

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sanel Ramović

**Vloga opolnomočenja na spletnih zdravstvenih skupnostih v odnosu med zdravnikom in
bolnikom**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2014

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sanel Ramović

Mentor: doc. dr. Gregor Petrič

Somentorica: doc. dr. Tanja Kamin

**Vloga opolnomočenja na spletnih zdravstvenih skupnostih v odnosu med zdravnikom in
bolnikom**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2014

Nalogo posvečam staršem in bratu.

*Obenem se zahvaljujem mentorju in somentorici za vso podporo in pomoč pri pisanju
magistrske naloge.*

Vloga opolnomočenja na spletnih zdravstvenih skupnostih v odnosu med bolnikom in zdravnikom

Pričujoče magistrsko delo proučuje vprašanje, kakšne posledice ima opolnomočenje bolnika na spletnih zdravstvenih skupnostih za odnos med bolnikom in osebnim zdravnikom. Vzporedno z razvojem interneta so se v nedavni preteklosti oblikovale nove oblike družbenih prostorov, ki omogočajo socialne interakcije med ljudmi. Sčasoma so ti prostori na internetu prevzeli pomembno vlogo v družbi, tako da danes predstavljajo prostor, kjer poteka skupinska komunikacija in kjer uporabniki izmenjujejo izkušnje, znanje, socialno oporo, nasvete ipd. Zato so tovrstni prostori postali pomemben vir premostitvenega kapitala za posameznike, ki se morebiti znajdejo v kriznih situacijah, kot je na primer bolezen. Na mednarodni in nacionalni ravni je mogoče identificirati niz akademskih in komercialnih projektov, ki merijo politične, ekonomske, socialne in druge razsežnosti vključevanja vedno večjega števila internetnih uporabnikov v spletne skupnosti. Rezultati tovrstnih projektov kažejo, da veliko število spletnih uporabnikov obiskuje spletne skupnosti in na njih išče čustveno oporo in informacije, povezane z zdravjem. V akademskem svetu takšnim spletnim skupnostim pravijo tudi spletne zdravstvene skupnosti, in vse pogostejša uporaba le-teh je za seboj potegnila rojstvo mnogih razprav o tem, kakšni so učinki takšnega računalniško posredovanega komuniciranja na opolnomočenje bolnika in kaj opolnomočeni bolnik pomeni za odnos z zdravnikom. Ob pregledu literature smo ugotovili, da so sicer redke študije pokazale, da nekateri procesi opolnomočenja (prejemanje socialne opore, nudenje pomoči drugim, iskanje pozitivnega smisla, izmenjava uporabnih zdravstvenih informacij in komunikacija s strokovnim osebjem ipd.), ki se odvijajo na spletnih zdravstvenih skupnostih, v določeni meri vplivajo na opolnomočenje bolnika (spremembe v odnosu z zdravnikom, spremembe v komunikaciji z zdravnikom, spremembe v načinu razmišljanja in obnašanja, ki je povezano z bolnikovim zdravstvenim stanjem ipd.). Zaradi podhranjenosti z rezultati smo se odločili, da opravimo analizo in ugotovimo, kaj se dogaja na tem področju v Sloveniji, ter tako zapolnimo dolgoletno vrzel. Na podlagi študija literature smo se najprej seznanili z obstoječimi ugotovitvami in teorijo na obravnavanem raziskovalnem področju. Nato smo oblikovali vprašalnik in spletno anketo. Povezavo do spletne ankete je bilo mogoče najti na največji spletni zdravstveni skupnosti Med.Over.Net. Na anketo je odgovorilo 742 anketirancev/-k izmed 7500 uporabnikov, ki jim je bilo v sodelovanju z administratorji Med.Over.Neta dostavljeno vabilo za sodelovanje v raziskavi. Za statistično obdelavo podatkov, ki smo jih pridobili s spletno anketo, smo uporabili standardni statistični paket *SPSS Statistics 17.0* za družboslovne raziskave. Raziskovalne hipoteze, ki so bile postavljene na osnovi predhodnega študija literature, smo preverjali in analizirali s pomočjo večkratne linearne regresije. Rezultati naše analize so pokazali, da je proces iskanja pozitivnega smisla na spletni zdravstveni skupnosti v največji meri pozitivno vplival na rezultate opolnomočenja. Tudi komunikacija z zdravniki na spletnih zdravstvenih skupnostih je imela pomemben vpliv na končne rezultate. Rezultati opolnomočenja, na katere so omenjeni procesi najpogosteje vplivali, so v prvi vrsti odnos med bolnikom in zdravnikom, sledita pa še razsežnosti razmišljanja v zvezi z zdravstvenim stanjem (pozitivni odnos in občutek nadzora). Ker je bila raziskava opravljena na neverjetnostnem vzorcu aktivnih in pasivnih sodelujočih na forumu največje slovenske spletne zdravstvene skupnosti Med.Over.Net., naših ugotovitev ni mogoče posplošiti na celotno populacijo.

Ključne besede: opolnomočenje bolnika, spletne zdravstvene skupnosti, odnos bolnik-zdravnik, komunikacija bolnik-zdravnik.

The role of empowerment in online health communities in the doctor-patient relationship

The present study investigates a potential of online health communities to empower their users (mostly patients, but also their family and friends, etc.) and how this influences the doctor-patient relationship. Together with the development of the Internet in the recent past, new forms of social spaces have emerged that enable social interaction between people. As time passed these online spaces took over an important role in society. They became important spaces where group communication about certain issues takes place and where users can exchange relevant experience, knowledge, social support, advice, etc. For this reason, this type of space has become an important source of bridging capital for individuals who may find themselves in crisis situations, such as illness. Certain academic and commercial projects that are dedicated to measuring the political, economic, social and other dimensions of the integration of a growing number of Internet users in the online communities can be identified on national as well as on a global level. The results of these projects indicate that a large number of online users attending these online communities are seeking emotional support and information related to health. Academic researchers most often refer to these kinds of online communities as online health communities. The main consequence of ever-growing usage of so called online health communities gave rise to academic discussions about the possible potentials of such computer-mediated communication to empower the patients and what does such empowered patient means for the doctor-patient relationship. When reviewing the literature, we detected a few rare studies that have shown some empowerment processes (such as receiving social support, helping others, finding a positive meaning, useful health information exchange, communication with professionals, etc.), taking place on online health communities that may have some effect on patient empowerment outcomes (changes in the relationship with the doctor, changes in communication with the doctor, changes in health related thinking and behaviour, etc.). Due to the lack of results in this field, we decided to conduct our own analysis and find out what is going on in this particular research area in Slovenia, and by doing so to fill a longstanding void. First we did a literature review and based on this review we prepared an online questionnaire. Then we published a link to an online survey and with the help of the administrators of the largest online health community in Slovenia, Med.Over.Net, we invited approximately 7500 users to participate in the online survey. 742 respondents completed the online questionnaire. We analysed the gathered database using statistical package *SPSS Statistics 17.0* for social science research. Hypotheses in the study were verified and analysed by means of multiple linear regression. The results of our analysis showed that the process of finding positive meaning in the online health community as well as communication with doctors on them had a significant impact on empowerment outcomes. Empowerment outcomes that were mostly affected by the mentioned processes were doctor-patient relationship, positive attitude and sense of control. Our findings cannot be generalized to the entire population, since the survey was carried out on non-probability sample of active and passive participants in the forum of the largest Slovenian online health community Med.Over.Net.

Key words: patient empowerment, online health communities, doctor-patient relationship, doctor-patient communication.

KAZALO

1 UVOD	11
2 KONCEPTUALIZACIJA OPOLNOMOČENJA	13
2.1 Opolnomočenje: Opredelitev	13
2.1 Opolnomočenje bolnika	16
3 INFORMACIJSKO-KOMUNIKACIJSKA TEHNOLOGIJA IN ZDRAVJE	19
3.1 Informacijsko-komunikacijska tehnologija in opolnomočenje bolnika.....	19
3.2 Internet, spletne zdravstvene skupnosti in opolnomočenje bolnika (procesi/rezultati)	22
3.3 Odnos bolnik-zdravnik kot rezultat opolnomočenja na spletnih zdravstvenih skupnostih	27
4 OPIS VZORCA IN ZBIRANJA PODATKOV	32
5 ANALIZE IN REZULTATI	33
5.1 Preverjanje kakovosti merskih inštrumentov	33
5.2 Opisna statistika in faktorska analiza spremenljivk, ki merijo procese opolnomočenja.....	33
5.2.1 <i>Prejemanje socialne opore</i>	33
5.2.2 <i>Nudenje pomoči drugim</i>	35
5.2.3 <i>Iskanje pozitivnega smisla</i>	36
5.2.4 <i>Izmenjava uporabnih informacij s strokovnjaki</i>	37
5.2.5 <i>Izmenjava uporabnih informacij z drugimi uporabniki</i>	40
5.2.6 <i>Komunikacija z MON zdravniki</i>	41
5.3 Opisna statistika in faktorska analiza spremenljivk, ki merijo rezultate opolnomočenja.....	44
5.3.1 <i>Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom</i>	44
5.3.2 <i>Opolnomočena komunikacija med bolnikom in zdravnikom</i>	45
5.3.3 <i>Opolnomočeno razmišljanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem</i>	48
5.3.4 <i>Opolnomočeno obnašanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem</i>	49
5.4 Univariatna analiza	50
5.4.1 <i>Izvedene spremenljivke procesov opolnomočenja bolnika</i>	51
5.4.2 <i>Izvedene spremenljivke rezultatov opolnomočenja bolnika</i>	52
5.5 Bivariatna analiza	53
5.6 Preverjanje hipotez	55

5.6.1 Vpliv procesov opolnomočenja na bolnikovo opolnomočenje v odnosu do osebnega zdravnika.....	56
5.6.2 Vpliv procesov opolnomočenja na opolnomočeno komunikacijo z osebnim zdravnikom.....	57
5.6.3 Vpliv procesov opolnomočenja na bolnikovo razmišljanje v zvezi z zdravstvenim stanjem.....	60
5.6.4 Vpliv procesov opolnomočenja na bolnikovo obnašanje v zvezi z zdravstvenim stanjem.....	62
6 RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK	65
6.1 Razprava	65
6.2 Zaključek	70
LITERATURA	77
PRILOGA A: Pregled koeficientov linearne regresijske analize.....	89
PRILOGA B: Korelacijska matrika.....	90

