Zdravnik je uporabljal meni razumljiv jezik.	91	1	5	4,77	0,56	-3,92	22,14
z7D1 Uporabljal sem pacientu razumljiv jezik.	92	3	5	4,59	0,56	-0,94	-0,13
p7D2 Zdravnik je bil prijazen.	92	4	5	4,92	0,27	-3,25	8,76
z7D2 Do pacienta sem bil prijazen.	92	3	5	4,64	0,53	-1,06	0,04
p7D3 Prispeval je k odnosu, ki temelji na zaupanju.	91	4	5	4,88	0,33	-2,37	3,67
z7D3 Prispeval sem k odnosu, ki temelji na zaupanju.	92	3	5	4,45	0,58	-0,47	-0,69
p7D4 Zdravnik je pokazal, da bi mi rad pomagal.	92	4	5	4,87	0,34	-2,23	3,04
z7D4 Pacientu sem pokazal, da bi mu rad pomagal.	92	3	5	4,54	0,58	-0,86	-0,24
p7D5 Ustvaril je pogoje, da sem se počutil/a sproščeno in udobno.	90	3	5	4,82	0,41	-2,19	4,15
z7D5 Ustvaril sem pogoje, da se je pacient počutil sproščeno in udobno.	92	3	5	4,46	0,65	-0,80	-0,40

p7D7 Do mene je bil odprt in iskren.	91	4	5	4,81	0,39	-1,63	0,69
z7D7 Do pacienta sem bil odprt in iskren.	92	3	5	4,70	0,49	-1,16	0,04
socemo_pz Socioemocionalna dimenzija – pacient zdravnika	92	4	5	4,84	0,30	-1,89	2,46
socemo_zz Socioemocionalna dimenzija – zdravnik sebe	92	3,5	5	4,56	0,42	-0,46	-1,03

Tabela 7.14: Socioemocionalna dimenzija – razlika med ocenami diad zdravnik o sebi/pacient o zdravniku

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon
dif_pz_zz_socemo Socioemocionalna dimenzija (pacient zdravnika – zdravnik sebe)	92	-1	1,17	-0,28	0,47
dif_z_7D1 razumljiv jezik	91	-2	3	-0,19	0,73
dif_z_7D2 prijaznost	92	-2	1	-0,28	0,56
dif_z_7D3 odnos, ki temelji na zaupanju	91	-2	1	-0,43	0,67
dif_z_7D4 zdravnik želi pomagati	92	-2	1	-0,33	0,60
dif_z_7D5 pogoji za sproščenost in udobnost	90	-2	2	-0,37	0,76
dif_z_7D7 odprtost in iskrenost	91	-1	1	-0,11	0,55

Tabela 7.15: Socioemocionalna dimenzija (pacient o sebi/zdravnik o pacientu) – opisne statistike

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
p7Dp1 Prispeval/a sem k odnosu, ki temelji na zaupanju.	89	3	5	4,66	0,50	-0,98	-0,39
z7Dp1 Pacient je prispeval k odnosu, ki temelji na zaupanju.	92	3	5	4,53	0,56	-0,70	-0,54
p7Dp2 V pogovoru sem bil/a odprt/a in iskren/a.	88	4	5	4,85	0,36	-2,02	2,13
z7Dp2 Pacient je bil v pogovoru odprt in iskren.	92	3	5	4,60	0,54	-0,84	-0,43
KKpp_4 Komunikacijske kompetence (socioemocionalna dimenzija) – pacienti	91	3,5	5	4,74	0,40	-1,24	0,13
KKzp_4 Komunikacijske kompetence (socioemocionalna dimenzija) – zdravnik pacienta	92	3	5	4,57	0,52	-0,81	-0,21

Tabela 7.16: Socioemocionalna dimenzija: razlika med ocenami diad pacient o sebi/zdravnik o pacientu

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon
dif_pp_zp_socemo Socioemocionalna dimenzija (pacient sebe – zdravnik pacienta)	91	-1	2	0,18	0,62
dif_p_7D1 odnos, ki temelji na zaupanju	89	-1	2	0,15	0,70
dif_p_7D2 iskrenost v pogovoru	88	-1	2	0,25	0,63

e) Zaupanje v zdravnika

Tabela 7.17: Zaupanje v zdravnika – opisne statistike

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
p7Z1 Upošteval/a bom navodila zdravnika.	90	1	5	4,8	0,6	-4,1	22,0
p7Z2 Kadar zdravnik nekaj pove, potem mu to tudi verjamem.	88	1	5	4,6	0,6	-2,5	10,5
p7Z3 V zvezi z svojo boleznijo/težavo bi želel še mnenje drugega zdravnika (R).	84	1	5	2,5	1,5	0,5	-1,3
p7Z4 Menim, da zdravnik ne naredi vsega, kar bi moral v zvezi z mojim zdravljenjem (R).	80	1	5	2,1	1,3	1,0	-0,4
p7Z5 Zdravnik bi mi priznal napako, če bi jo storil pri mojem zdravljenju.	71	1	5	3,8	1,1	-0,8	0,1
zaup_p Zaupanje pacienta v zdravnika	91	2,5	5	3,6	0,6	0,7	0,1

f) Okoliščine

Tabela 7.18: Okoliščine – opisne statistike

	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Koeficient asimetričnosti	Koeficient sploščenosti
p7O1 Pri pridobivanju termina/ure pregleda pri zdravniku nisem imel težav.	87	1	5	4,37	1,04	-1,95	3,48
p7O2 Na pregled mi ni bilo treba čakati predolgo.	91	1	5	3,75	1,53	-0,89	-0,76
okol_p Okoliščine	91	1	5	4,06	1,06	-1,00	0,46