KAZALO TABEL

Tabela 5.1: Indikatorji za spremenljivko »Prejemanje socialne opore« - osnovne opisne statistike.....	34
Tabela 5.2: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Prejemanje socialne opore«	35
Tabela 5.3: Indikatorji za spremenljivko »Nudenje pomoči drugim« - osnovne opisne statistike.....	35
Tabela 5.4: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Nudenje pomoči drugim«..	36
Tabela 5.5: Indikatorji za spremenljivko »Iskanje pozitivnega smisla« - osnovne opisne statistike.....	37
Tabela 5.6: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Iskanje pozitivnega smisla«	37
Tabela 5.7: Indikatorji za spremenljivko »Izmenjava uporabnih informacij s strokovnjaki« - osnovne opisne statistike	38
Tabela 5.8: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Izmenjava uporabnih informacij s strokovnjaki«.....	39
Tabela 5.9: Indikatorji za spremenljivko »Izmenjava uporabnih informacij z drugimi uporabniki« - osnovne opisne statistike	40

Tabela 5.10: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Izmenjava uporabnih informacij z drugimi uporabniki«	41
Tabela 5.11: Indikatorji za spremenljivko »Komunikacija z MON zdravniki« - osnovne opisne statistike	42
Tabela 5.12: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Komunikacija z MON zdravniki«.....	43
Tabela 5.13: Indikatorji za spremenljivko »Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom« - osnovne opisne statistike	44
Tabela 5.14: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom«	45
Tabela 5.15: Indikatorji za spremenljivko »Opolnomočena komunikacija med bolnikom in zdravnikom« - osnovne opisne statistike	46
Tabela 5.16: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Opolnomočena komunikacija med bolnikom in zdravnikom«	47
Tabela 5.17: Indikatorji za spremenljivko »Opolnomočeno razmišljanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem« - osnovne opisne statistike	48
Tabela 5.18: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Opolnomočeno razmišljanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem«.....	48
Tabela 5.19: Indikatorji za spremenljivko »Opolnomočeno obnašanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem« - osnovne opisne statistike	49
Tabela 5.20: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Opolnomočeno obnašanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem«.....	50
Tabela 5.21: Opisne statistike izvedenih spremenljivk procesov opolnomočenja bolnika.....	51
Tabela 5.22: Opisne statistike izvedenih spremenljivk rezultatov opolnomočenja bolnika	52
Tabela 5.23: Splošne smernice za interpretacijo velikosti in moči povezanosti	53
Tabela 5.24: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom«.....	57
Tabela 5.25: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Simetrična komunikacija z osebnim zdravnikom«	58
Tabela 5.26: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Iskrena komunikacija z osebnim zdravnikom«	59
Tabela 5.27: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Pozitivni odnos«	60

Tabela 5.28: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Občutek nadzora«	61
Tabela 5.29: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Zaščitno vedenje«	63
Tabela 5.30: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Vključenost v zdravljenje z zdravili«	64
Tabela 5.31: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Iskanje drugega mnenja«	65

1 UVOD

»Medicina prihodnosti bo komunikacijska medicina ali pa bo izgubila ljudi, zaradi katerih je pravzaprav tu. Napredek in dosežki moderne znanstveno-tehnične medicine so nesporni.« (Ule 2003, 111). Raziskave, pa tudi vsakdanje življenje, dokazujejo, da kritike in nezadovoljstvo bolnikov običajno niso usmerjeni k neadekvatni uporabi medicinske tehnike. Bolniki so predvsem nezadovoljni z neadekvatno komunikacijo, ki jo imajo z zdravnikom. Komuniciranje predstavlja center odnosa med bolnikom in zdravnikom in je v ospredju, kadar bolniki razpravljajo o dobrih in slabih zdravnikih (Ule 2003), kar kažejo ugotovitve posameznih domačih in tujih raziskav. Rezultati ene izmed tujih raziskav odkrivajo, da so za bolnike pomembnejše osebne lastnosti zdravnika kot njegovo strokovno znanje. Anketiranci so v omenjeni raziskavi poudarili, da je bolj kot karkoli drugega pomemben čas, ki ga zdravnik nameni za pogovor z bolniki (Lupton v Ule 2013). Do podobnih zaključkov je prišla Uletova v slovenski raziskavi o komuniciranju med zdravniki in bolniki (člani Društva pljučnih bolnikov). Stopnja strinjanja s trditvami, kot je na primer »pomembno je, da je odnos med bolnikom in zdravnikom topel in prisrčen«, je pokazala, da se zdijo odnosi med bolnikom in zdravnikom pomembni tudi bolnikom v slovenskem prostoru (Ule 2013).

Odnos med bolnikom in zdravnikom je pomemben za obe strani. Boljši kot je odnos v smislu časovne dostopnosti zdravnika, vzajemnega spoštovanja, znanja, zaupanja, skupnih vrednot in pogledov na bolezen ter življenje, večja bosta obseg in kvaliteta informacij o bolnikovi bolezni, ki se preneseta v obe smeri. To lahko posledično izboljša točnost postavljene diagnoze in poveča bolnikov obseg znanja o bolezni, ki ga je prizadela (Sfetcu 2014). V sodobni medicini se je razširil pogled, ki pravi, da mora biti odnos med bolnikom in zdravnikom odprte narave, zato da lahko bolnik jasneje predstavi zdravniku svoje težave in prioritete. Takšen pogled nasprotuje tradicionalnemu odnosu, kjer se zdravnik ne ozira veliko na potrebe zdravnika, temveč se pri opravljanju svojega dela opira na pomoč sodelavcev in medicinsko tehniko. Zato je mogoče zaslediti rastoče nelagodje ob tovrstni medicini (Ule 2003) in težnjo po vzpostavitvi bolj egalitarnega odnosa med bolnikom in zdravstvenim osebjem.

Z razvojem informacijsko-komunikacijske tehnologije, še zlasti interneta, so se oblikovale nove oblike družbenih okolij in prostorov, ki omogočajo socialne interakcije med ljudmi (Atanasova in Petrič 2014). Seštevek številnih prostorov skupinskega računalniško

posredovanega komuniciranja, ki jih lahko najdemo na internetu, označujemo s terminom spletne skupnosti. Sčasoma so ti prostori skupinskega komuniciranja na internetu prevzeli pomembno vlogo v družbi, tako da danes predstavljajo prostor za izmenjavo izkušenj, znanja, socialne opore, nasvetov ipd., zaradi česar so tudi pomemben vir premostitvenega kapitala za posameznika, ko se ta znajde v krizni situaciji (Petrič in Petrovčič 2008). Razširjenost uporabe spletnih skupnosti je še najlažje razložiti z naraščajočim številom uporabnikov interneta, ki te storitve uporabljajo aktivno ali pasivno. Na mednarodni ravni je mogoče zaslediti številne akademske in komercialne projekte, ki že vrsto let spremljajo politične, ekonomske, socialne in socio-demografske razsežnosti vključevanja vedno večjega obsega internetnih uporabnikov v spletne skupnosti (Vehovar in drugi 2010). Vse pogostejša uporaba podpornih aplikacij za spletne skupnosti, kamor uvrščamo bloge in spletne forume, je za seboj potegnila rojstvo številnih akademskih razprav, ki so se v svoji vsebini spraševale o različnih učinkih računalniško posredovanega komuniciranja ter o novih oblikah družbenih interakcij in medosebnih odnosov (Atanasova in Petrič 2014).

Zaradi množstva aplikacij, ki predstavljajo tehnično podporni element spletnih skupnosti, se potencial spletnih skupnosti prepozna tudi z zornega kota uporabnosti v zdravstvu (Atanasova in Petrič 2014). Veliko število spletnih uporabnikov na internetu išče emocionalno oporo in informacije, povezane z zdravjem oziroma zdravstveno oskrbo. Na podlagi pridobljenih informacij mnogi izmed njih sprejmejo odločitve glede nadaljnjih ukrepov, ki se nanašajo na njihov zdravstveni položaj. Z vzponom svetovnega spleta so se pojavile nove poti, ki omogočajo posameznikom, da lažje dostopajo, (so)oblikujejo in delijo zdravstvene informacije (Geissbuhler 2008). Eno izmed takšnih poti predstavljajo tudi specifična oblika spletnih skupnosti, spletne zdravstvene skupnosti. Njihova uporaba naj bi po zagotovilih nekaterih tujih raziskovalcev imela vpliv na opolnomočenje bolnika in posledično na spremembe v odnosu med zdravnikom in bolnikom. Rezultati ene izmed študij kažejo predvsem, da primerjanje izkušenj z drugimi uporabniki spletnih zdravstvenih skupnosti in pomoč drugim uporabnikom na spletnih zdravstvenih skupnostih vplivajo na večjo samozavest v odnosu do zdravnika (Bartlett in Coulson 2011). Van Uden-Kraanova in drugi (2009) pa so prišli do zaključka, da izmenjava informacij in iskanje potrditve, da bo vse v redu, prav tako povečujeta posameznikovo samozavest v odnosu do zdravstvenega osebja.

Za razliko od večine obstoječih študij pristopamo v naši raziskavi učinkov na ravni odnosa bolnik-zdravnik precej bolj razčlenjeno. Pri procesih opolnomočenja upoštevamo predvsem

prejemanje socialne opore, nudenje pomoči drugim uporabnikom in iskanje pozitivnega smisla v spletnih zdravstvenih skupnostih. Na ravni procesov opolnomočenja je novost ta, da preverjamo proces izmenjave informacij tudi pri strokovnjakih v spletnih zdravstvenih skupnostih in ne zgolj pri uporabnikih le-teh. Poleg tega preverjamo tudi vpliv dodatnega procesa, ki ga druge študije ne upoštevajo, in sicer komunikacijo med uporabniki spletnih zdravstvenih skupnostih in zdravniki, ki delujejo na njih. Na ravni rezultatov opolnomočenja nas zanima predvsem opolnomočenost odnosa in komunikacije z osebnim zdravnikom ter razmišljanje in obnašanje bolnika do zdravstvenega stanja. Slednje se nanaša neposredno na odnos z zdravnikom, vendar pa zelo nazorno kaže na razbremenitev zdravstvenega osebja. Opirajoč se na nekatere akademske diskusije in rezultate določenih raziskav (Bartlett in Coulson 2011; Forkner-Dunn, 2003; Van Uden-Kraan in drugi 2009), smo si v magistrski nalogi zastavili naslednje raziskovalno vprašanje: Kakšno vlogo ima opolnomočenje na spletnih zdravstvenih skupnostih v odnosu med zdravnikom in bolnikom?

2 KONCEPTUALIZACIJA OPOLNOMOČENJA

2.1 Opolnomočenje: Opredelitev

Izraz opolnomočenje (ang. *empowerment*) se nanaša na koncept, ki se je uveljavil v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja v kontekstu krepitve položaja zatiranih manjšin (Barak in drugi 2008). Številni teoretični nastavki opolnomočenja temeljijo na delu Paola Freire, ki je skozi programe opismenjevanja razvijal idejo o osvobajanju zatiranih posameznikov in skupin po celem svetu s pomočjo informiranja in izobraževanja (Hur 2006; Koelen in Lindström 2005; Stein 1997). V zadnjih štirih desetletjih je bil koncept opolnomočenja predmet preučevanja v različnih znanstvenih disciplinah. Med drugim je bil koncept opolnomočenja predmet razprave v politični teoriji, pedagoških vedah, psihologiji skupnosti, sociologiji, komunikologiji, managementu in ne nazadnje tudi v zdravstvenih vedah in medicini (Hur 2006; Kamin 2006; Koelen in Lindström 2005; Kuokkanen in Leino-Kilpi 2000; Loukanova in Bridges 2008). Kot lahko razberemo iz literature, je uporaba koncepta zelo razpršena, kljub temu pa akademska srenja v vseh teh letih preučevanja tega koncepta ni uspela oblikovati dosledne definicije (Kuokkanen in Leino-Kilpi 2000). Opredelitve opolnomočenja so raznolike, tako kot so raznolika področja, kjer se je uveljavila uporaba konstrukta. To je razlog, da lahko v literaturi najdemo različne opredelitve in tipologije opolnomočenja (Boškić 2005).

Rappaport (1987) vidi v opolnomočenju proces, pri katerem si posamezniki, organizacije in skupnosti zagotovijo nadzor nad odločitvami o vprašanjih, ki jih neposredno zadevajo. V najsplošnejšem smislu se izraz opolnomočenje nanaša na sposobnost ljudi, da pridobijo kontrolo in nadzor nad osebnimi, družbenimi, gospodarskimi in političnimi silami s ciljem sprejemanja ukrepov, ki so usmerjeni v izboljšanje njihovih življenjskih razmer oziroma položaja, v katerem se nahajajo v danem trenutku (Israel in drugi 1994). Po prepričanju Gibsonove (1991) je opolnomočenje najlažje razložiti z odsotnostjo občutka nemoči, brezupa, odtujenosti, šikaniranja, podrejenosti, zatiranja, pomanjkanja nadzora nad lastnim življenjem, paternalizma in odvisnosti od drugih. Wallerstein in Bernstein (v Stein 1997) razumeta opolnomočenje kot proces družbene akcije, ki spodbuja udeležbo posameznikov, organizacij in skupnosti pri pridobivanju kontrole nad njihovimi življenji v okviru širše družbe. Za njun pogled na opolnomočenje ni značilno prisvajanje moči z namenom prevladovanja nad drugimi, temveč akumuliranje moči s ciljem sodelovanja z drugimi v smeri sprožanja zaželenih sprememb.¹

Vsem navedenim opredelitvam je skupno, da poudarjajo opolnomočenje kot nenehno odvijajoči se proces in končni rezultat (ang. *outcome*), ki je posledica postopka opolnomočenja. Raziskovalci torej ločijo med procesom opolnomočenja, ki omogoča posameznikom in skupinam, da prevzamejo kontrolo nad svojim življenjem in upravljanem s svojim zdravjem, kot tudi nad končnim rezultatom opolnomočenja, to je stanjem psihološke okrepljenosti (Rissel 1994; Roberts 1999; Zimmerman 1995). Pojem opolnomočenja se nanaša na vse večji vpliv, ki ga imajo posamezniki v razmerju do okolja, v katerem živijo, in do drugih akterjev, ki jih obdajajo. V tem pogledu je zelo zanimivo opolnomočenje bolnikov, ki se osredotoča na prenovljen odnos med bolnikom in zdravnikom, v katerem je v zadnjem času mogoče zaslediti, da prvi prevzemajo več odgovornosti v procesu zdravljenja. Povečana vloga bolnikov v strategijah zdravstvenega varstva predstavlja hkrati vzrok in rezultat opolnomočenja bolnika (postopka, ki omogoči bolniku, da spremeni svoje pasivno vedenje in psihološko odvisnost od zdravstvenega osebja ter oblikuje novo zavedanje, ki prav tako učinkuje na strategije zdravstvenega varstva in oskrbe. Na novo vzpostavljeno zavedanje bolnika mu omogoči, da bolje izrazi svoje potrebe in aktivneje sodeluje pri sprejemanju

¹ Swiftova in Levinova (1987) sta podobno prepričani, da ideja opolnomočenja presega miselnost ničelne vsote (ang. *zero-sum mentality*), kjer vsakokratna redistribucija moči pomeni zmago ene strani in obenem poraz druge strani.

pomembnih odločitev (Tommasetti in drugi 2014). Schutt in Rogersova (2009) ravno tako delita opolnomočenje na proces in rezultat, ki je plod tega istega procesa. Poznata dve obliki procesov opolnomočenja: strukturne in psihološke. Proces opolnomočenja kot strukturnega procesa pomeni povezovanje zdravstvenega osebja in potrošnikov zdravstvenih storitev v bolj osebni, egalitarni in partnerski odnos. Kot psihološki proces opolnomočenje vključuje razvijanje samozavesti in optimizma. Cilj obeh oblik procesnega opolnomočenja je enak, in sicer: oblikovanje življenjskih spretnosti pri posameznikih in premik v smer, kjer ima potrošnik večji nadzor pri oblikovanju in sprejemanju odločitev glede storitev, ki so mu na voljo. Če poenostavimo, lahko rečemo, da je proces opolnomočenja »proces vzpostavljanja novega zavedanja, ki vpliva na način oblikovanja in izvajanja storitev, v našem primeru zdravstvene oskrbe«, medtem ko rezultat opolnomočenja predstavlja »predrugačen, bolj partnerski odnos med vpletenimi akterji«, ki se med drugim lahko odraža v bolj simetrični komunikaciji med bolnikom ter zdravnikom.

Opolnomočenje opredeljujemo tudi kot večnivojski konstrukt, ki se pojavlja na različnih stopnjah, vključujoč raven posameznika, skupine oziroma skupnosti (Roberts 1999). Medtem ko se individualno opolnomočenje (angl. *individual empowerment*) nanaša na posameznikov osebni občutek učinkovitosti, samospoštovanja, kompetentnosti in sposobnosti, da lahko sprejme pomembne življenjske odločitve (Israel in drugi 1994; Rissel 1994), se opolnomočenje skupine (angl. *group empowerment*) nanaša na združevanje posameznikov z namenom širjenja znanja in dvigovanja lastne kritične zavesti (Roberts 1999). Za opolnomočenje celotne skupnosti (angl. *community empowerment*) pa velja, da se nanaša na družbene oziroma politične dejavnosti, v katerih lahko sodelujejo posamezniki ali celotna skupina (Roberts 1999). V magistrski nalogi se osredotočamo na individualno opolnomočenje. Prvič zato, ker je individualno opolnomočenje temelj za ostali dve ravni opolnomočenja, in drugič, ker je individualno opolnomočenje, izmed vseh treh možnosti, najbolj primerno za aplikacijo na raven odnosa med bolnikom in zdravnikom (Koelen in Lindström 2005).

Opredelitve in uporaba pojma opolnomočenja se pri posameznikih oziroma večjih skupinah ljudi pogosto razlikujejo, same razlike v uporabi in definiciji koncepta pa so lahko bolj oziroma manj radikalne (Roberts 1999). Opolnomočenje prevzema različne oblike v različnih okoliščinah (Rappaport v Stein 1997), prav tako pa izkušnje z opolnomočenjem nihajo skozi čas (Hur 2006; Van Uden-Kraan 2008). Opolnomočenje vsebuje komponente, ki so tako

psihološke kot politične narave (Rappaport v Stein 1997). Vse skupaj zelo otežuje oblikovanje konsistentne definicije opolnomočenja, ki bi bila sprejeta v širšem akademskem krogu. Iz literature tako ni bilo mogoče zaslediti splošno sprejete opredelitve, ki bi se prilegala vsem posameznikom v vseh položajih. Prav tako ni bilo mogoče izslediti primerne in uveljavljene sopomenke. Kljub temu, da si marsikdo razlaga pomen opolnomočenja na svoj način, je v magistrski nalogi glavno vodilo predstavljala definicija opolnomočenja, ki jo je podala Ružica Boškić (2005, 181), in sicer: »Opolnomočenje je proces za doseg cilja oziroma rezultata, ki je okrepljenost.«

Ne glede na vse zapisano, je potrebno poudariti pomembno dejstvo, ki pravi, da je pri opolnomočenju, bolj kot karkoli drugega, pomembna sama ideja. Kot ponazori Rappaport (v Stein 1997, 61): »Nihče ne ve, kaj dejansko pomeni opolnomočenje, vendar pa ga, tako kot je to primer z opolzkostjo, vsi prepoznamo v trenutku, ko ga zagledamo.« Citat izpostavlja dejstvo, da opolnomočenje za večino predstavlja sestavni del človekovega bivanja, ki pa ga je zaradi njegove razpršene narave zelo težko definirati. Večina ljudi razume pomen opolnomočenja na intuitivni ravni (Strandberg 2001). Če opolnomočenje vključuje spremembe v odnosu z drugimi (Holland in Ruedin 2012), potem to pomeni, da vsakdo sam pri sebi sluti spremembe, a obenem ni nujno, da jih zna vsakokrat tudi pojasniti z besedami.

2.1 Opolnomočenje bolnika

Kot smo že nakazali, je bil koncept opolnomočenja v preteklih letih deležen precejšnje pozornosti tudi v okviru zdravstvenega varstva (Bridges in drugi 2008). V kontekstu zdravstvene oskrbe in varstva uporabljajo avtorji izraz opolnomočenje bolnika (ang. *patient empowerment*), ki odseva idejo o krepitvi bolnikovega lastnega občutka posesti nad procesom upravljanja z zdravjem.² Prav tako se skozi termin opolnomočenje bolnika odraža ideja, da morajo biti iskalci zdravstvenega varstva sami sposobni sprejemati pomembne odločitve glede svoje oskrbe, s čimer postajajo aktivni soudeleženci zdravstvene nege (Soenens 2009). Funnell in drugi (v Kharrazi in drugi 2009) opredelijo opolnomočenje bolnika kot pomoč

² Roberts (1999) izpostavi, da pojem opolnomočenje bolnika v nekoliko večji meri poudarja vidik bolnika. Po njegovem prepričanju se je potrebno zavedati, da ljudje, ki intenzivno iščejo zdravstvene informacije, nimajo vsakokrat vloge bolnika. Mnogokrat se zgodi, da je posameznik vključen v proces zdravljenja v imenu in na račun neke druge osebe, kot je to v primeru staršev, ki skrbijo za zdravje svojega otroka ali pa prijateljev, ki nudijo pomoč bolniku pri upravljanju z zdravstvenimi vprašanji. Izraz opolnomočenje bolnika se je uveljavil predvsem z namenom, da se opolnomočenje na področju zdravstvenega varstva jasno loči od preostalih oblik opolnomočenja v drugih disciplinah.

bolniku pri odkrivanju in razvijanju njegovih sposobnosti za prevzemanje odgovornosti v zvezi z osebnim zdravjem in kot potrebo po vplivanju na bolnikovo osebno obnašanje in obnašanje preostalih akterjev z namenom izboljšanja kvalitete svojega življenja. Odkar je bil pojem opolnomočenja bolnika vpeljan na področje zdravstvenega varstva, je mogoče zaznati povečano spoznanje, da so bolniki edini pravi poznavalci svojega lastnega življenja, čeprav so zdravniki tisti, ki so resnični strokovnjaki za posamezne bolezni in bolezenska stanja. Takšen pristop poudarja premik v zavedanju, da bogatega znanja zdravnika o posamezni bolezni vendarle ni moč enačiti z bolnikovimi dejanskimi izkušnjami z boleznijo in z bolezenskimi učinki, ki jih imajo ti na njegovo življenje. Iz tega posledično sledi, da morajo biti bolniki glavni odločevalci pri nadziranju in vsakodnevnem upravljanju bolezni, ki jih je prizadela (Funnell in Weiss 2008).

Opolnomočenje bolnika je postalo eden ključnih konceptov za povečanje kakovosti zdravstvene oskrbe in izboljšanje kvalitete bolnikovega življenja (Topac in Stoicu-Tivadar 2011), na kar so vplivale tudi širše družbene okoliščine. Tu so odigrale pomembno vlogo okoliščine pozne moderne (Beck in Beck-Gernsheim 2002; Giddens 1991) in razgradnje države blaginje, v katerih se je vedno več odgovornosti prenašalo na posameznike, ki so se morali nato v nadaljevanju samostojno spopadati z različnimi kriznimi situacijami, kamor sodi tudi soočenje z boleznijo (Kamin 2006; Rogelj in Petrič 2013). V današnjem času, kjer v svetu vladajo politična in ekonomska nestabilnost in ki jih zaznamujejo vse hitrejša in vedno bolj nepredvidljive družbene spremembe, se je takšen pritisk na posameznika samo še dodatno poglobil. V opisanih razmerah niso samo bolniki tisti, ki so deležni vedno večjega pritiska. Tudi strokovno zdravstveno osebje je podvrženo povečanim zahtevam, ki se nanašajo na učinkovitost in storilnost pri njihovem delu. Iz takšnih razlogov je zelo zaželena, če ne celo nujna, implementacija koncepta opolnomočenja bolnika, ki promovira sodelovanje v odnosu med bolnikom in zdravnikom in s tem razbremenuje obe strani v procesu sprejemanja in izvajanja zdravstvene terapije (Topac in Stoicu-Tivadar 2011).

V sodobni medicini prevladujejo trije modeli odnosa med bolnikom in zdravnikom, in sicer: paternalistični, pogodbeni in partnerski (Ule 2003; Ule 2005; Pesjak 2007). Na izbiro modela vplivajo številni dejavniki, kot na primer zdravstvena situacija bolnika, osebne in interaktivne posebnosti bolnika in zdravnika glede na izkušnje in pričakovanja obeh o poteku zdravljenja in bolezni (Ule 2003; Pesjak 2007). V vsakodnevnih odnosih med bolnikom in

zdravnikom je mogoče zaslediti prepletanje modelov in prehode iz enega v drugi model (Ule 2003; Pesjak 2007).

Paternalistični odnos je zasnovan na predpostavki, da je zdravnik edini, ki je sposoben pomagati bolniku v zdravstveni stiski. Vloga bolnika v tem odnosu je po večini pasivna, medtem ko je zdravnik na drugi strani aktiven in dominanten (Ule 2003; Pesjak 2007). Pri svojem delu se zdravnik ne ozira dosti na morebitne strahove in želje bolnika, temveč se bolj opira na splošno medicinsko etiko, razpoložljivo zdravstveno tehniko in pomoč preostalega zdravstvenega osebja (Ule 2003). Ker so se dostopnost medicinskega znanja za širšo javnost ter izobrazba in splošna kulturna raven populacije skozi zgodovino izrazito povečali, je narasla tudi potreba po bolj enakopravnem odnosu med bolnikom in zdravnikom. Zato lahko rečemo, da je paternalistični model vsekakor manj sprejemljiv za sodobni čas (Ule 2005).

V pogodbenem odnosu med bolnikom in zdravnikom slednji nastopa kot ponudnik, medtem ko se prvi pojavlja kot povpraševalec po določenih medicinskih storitvah (laboratorijske in farmacevtske storitve, rentgenska diagnostika), ki ne zahtevajo veliko osebnega stika. Medicina je izoblikovala širok nabor tovrstnih storitev, ki jih ponuja potencialnim potrošnikom, zaradi česar so te podvržene tržnim zakonitostim (Ule 2005). Takšna oblika upravljanja z zdravjem sovпада s težnjo države po uveljavitvi oblike, ki bi ustrezala poznomodernemu, individualiziranemu subjektu in političnim okoliščinam, v katerih se daje prednost gospodarskemu liberalizmu (Kamin 2006). Ta model je bolj enakopraven od prej omenjenega paternalističnega, a se z njegovo uveljavitvijo hkrati pojavi nevarnost, da lahko v vsakem trenutku zdrsnе v pasti prekomerne komercializacije in potrošništva (Ule 2005).

Sodobna pričakovanja in standardi medicine naj bi se najbolj realizirali v partnerskem modelu odnosov. V tem primeru obe strani aktivno sodelujeta pri doseganju končnega cilja, to je bolnikovega zdravja in dobrega počutja (Ule 2003; Ule 2005). Zdravnik prevzame položaj izkušenega strokovnjaka, bolnik pa deluje kot dejaven in samoodgovoren sodelavec. Rezultat zdravljenja je odvisen od sodelovanja med obema in od tega, ali zdravnik predstavi bolniku vsa relevantna dejstva o terapiji in vzrokih njegove bolezni (Ule 2005).

Odnos med bolnikom in zdravstvenim osebjem je v prvi vrsti komunikacijski odnos, ki v sebi skriva izjemen potencial zdravljenja. Številne raziskave iz preteklosti ugotavljajo, da lahko s komuniciranjem pomagamo reševati in obvladovati težave, konfliktna in krizna stanja, kar

velja tudi za odnos bolnik-zdravnik (Ule 2013). Ong in drugi (1995) so prepričani, da je eden izmed ključnih ciljev komunikacije ravno vzpostavitev dobrega medosebnega odnosa med bolnikom in zdravnikom. Podobno stališče sta že pred tem zavzela Roterjeva in Hallova (1992), ki sta trdili, da je pogovor glavna sestavina v okviru zdravstvene oskrbe, ki jo zdravnik in drugo osebje nudijo bolniku, saj se s pomočjo komunikacije oblikuje odnos med obema stranema. Tudi za Fong Hajevo in druge (2010) ima pogovor med bolnikom in zdravnikom osrednjo klinično funkcijo pri izgradnji primerne odnosa, ki predstavlja srce medicine. To potrjuje tudi dejstvo, da je velik del nezadovoljstva bolnikov posledica zloma odnosa med slednjim in zdravnikom (Fong Ha in drugi 2010; Ule 2003). Eno izmed temeljnih načel komuniciranja pravi, da je medosebno komuniciranje lahko komplementarno ali simetrično. Za sodobni odnos med bolnikom je pomembno slednje, ker označuje komunikacijo med enakovrednimi sogovorniki in partnerji (Ule 2005).

Broom (v Tommasetti in drugi 2014) opredeljuje opolnomočenje bolnika kot moč, ki omogoča bolnikom, da presežejo tradicionalni paternalistični odnos z zdravnikom in ga spremenijo v odnos, ki ima osnovo v bolnikovih izkušnjah in znanju. V tem kontekstu bolnik deluje kot ekspert, ki je sposoben sodelovati pri vzpostavljanju diagnoze in zdravljenju. To zahteva dobro informiranega pacienta, ki je sposoben pristne komunikacije z zdravnikom, izoblikovalo pa se je tudi prepričanje, da si je potrebno pridobiti drugo mnenje in pomoč iskati v skupini, ki se sooča s podobnimi težavami (Ule v Travar 2009, 9). Pri tem imajo pomembno vlogo različne skupine samopomoči, združenja pacientov in spletne podporne skupine, čemur pritrjujejo tudi rezultati nekaterih raziskav (Rogelj in Petrič 2013).

3 INFORMACIJSKO-KOMUNIKACIJSKA TEHNOLOGIJA IN ZDRAVJE

3.1 Informacijsko-komunikacijska tehnologija in opolnomočenje bolnika

Informacijsko-komunikacijska tehnologija je učinkovita dvostranska komunikacijska tehnologija, ki je v preteklosti v veliki meri spremenila interakcijo med posamezniki (Yonah in Salim 2007). Implementacija informacijsko-komunikacijske tehnologije se je v pričela pred nekaj desetletji v razvitih industrijskih državah, pri čemer je bila tehnologija v teh državah istočasno pozvana naj podpre spremembe, ki so se obenem dogajale v zdravstvu. Razvoj intenzivnejše in bolj raznolike uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije na področju zdravja je pomembna prioriteta, večkrat citirana v različnih strategijah, saj predstavlja enega

izmed ukrepov, ki naj bi omogočil dodelitev večje odgovornosti bolnikom na tem področju in njihovo večjo vključenost pri razreševanju osebnih zdravstvenih težav. Države Severne Amerike in Evrope v diskurzu zdravstvenega varstva najpogosteje za ta cilj uporabljajo izraz opolnomočenje bolnikov (Lemire 2010). Opolnomočenje bolnika preko informacijsko-komunikacijska tehnologije pomeni, da tehnologija omogoči in pripravi bolnika, da se zoperstavi zdravstvenim težavam (Meijer in Ragetlie 2007). Bos in drugi (2008) so oblikovali definicijo opolnomočenja upoštevajoč pretekli razvoj uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije na področju zdravja in opredelili opolnomočenje bolnika 2.0 (ang. *Patient 2.0 Empowerment*) kot aktivno participacijo državljanov na njihovi poti do zdravstvene oskrbe ob interaktivni uporabi informacijsko-komunikacijskih orodij.

Opolnomočenje je proces, ki omogoča posameznikom, da pridobijo večji nadzor nad odločitvami in dejanji, ki vplivajo na njihovo zdravje. Opolnomočeni ljudje imajo zadovoljive spretnosti, razumejo svoj zdravstveni položaj in so dovolj samoučinkoviti, da prevzamejo del odgovornosti glede lastnega zdravja v svoje roke. Številne raziskave kažejo, da opolnomočenje lahko povečamo pri posamezniku z aplikacijo informacijsko-komunikacijske tehnologije (Honka in drugi 2011). Ugotovitve preteklih raziskav nakazujejo splošni trend. Zanj je značilno izpostavljanje pomembnosti vključevanja posameznika v proces sprejemanja odločitev glede zdravstvenih vprašanj. V tem pogledu so avtorji posvetili pozornost dejstvu, da lahko opolnomočenje bolnika razumemo kot filozofijo zdravstvenega varstva, ki izvira iz pogleda, da je optimalne zdravstvene izide mogoče doseči takrat, ko bolnik postane aktivni udeleženec v procesu oblikovanja in izvajanja zdravstvene terapije (Monteaugo in Moreno v Bos 2011). Če opolnomočenje bolnika predstavlja filozofijo oziroma vrednoto, potem informacijsko-komunikacijska tehnologija predstavlja orodje, ki lahko omogoči dejansko izvajanje te filozofije v praksi. V primeru, da informacijsko-komunikacijsko tehnologijo ustrezno implementiramo, lahko to predstavlja veliko priložnost za spodbujanje bolnikov, naj postanejo bolj aktivni pri upravljanju svojega zdravja skozi uporabo različnih tehnologij (Ünver in Atzori 2013).

Splošno gledano se informacijsko-komunikacijski tehnologiji pripisuje pomembna in pozitivna vloga pri spodbujanju opolnomočenja (Powell 2009). Njena uporaba naj bi omogočala bolj interaktiven odnos med bolnikom in zdravnikom, ki temelji na pogostejši in intenzivnejši izmenjavi informacij (D'Alessandro in Dossa 2001). Eden večjih prispevkov informacijsko-komunikacijske tehnologije na zdravstvenem področju je torej preoblikovanje

vloge bolnikov iz pasivnih opazovalcev (zaradi informacijske asimetrije, ki je obstajala med bolnikom in zdravnikom) v aktivne udeležence v procesu zdravljenja (Kwankam 2013). Radikalni zasuk glede dostopnosti informacij, ki ga je prinesla implementacija informacijsko-komunikacijske tehnologije in internetna revolucija, sovpada z gibanjem, usmerjenim v spremembo ravnovesja moči od strokovnega zdravstvenega osebja k bolnikom. Zdravstvene informacije pridobljene na internetu zdaj omogočajo bolnikom, da sprejmejo premišljene odločitve in dostopajo do znanja, ki je bilo doslej po večini na voljo samo zdravnikom. Informacijsko-komunikacijska orodja, kot so spletne zdravstvene skupnosti na internetu, omogočajo bolnikom, da kontaktirajo druge bolnike, kar lahko pospeši procese in rezultate opolnomočenja, predvsem na račun tega, da posamezniki uvidijo, da niso sami in da obstaja upanje (Powell 2009).

Informacijsko-komunikacijska tehnologija pozna različna orodja, ki jih lahko bolnik uporablja pri soočenju s svojim zdravstvenim položajem in ki podpirajo opolnomočenje bolnika (Meijer in Ragetlie 2007). Peña in Gil (2007) sta oblikovala klasifikacijo orodij in aplikacij glede na njihov prispevek k opolnomočenju bolnika. V prvo kategorijo sta razvrstila informacijsko-komunikacijska orodja, ki so namenjena bolniku in pri katerih je poudarek na zagotavljanju zdravstvenih informacij bolnikom. V to kategorijo lahko uvrstimo spletne zdravstvene portale oziroma spletne zdravstvene skupnosti. Drugo kategorijo predstavljajo informacijsko-komunikacijske rešitve za oporo pri soupravljanju bolezni. Sem lahko uvrstimo aplikacije, kot so elektronski zdravstveni karton, e-recept in možnost elektronskega naročanja na zdravniški pregled. Tretja in zadnja kategorija se osredotoča na orodja, ki nudijo bolnikom oporo pri zdravljenju na domu. Med takšne rešitve sodi elektrokardiograf na daljavo, ki omogoča, da zdravniki nadzirajo motnje srčnega delovanja pri bolnikih, ki se zdravijo zunaj tradicionalnih ustanov za zdravstveno nego. V magistrski nalogi nas je zanimala predvsem vloga spletnih zdravstvenih skupnosti, ki, kot rečeno, sodijo v prvo kategorijo. Lemire (2010) je prepričan, da je izmed vseh naštetih uporaba spletnih zdravstvenih skupnosti najbolj enostavna, spontana in neposredna oblika uporabe informacijsko-komunikacijskih tehnologij, ki lahko vodi v opolnomočenje bolnika.

3.2 Internet, spletne zdravstvene skupnosti in opolnomočenje bolnika (procesi/rezultati)

Literatura predvideva globoko povezanost med uvajanjem interneta in razvojem opolnomočenja pri bolniku (Peña in Gil 2007; Sharf 1997). Vse več ljudi ima izkušnje z uporabo informacijsko-komunikacijskih tehnologij, hkrati pa so pretekle študije pokazale, da narašča število oseb, ki se obračajo na internet in iščejo zdravstvene informacije (Lemire 2010). Posledično je povečana uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije, še zlasti interneta, ustvarila novo vrsto družbenih odnosov, ki jih pred tem v družbi nismo poznali (Eskicumali 2010). Rheingold (2000) uporablja izraz virtualne skupnosti in jih opredeljuje kot socialne združbe, ki nastanejo na internetu, ko določen krog ljudi vodi medsebojno javno razpravo dovolj dolgo in z zadostno stopnjo človeškega občutka, da se v kibernetičnem prostoru oblikujejo mreže osebnih odnosov. Virtualne skupnosti zato po definiciji predstavljajo družbena omrežja, ki se oblikujejo skozi elektronske medije (Wellman 1997). Eden od načinov soočanja bolnikov z zdravstvenim stanjem oziroma boleznijo je ravno sodelovanje v virtualnih skupnostih na internetu, ki so povezane z zdravstvenimi temami. Avtorji jim v okviru zdravja pravijo tudi elektronske oporne skupine (Eysenbach 2003) in spletne zdravstvene skupnosti (Neal in drugi 2007; Thommasetti in drugi 2014; Van Der Eijk in drugi 2013). Sodeč po Nealovi in drugih (2007) spletne zdravstvene skupnosti predstavljajo sredstvo bolnikov in njihovih družin za spoznavanje bolezni, iskanje in nudenje opore ter povezovanje z drugimi, ki so se znašli v podobnih okoliščinah. Johnston in drugi (2013) razumejo spletne zdravstvene skupnosti kot virtualne skupnosti, ki so posvečene zdravstvenim in medicinskim temam in zagotavljajo tesnejše odnose med ljudmi, organizacijami in institucijami, vpetimi v razpravo o zdravstvenem varstvu in opredeljenimi z enakimi potrebami. Spletne zdravstvene skupnosti so platforme, temelječe na internetu, ki lahko združujejo na enem mestu skupino bolnikov (družinskih članov, prijateljev), skupino zdravstvenih strokovnjakov, ali pa mešanico obeh skupin (Thommasetti in drugi 2014; Van Der Eijk in drugi 2013). Muinz and O'Guinn (v Hogg in drugi 2004) poznata štiri različne vrste virtualnih skupnosti: skupnosti blagovnih znamk, interesne skupnosti, domišljajske skupnosti in skupnosti odnosov. Spletne zdravstvene skupnosti sodijo med slednje. Zanje je značilno, da se osredotočajo na osebne težave bolnikov in njihove bolezenske znake, njihov glavni namen pa je zagotavljanje opore in informacij, ki temeljijo na izmenjanih izkušnjah. Člani spletnih zdravstvenih skupnosti vzajemno komunicirajo preko novodobnih komunikacijskih orodij, kot so blogi, forumi, komunikacijski progami (*Skype*, *MSN*),

družabna omrežja (*Facebook*), »Webinarji« (spletni seminarji), virtualni svetovi (ang. *second life*) in spletne oglasne deske (Demiris 2006; Eysenbach in drugi 2004; Sternberg 2003; Van Der Eijk in drugi 2013). Spletne zdravstvene skupnosti se najpogosteje pojavljajo kot specializirane spletne skupnosti, kjer si bolniki na spletnih oglasnih deskah medsebojno izmenjujejo različne zdravstvene informacije in socialno oporo. Spletne oglasne deske predstavljajo posebno vrsto forumov, ki so lahko moderirani ali pa tudi ne.³

Podatki ameriške nacionalne raziskave *Pew Internet* razkrivajo velik delež tistih, ki uporabljajo internet za iskanje zdravstvenih informacij. Število uporabnikov interneta v Združenih državah Amerike, ki poizvedujejo po zdravstvenih informacijah, naj bi se povečalo z 54 milijonov (leta 1998) na 117 milijonov (leta 2005). V odstotkih se ta delež giblje med 75% in 80% (McMullan 2006; Wald in drugi 2007). Delež prebivalcev v Sloveniji, ki iščejo informacije o zdravju na medmrežju, je prav tako znaten in se povečuje. Leta 2004 je bilo po podatkih Eurostata tovrstnih uporabnikov 12,8% v starostni dobi med 16 in 74 let, leta 2008 pa že 27,4% (Raba interneta v Sloveniji 2009). Zadnji podatki kažejo na to, da približno 45% do 71% slovenskih uporabnikov interneta v starostni dobi med 10 in 74 let uporablja internet za iskanje zdravstvenih informacij (Petrovčič in Petrič 2014). Spletni uporabniki se v precejšnjem obsegu vključujejo v različne oblike spletnih skupnosti, kamor lahko uvrstimo tudi spletne zdravstvene skupnosti. V Združenih državah Amerike naj bi spletne zdravstvene skupnosti obiskalo po nekaterih podatkih 28% uporabnikov interneta (Broom 2005). Uradnega podatka za Slovenijo, ki bi pokazal, kolikšen je delež obiskovalcev spletnih zdravstvenih skupnosti, nismo našli. Uradne statistike Statističnega urada Republike Slovenije beležijo zgolj podatek, da se delež uporabnikov spletnih skupnosti v Sloveniji giblje nekje med 42% in 47% (Zdešar 2010; Zdešar 2012).

Podatki potrjujejo navedbe Van Uden-Kraanove in drugih (2008), da se mnogi posamezniki v stresnih trenutkih, kot je na primer bolezen, zatekajo k spletnim skupinam. Priložnost in zanimanje za obisk spletnih zdravstvenih skupnosti se je povečala sočasno s tem, ko se je v zadnjem obdobju povečala tudi dostopnost do interneta (Coulson in Shaw 2013; Van Uden-

³ Največja slovenska spletna zdravstvena skupnost Med.Over.Net sodi med virtualne skupnosti odnosov in je oblikovana kot specializirana spletna skupnost, ki jo sestavlja več forumov (spletnih oglasnih desk). Slednji predstavljajo »razpravni prostor, kjer lahko obiskovalci medsebojno izmenjujejo izkušnje in zaprosijo strokovnjake za nasvet« (Janežič 2004, 31). Na Med.Over.Netu poznamo strokovne forume, kjer nasvete delijo zdravstveni strokovnjaki z različnih področij, ki so obenem tudi moderatorji foruma. Na drugi strani pa obstajajo še splošni forumi, ki niso moderirani in na katerih bolniki drug z drugim izmenjujejo zdravstvene izkušnje, informacije in čustveno oporo (Janežič 2004).

Kraan in drugi 2008). S povečano priljubljenostjo spletnih zdravstvenih skupnosti med uporabniki interneta pa so se povečala tudi pričakovanja glede učinkov na opolnomočenje bolnikov (Bartlett in Coulson 2011; Van Uden-Kraan in drugi 2008). Participacija na spletnih zdravstvenih skupnostih naj bi imela po ugotovitvah Johnstona in drugih (2013) neposredne koristi v obliki emocionalne socialne opore in informacijske socialne opore (to je izmenjave koristnih informacij). Socialno oporo lahko opredelimo kot (ne)verbalno komunikacijo med ponudnikom in prejemnikom, ki zmanjšuje negotovost slednjega glede posamezne življenjske izkušnje in obenem deluje v smeri krepitve občutka osebne kontrole in nadzora nad položajem, v katerem se je posameznik znašel (Albrecht in Adelman 1987). Konceptualno nekateri avtorji (Gottlieb 1985; House 1981) delijo socialno oporo na emocionalno, informacijsko, instrumentalno in potrditveno.⁴ Johnston in drugi (2013) so se v svojem delu osredotočili na prvi dve obliki. Najpogostejši vir emocionalne in informacijske socialne opore za bolnike predstavlja zdravstveno osebje, ki svetuje posamezniku, kako naj poskrbi za svoje zdravje. Ugotovitve raziskave Johnstona in drugih (2013) so pokazale, da si lahko posamezniki tovrstno oporo zagotovijo tudi pri drugih virih, to je na spletnih zdravstvenih skupnostih. Izsledki še kažejo, da naj bi izmenjava koristnih informacij na spletnih zdravstvenih skupnostih pripomogla k oblikovanju zaznave opolnomočenja pri bolnikih. Bartlett in Coulson (2011) sta pri svojem delu prišla do podobnega zaključka. Dokazala sta, da imajo spletne zdravstvene skupnosti potencial za razvijanje rezultatov opolnomočenja za posameznike, ki se odločijo, da jih bodo obiskali. Demiris (2006) ravno tako dopušča možnost, da uporaba spletnih zdravstvenih skupnosti lahko vodi v opolnomočenje posameznika, vendar pa sam opozarja, da obstaja za takšne trditve zelo majhno število dokazov.

Dosedanje študije, ki so preučevale posledice sodelovanja na spletnih zdravstvenih skupnostih, so pokazale, da participacija na spletnih zdravstvenih skupnostih na različne načine spodbuja procese in rezultate opolnomočenja. Pri večini teh raziskav je bil poudarek na identifikaciji in opredelitvi procesov. Dokumentirani procesi opolnomočenja bolnika, ki naj bi potekali na spletnih zdravstvenih skupnostih, vključujejo zlasti izmenjavo informacij, iskanje

⁴ Emocionalna socialna opora naj bi se manifestirala kot izraz skrbi in nege, ki jo posameznik najpogosteje prejme od družine ali tesnih prijateljev in ki prispeva k oblikovanju posameznikovega občutka lastne vrednosti. Informacijska socialna opora, kot že samo ime pove, vključuje izmenjavo koristnih informacij, nasvetov in predlogov o tem, kako se na najboljši možni način spopasti z zdravstvenimi težavami. Finančna ali pa kakršna koli druga oprijemljiva pomoč sodi v kategorijo instrumentalne socialne opore, medtem ko pa komentarji, kot so »zaupaj svojim odločitvam« ali »delaš pravo stvar«, predstavljajo primer potrditvene socialne opore. Takšni nasveti so lahko bolniku v pomoč pri ocenjevanju njegovega zdravstvenega položaja, vendar pa ne predstavljajo jasnih smernic, kako naj ravna v konkretnem primeru (Gottlieb 1985; Go Ask Alice 2013; House 1981).

čustvene opore, iskanje potrditve in razumevanja s strani drugih, izmenjavo osebnih izkušenj in pomoč drugim. Na drugi strani identificirani rezultati opolnomočenja obsegajo občutek boljše informiranosti, izboljšano sprejemanje bolezni, občutek večje samozavesti glede terapije, povečano kontrola nad prihodnostjo, okrepljeno samospoštovanje in izboljšano družbeno življenje ter občutek večje samozavesti v odnosu do svojega zdravnika.

Mo in Coulson (2013) sta v svoji raziskavi zaznala pozitivno povezanost med uporabo spletnih zdravstvenih skupnosti in procesi opolnomočenja. S kvalitativno raziskavo sta preverila in ugotovila, da so sestavni elementi, ki tvorijo proces opolnomočenja naslednji: nudenje pomoči drugim, iskanje pozitivnega smisla, prejemanje uporabnih informacij in prejemanje socialne opore (Mo in Coulson 2010). S tem sta potrdila dognanja Van Uden-Kraanove in drugih (2008), ki so s pomočjo kvalitativnih in kvantitativnih metod detektirali procese opolnomočenja, ki naj bi se odvijali na spletnih zdravstvenih skupnostih. Johnston in drugi (2013) so prav tako potrdili, da na spletnih zdravstvenih skupnostih potekata procesa iskanja socialne opore in izmenjave uporabnih informacij. Reevesova (2000) je analizirala vpliv uporabe interneta, kamor lahko uvrstimo tudi spletne zdravstvene skupnosti, na posameznike, okužene z virusom HIV. Prišla je do zaključka, da uporabniki interneta zaznavajo procese iskanja socialne opore in nudenja pomoči drugim. Ne da bi upoštevali vlogo spletnih zdravstvenih skupin, so Mok in drugi (2004) ter Strack in Schulenberg (2009) pokazali, da bolniki razumejo postopek iskanja novega življenjskega smisla, kot element procesnega opolnomočenja. Kot smo že predhodno navedli, se proces iskanja pozitivnega smisla odvija tudi na spletnih zdravstvenih skupnostih (Mo in Coulson 2010; Mo in Coulson 2013).

Street (2003) in Wentzer in Bygholm (2013) v svojih delih zaznavajo dodaten proces opolnomočenja na spletnih zdravstvenih skupnostih, ki je vreden omembe. Gre za komuniciranje bolnikov in njihovih svojcev z zdravniki in drugimi strokovnjaki, ki poteka na internetu in spletnih zdravstvenih skupnostih. Proces komuniciranja med bolnikom in zdravnikom je pomemben, ker lahko, sodeč po nekaterih avtorjih, vpliva na številne rezultate opolnomočenja. Med takšne avtorje sodijo Kettunen in drugi (2006), ki razumejo opolnomočenje bolnikov kot rezultat pogovora med bolnikom in zdravnikom. Tudi za Brooma (2005) je odnos med bolnikom in zdravnikom vitalnega pomena in predstavlja neločljiv del zdravstvene oskrbe, saj v veliki meri determinira kakovost nege, ki je je posameznik deležen v okviru zdravstvenega sistema. Avtor nadaljuje in pravi, da je proces

komuniciranja med zdravnikom in bolnikom na internetu povezan s številnimi rezultati opolnomočenja, med katere uvrsti tudi odnos do zdravnika. Omenimo še Ouschanovo in druge (2006) ter rezultate njihove študije, ki so pokazali povezanost med opolnomočeno komunikacijo in posledično zvestobo ter zaupanjem bolnika v odnosu s terapevtom.

Roterjeva in Hallova (1997) sta vzpostavili tudi teorijo komuniciranja bolnika. Ta pravi, da izmenjava informacij skozi komunikacijo vodi v spremembe glede bolnikovega obnašanja v odnosu do zdravstvenega stanja. Coulson in Shaw (2013) sta nakazala možnost, da se nekaj podobnega lahko zgodi tudi v virtualnem okolju. V pogovoru s 33 moderatorji spletnih zdravstvenih skupnosti so jima slednji izrazili prepričanje, da informacije, pridobljene na spletnih zdravstvenih skupnostih, lahko vplivajo na bolnikovo obnašanje oziroma na strategijo, preko katere skuša posameznik upravljati s svojo boleznijo. Študija na žalost ne vsebuje podatkov o tem, kako moderatorji razumejo spremenjeno obnašanje v zvezi z zdravstvenim stanjem. Druge dostopne raziskave so pokazale, da so uporabniki spletnih zdravstvenih informacij spremenili prehranjevalne navade, pričeli naj bi jemati zeliščne in prehranske dodatke ter naj bi pogosteje obiskovali osebnega zdravnika (Iverson in drugi 2008). Kassirer (2000) je prav tako prepričan, da so bolniki v bližnji preteklosti prevzeli večjo odgovornost za svoje zdravstveno stanje ravno zaradi spletnih informacij. Nekoliko bolj pa je zadržan glede posledic, ki bi jih lahko imela uporaba interneta na odnos med bolnikom in zdravnikom. Po njegovem mnenju spletna komunikacija v nekaterih pogledih krepi vez z zdravnikom, medtem ko jo v drugih primerih ogroža. Avtor se neposredno ne izjasni, od česa je slednje odvisno, vendar pa posredno izpostavlja vprašanje primernosti informacij na spletu, digitalnih spretnosti zdravnikov in percepcije zdravnikov, o tem, da je informiran bolnik problematičen bolnik. Sami v ta sklop uvrščamo še digitalne spretnosti samih bolnikov in komunikacijske spretnosti zdravnikov izven virtualnega sveta. Boljše digitalne in vsakodnevne komunikacijske spretnosti na obeh straneh bi lahko imele pozitiven učinek, saj bi obe strani lažje presodili nejasnosti glede primernosti spletnih informacij, kar bi omehčalo zdravnike v njihovi percepciji v zvezi s problematičnimi bolniki.

Pregled literature je pokazal, da večina avtorjev razume spletno komunikacijo med bolnikom in zdravnikom kot element procesnega opolnomočenja. Oh in Lee (2012) imata za razliko od ostalih drugačen pogled in menita, da je opolnomočenje bolnika pomembna spremenljivka in proces, v katerem postanejo bolniki bolj motivirani za aktivnejše sodelovanje v pogovoru s svojim osebnim zdravnikom. Aktivnejšo obliko komunikacije dojemata kot rezultat

procesnega opolnomočenja na spletni zdravstveni skupnosti. Bolj konkretno sta avtorja preučevala, kako aktivnosti na spletnih zdravstvenih skupnostih oziroma procesi pridobivanja socialne opore vplivajo na komunikacijo z osebnim zdravnikom. Bolj ko bolniki participirajo na spletni zdravstveni skupnosti, bolj zaznavajo proces prejemanja socialne opore, zaradi česar naj bi bili uporabniki tudi bolj opolnomočeni. Večja opolnomočenost naj bi posledično vodila tudi v večjo pripravljenost za pogovor z osebnim zdravnikom.

Iversonova in drugi (2008) so v svojem delu detektirali, da aktivnosti na internetu, kamor lahko uvrstimo identificirane elemente procesnega opolnomočenja, kot so prejemanje socialne opore, iskanje pozitivnega smisla, izmenjava uporabnih informacij in komunikacija s spletnimi strokovnjaki oziroma zdravniki, vplivajo tudi na spremembe v načinu razmišljanja posameznika do lastnega zdravja in ne zgolj na obnašanje bolnika, povezano z zdravjem, ter opolnomočeno komunikacijo in odnos z zdravnikom.

3.3 Odnos bolnik-zdravnik kot rezultat opolnomočenja na spletnih zdravstvenih skupnostih

Internet, kot že omenjeno, lahko predstavlja močno orodje za implementiranje ideje opolnomočenja bolnika (Peña in Gil 2007). Po prepričanju Joanne Shaw (2009) smo trenutno priča reformaciji zdravstvene oskrbe, kakršno poznamo, saj naj bi bil tradicionalni paternalistični odnos med bolnikom in zdravnikom omajan ravno na račun razširjene uporabe interneta in tudi spletnih zdravstvenih skupnosti. Sama namreč meni, da razširjena uporaba interneta v zdravstvene namene spodkopava zdravnikovo avtoriteto. To naj bi se zgodilo na podoben način kot v obdobju reformacije, ko sta iznajdba Gutenbergove tehnike tiska in prva tiskana knjiga omogočili opolnomočenje vernikov v takšni meri, da so lahko sami interpretirali in osmislili pridige, ki so jim jih posredovali duhovniki. V tem kontekstu predstavljajo tiskano knjigo v današnjem času zdravstvene informacije, tehniko tiska predstavlja internet, duhovnike pa je zamenjala zdravniška stroka.

Pred množičnim pojavom interneta je bilo informiranje bolnikov o zdravstvenih temah izjemno oteženo in dolgotrajno. Rezultat tega je bila velika odvisnost od informacij in nasvetov, ki so prihajali zgolj iz smeri zdravnika. Posledično se je dodatno krepila avtoriteta in moč zdravnika v odnosu do bolnika (Broom 2005). Iz predstavljene analogije je jasno, da je internet obšel položaj zdravnika, v katerem je ta edini relevantni vir informacij. Bolniki si na

ta način lahko zdaj sami poiščejo pomoč oziroma potrebne zdravstvene informacije pri številnih drugih alternativnih virih. Priskrbljene informacije so bolnikom v pomoč pri prehodu iz stanja brezupa v stanje večjega nadzora ter pri prehodu v bolj partnerski odnos pri procesu zdravljenja in upravljanja bolezenskih težav (Shalom 2007). V tem pogledu opolnomočenje bolnika predstavlja prerazporeditev moči med bolnikom in zdravnikom na način, da bolniki sami prevzamejo več nadzora nad svojim zdravjem in v srečanju s svojim osebnim zdravnikom (Roberts 1999). Potencial interneta je ravno v tem, da izziva tradicionalni hierarhični model posredovanja informacij od zgoraj navzdol. S tem do določene mere osvobaja bolnika in mu omogoča, da tudi sam aktivno sodeluje pri oblikovanju odgovorov na svoja zdravstvena vprašanja (Buckland in Gann 1997). Internet lahko pomembno prispeva k bolj demokratični razpravi in sodelovanju v odnosu med zdravnikom in bolnikom ter posledično pomaga pri sooblikovanju decentraliziranih in participativnih načinov sprejemanja odločitev v okviru zdravstvene oskrbe (Light 2001).

Eno bolj reprezentativnih in citiranih analiz, ki odpira vprašanje uporabe interneta oziroma sodelovanja bolnikov na spletnih zdravstvenih skupnostih, s poudarkom na posledicah, ki jih ima takšna uporaba oziroma sodelovanje na odnos med zdravnikom in bolnikom, je leta 2005 opravil Alex Broom. Njegovi izsledki kvalitativne raziskave kažejo, da je internet čedalje širši vir informacij in opore za moške, ki so oboleli za rakom prostate (Broom 2005). Hkrati je študija pokazala, da internet predstavlja potencial za oblikovanje občutka opolnomočenja pri bolnikih, ki so zboleli za omenjeno vrsto raka. Avtor je z raziskavo pokazal na pomembno vrednost interneta, ki jo ima ta v kontekstu obveščanja javnosti. Internet je namreč pomemben vir informacij, ki znatno prispeva k sprejemanju bolnikovih odločitev v zvezi z boleznijo. Na ta način naj bi internet vnašal večje ravnovesje v tradicionalni odnos med zdravnikom in bolnikom.

Odnos med zdravnikom in bolnikom predstavlja ključni element pri zagotavljanju storitev zdravstvenega varstva (Hadwich in drugi 2010). Zgoraj je bilo že nekaj napisanega o naravi tradicionalnega odnosa med pacientom in zdravnikom. V njem je zdravnik zadolžen predvsem za zagotavljanje informacij glede same diagnoze, napovedi in možnosti zdravljenja. Internet je omogočil lažje dostopanje do informacij in s tem tudi omajal takšen pogled na odnos med bolnikom in zdravnikom in na razmerje moči med njima. Oh in Lee (2012) opozarjata, da številni programi in intervencije opolnomočenja predpostavljajo pasivno vlogo bolnika v obravnavanem odnosu. V takšnih okoliščinah naj bi moral posameznik najprej skozi

postopek informiranja in pridobivanja opore pri zdravniku, da bi lahko postal opolnomočen. Aujoulatova in drugi (2007) govorijo v tem primeru o opolnomočenju skozi proces komunikacije, kjer se izmenjujejo informacije, vrednote in moč med akterji. Nekateri avtorji dvomijo v tovrstni pristop opolnomočenja bolnika (Gruber in Trickett 1987; McAllister in drugi 2012). Izsledki posameznih študij (Henwood in drugi 2003; Thorne in drugi 2000) namreč kažejo, da se številni zdravniki navkljub sistemskim intervencijam, usmerjenim v opolnomočenje bolnikov, še vedno oklepajo moči in skušajo nadzorovati pretok zdravstvenih informacij. Na ta način posredno zavračajo in omejujejo prizadevanja bolnikov, da se ti primerno informirajo o svojem zdravstvenem položaju. Iz tega razloga sledi logično vprašanje, ali je po vsem tem dejansko mogoče pričakovati, da bi zdravniki kar tako prepustili moč, ki jo imajo v odnosu do bolnika. Prepustitev moči lahko ponazorimo s situacijo, kjer se med bolnikom in zdravnikom vzpostavi egalitarnejši odnos, v katerem zdravnik ne deluje kot edini upravljevec bolnikove zdravstvene nege, temveč sta bolnik in zdravnik partnerja in skupaj soodločata o zdravstveni terapiji (Akerkar in Bichile 2004). Vsekakor vedno obstaja možnost, da zdravniki s svojimi intervencijami oblikujejo pogoje za opolnomočenje bolnika, vendar pa je v osnovi težko pričakovati, da bi nosilec moči le-to kar tako prepustil, zato si jo je potrebno po večini izboriti (Werner in Sanders 1997). Na takšne razmere kaže dejstvo, da so mnogi zdravniki v današnji informacijski družbi že izrazili nezadovoljstvo in nasprotovanje s takšnimi spremembami. Pri tem jih najbolj skrbi morebitna nezanesljivost spletnih zdravstvenih informacij in izguba človeškega občutka v že tako neosebne odnosu (Akerkar in Bichile 2004). Sposobnost posameznika, da samoiniciativno sproži proces osebne preobrazbe v smeri večje okrepljenosti, je bistvo opolnomočenja bolnika (Aujoulat in drugi 2007; Staples 1990) in participacija na spletnih zdravstvenih skupnostih predstavlja potencialno gonilno silo v tem procesu (Oh in Lee 2012).

O preobrazi odnosa med zdravnikom in bolnikom, ki naj bi bila posledica iskanja zdravstvenih informacij in opore bolnikov na internetu in spletnih zdravstvenih skupnostih, sta v svojih prispevkih pisala predvsem Gerber in Eiser (2001). Skupaj domnevata, da internet ponuja priložnost za izboljšanje obravnavanega odnosa preko delitve odgovornosti vseh deležnikov znotraj le-tega. Njunemu delu so sledili še drugi raziskovalci na tem področju. Posledica vseh prispevkov je široka tipologija, ki predstavlja tri temeljne možnosti, kako bi se lahko v dobi interneta nadalje razvijal odnos med zdravnikom in bolnikom (Hart in drugi 2004; McMullan 2006). Po prvem scenariju lahko pričakujemo ohranjanje *statusa quo* oziroma tega, da zdravnik ostane osrednji igralec v odnosu. V tem primeru bi lahko zdravnik

vsakršen vnos zunanjih informacij v komunikacijo razumel kot grožnjo njegovi poziciji (avtoriteti), iz česar bi sledilo, da bi (še bolj) vztrajno uveljavljal svoje »strokovno mnenje« (McMullen 2006). Druga opcija je nekoliko mehkejša in predvideva položaj, v katerem zdravnik, ob določenih predpostavkah, bolniku predpiše obisk določenega spletnega mesta. Gre za situacijo, v kateri zdravnik bolniku svetuje, da se ta dodatno pozanima o svojem zdravstvenem stanju na (predpostavljeno) kredibilni spletni strani. Gerber in Eiser (2001) temu pravita »predpisovanje interneta« (ang. *internet prescription*). Zadnja možnost predpostavlja stanje, v katerem večjo vlogo v razmerju med zdravnikom in bolnikom prevzame prav slednji. V tem primeru naj bi se odnos in komunikacija izboljšala na račun večjega sodelovanja med obema (McMullen 2006). Na podlagi zapisanega je bila postavljena krovna teza, ki se glasi:

Iskanje zdravstvenih informacij in drugi procesi opolnomočenja na internetu učinkujejo na bolnikov občutek opolnomočenosti, hkrati pa ti procesi opolnomočenja bolnika lahko med drugim vplivajo na spremembo v odnosu med zdravnikom in bolnikom, in sicer na tri načine: a) odnos se poslabša in zdravnik v njem še bolj vztrajno zagovarja svoje strokovno mnenje, b) odnos se po drugi plati lahko tudi izboljša in v takem primeru postane bolnik bolj enakopraven udeleženec pri postopku zdravljenja in c) lahko se zgodi, da zdravnik začne predpisovati bolniku obisk določenega spletnega mesta.

Mednarodne študije opolnomočenja bolnikov na spletnih zdravstvenih skupnostih so se v preteklosti najpogosteje osredotočale zgolj na en sam vidik opolnomočenja. Na podlagi opravljenega pregleda literature se izkaže, da so raziskave, ki hkrati preučujejo rezultate procesov kot tudi rezultatov opolnomočenja izjemno redke. V primerih, ko so avtorji obravnavali oziroma upoštevali obe determinanti opolnomočenja, so v okviru svojih raziskav večinoma podali zgolj pregled literature in rezultatov dotodanjih del (Aujoulat in drugi 2007). Kot izjemi lahko navedemo deli Van Uden-Kraanove in drugih (2009) ter Bartlettove in Coulsona (2011), ki sta precej bolj sistematično preučevali, kako procesi opolnomočenja vplivajo na spremembe v rezultatih opolnomočenja. Rezultati obeh študij so pokazali, da lahko procesi opolnomočenja, ki se odvijajo na spletnih zdravstvenih skupnostih, v zmernem obsegu pojasnijo rezultate opolnomočenja. Študiji sta upoštevali procese (izmenjava informacij, prejemanje socialne opore, iskanje potrditve, pomoč drugim, izmenjava izkušenj) in rezultate (boljša informiranost, večja samozavest v odnosu do zdravnika, večja samozavest glede terapije, boljše sprejemanje bolezni, povečan optimizem in nadzor, povečana

samozavest, izboljšano družbeno počutje) opolnomočenja, ki so jih Van Uden-Kraanova in drugi (2008) identificirali v svoji kvalitativni raziskavi na vzorcu uporabnikov spletnih zdravstvenih skupnosti, ki so oboleli za rakom dojk, artritisom in fibromialgijo. Po podatkih teh dveh študij naj bi, izmed upoštevanih procesov, procesi pomoči drugim uporabnikom in izmenjava izkušenj z njimi (Bartlett in Coulson 2011) in izmenjava informacij z drugimi uporabniki in iskanje potrditve (Van Uden-Kraan in drugi 2009) pozitivno vplivali na bolnikovo večjo samozavest v odnosu do zdravnika. Študiji tako nakazujeta, da imajo lahko procesi na spletnih zdravstvenih skupnostih pomemben prispevek k opolnomočenju bolnika v odnosu do svojega zdravnika.

Ob pregledu literature smo se prepričali, da je slovenski akademski prostor prav tako izjemno podhranjen, ko govorimo o analizah in raziskavah, ki se ukvarjajo s področjem opolnomočenja bolnikov na spletnih zdravstvenih skupnostih. Praktično ni mogoče zaslediti študije ali avtorja, ki bi obravnaval pojasnjevalno moč procesov opolnomočenja na spletnih zdravstvenih skupnostih v razmerju do končnih rezultatov opolnomočenja. Seveda tudi v tem primeru obstajajo izjeme, vendar pa sta se Petrovčič in Petrič (2014) v svojem delu v prvi vrsti posvečala dejavnikom kolektivnega psihološkega opolnomočenja na spletnih zdravstvenih skupnostih. Kljub temu, da imata avtorja delne pomisleke glede domnevno nasprotujoče si narave med procesi individualnega in kolektivnega opolnomočenja, smo v nalogi zavzeli stališče Koelenove in Lindströma (2005), ki vendarle izpostavljata pomembnost individualnega opolnomočenja za vse preostale ravni opolnomočenja in skušali zapolniti raziskovalni primanjkljaj na obravnavanem področju. Drugače povedano, analizirali smo, kakšno vlogo igra opolnomočenje na spletnih zdravstvenih skupnostih v odnosu med zdravnikom in bolnikom oziroma na kakšen način procesi opolnomočenja vplivajo na odnos med zdravnikom in bolnikom ter na preostale rezultate opolnomočenja, ki so vsaj posredno povezani z odnosom med zdravnikom in bolnikom. S ciljem doslednejše izpeljave analize smo, poleg že predstavljene teze, opredelili še naslednje štiri hipoteze, ki se opirajo na dosedanjo razpravo:

H₁: *Identificirani elementi procesnega opolnomočenja pozitivno vplivajo na opolnomočenost bolnika v odnosu s svojim zdravnikom.*

H₂: *Identificirani elementi procesnega opolnomočenja pozitivno vplivajo na opolnomočenost bolnikove komunikacije s svojim osebnim zdravnikom.*

H₃: Identificirani elementi procesnega opolnomočenja pozitivno vplivajo na opolnomočenost bolnikovega obnašanja glede svojega zdravstvenega stanja.

H₄: Identificirani elementi procesnega opolnomočenja pozitivno vplivajo na opolnomočenost bolnikovega razmišljanja glede svojega zdravstvenega stanja.

4 OPIS VZORCA IN ZBIRANJA PODATKOV

Vlogo procesnega opolnomočenja na spletni zdravstveni skupnosti, ki jo ima ta v odnosu med bolnikom in zdravnikom ter s tem povezanimi rezultati opolnomočenja, smo preverjali in analizirali s pomočjo večkratne linearne regresije. To smo počeli na neverjetnostnem vzorcu aktivnih in pasivnih sodelujočih na forumu največje slovenske spletne zdravstvene skupnosti MON.⁵ Naključni vzorec 7500 uporabnikov smo sestavili s seznama vseh registriranih članov spletne skupnosti. Anketo je izpolnilo 742 anketirancev/-k izmed 7500 uporabnikov, ki jim je bilo poslano vabilo za sodelovanje v raziskavi, kar pomeni, da stopnja odzivnosti znaša 9,9%. Vzorec je sestavljen iz 119 (16%) moških in 623 (84%) žensk, kar je precej tipična porazdelitev za spletne zdravstvene skupnosti. Coulson in Malik (2012) na osnovi rezultatov pregleda večjega števila raziskav namreč navajata podatek, da spletne zdravstvene skupnosti uporabljajo predvsem ženske, osebe srednjih let in višje izobraženi. Anketiranci so v povprečju stari 37,1 let, pri čemer standardni odklon znaša 10.5. Najmlajši anketiranec je star 16 let in najstarejši 85 let. Skoraj polovica anketirancev ima univerzitetno izobrazbo (47%) in večina anketirancev je poročena ali pa živi v izvenzakonski skupnosti (76%). Za statistično obdelavo podatkov, ki smo jih pridobili s spletno anketo, smo uporabili standardni statistični paket *SPSS Statistics 17.0* za družboslovne raziskave.

⁵ Rezultati študije Van Uden-Kraanove in drugih (2008) niso odkrili morebitnih razlik pri aktivnih in pasivnih udeležencih na spletnih zdravstvenih skupnostih glede izidov opolnomočenja, kar sugerira, da so lahko procesi opolnomočenja, ki se odvijajo na spletnih zdravstvenih skupnostih, koristni tako za eno kot drugo stran. Ob tem je potrebno omeniti, da imajo starši, prijatelji in zdravstveno osebje bolnika enake ali pa vsaj podobne potrebe, kot bolnik (Rees in drugi 1998). Spletne zdravstvene skupnosti naj bi imele podobne koristi tudi za te skupine posameznikov (Huws in drugi 2001; Scharer 2005).

5 ANALIZE IN REZULTATI

5.1 Preverjanje kakovosti merskih inštrumentov

V prvem koraku je bilo potrebno preveriti kakovost merskih inštrumentov. To smo naredili s pomočjo opisne in faktorske analize. S pomočjo deskriptivne analize smo preverjali porazdelitev posameznih indikatorjev. V kolikor bi zaznali, da je porazdelitev posameznega indikatorja izrazito asimetrična, bi ga izločili iz nadaljnje analize. To smo ugotavljali s pomočjo koeficientov asimetričnosti in sploščenosti, pri čemer bi iz nadaljnje analize izločili indikatorje, za katere bi se izkazalo, da je več kot 90% anketirancev izrazilo svoje strinjanje s trditvijo s stopnjama štiri in pet oziroma svoje nestrinjanje s trditvijo s stopnjama ena in dve. Podobno velja za vprašanja, kjer je bila za odgovarjanje postavljena sedem stopenjska lestvica. V tem primeru bi morali anketiranci izraziti svoje več kot 90% strinjanje s trditvijo s stopnjami ena, dve in tri oziroma nestrinjanje z vrednostmi minus tri, minus dve in minus ena. Za indikatorje posameznega inštrumenta smo izračunali osnovne statistične karakteristike, kot so aritmetična sredina, standardni odklon, asimetrija in sploščenost. Naštete značilnosti so prikazane in analizirane v nadaljevanju. Hkrati smo kvaliteto merskih inštrumentov preverili še s faktorsko analizo. Komunalitete smo ocenjevali s pomočjo iteracijske metode Metoda glavnih osi (ang. *Principal Axis Factoring*). Poševne rotacije so bile izvedene po metodi *Direct Oblimin* s prednastavljeno delta vrednostjo 0. V primeru, da bi zaznali, da največja korelacija med faktorji po svoji absolutni vrednosti ne bi presegla vrednosti 0,2, bi opravili še pravokotno rotacijo po metodi *Varimax*. Kot bomo videli v nadaljevanju, takšnega primera nismo zasledili. Kar zadeva faktorske uteži indikatorjev, so njihove vrednosti morale presegati kritično vrednost 0,4.

5.2 Opisna statistika in faktorska analiza spremenljivk, ki merijo procese opolnomočenja

5.2.1 Prejemanje socialne opore

V tabeli 5.1 se nahajajo indikatorji, ki merijo proces prejemanja socialne opore na spletnih zdravstvenih forumih. Pri oblikovanju trditev smo se opirali na merske inštrumente, ki so nastali kot plod preteklih raziskav na tem področju. Merski inštrument temelji na inštrumentu, ki sta ga razvila Mojeva in Coulson (2010). Spremenljivko prejemanja socialne opore meri

šest indikatorjev. V vseh 6 primerih smo spraševali respondente, kako močno se strinjajo s posamezno trditvijo. Anketiranci so lahko izrazili svoje strinjanje oziroma nestrinjanje na pet stopenjski lestvici, v razponu od »Sploh ne velja« (1) do »Povsem velja« (5). Na podlagi opisnih statistik lahko vidimo, da se aritmetična sredina merjenih indikatorjev giblje med 1,79 in 2,78, medtem ko je najnižja vrednost standardnega odklona 1,017 in najvišja 1,333.

Iz tabele 5.1 nekoliko izstopa koeficient asimetrije indikatorja »Dobil sem povabilo na srečanje v živo za pogovor o zdravstvenih težavah.« Njegova vrednost znaša 1,219, kar pomeni, da je nekoliko asimetričen v desno. Asimetrična sredina omenjenega indikatorja je precej nizka, kar bi lahko bila posledica prekomernega nestrinjanja s trditvijo. Vrednost aritmetične sredine znaša 1,79. Podatki kažejo, da je svoje nestrinjanje s trditvijo izrazilo 77,1% anketirancev. Kljub asimetrični porazdelitvi v desno smo v nadaljevanju ustreznost indikatorja preverjali tudi s pomočjo faktorske analize, saj omenjeni odstotek ne presega meje, ki smo jo postavili za izločanje indikatorjev.

Tabela 5.1: Indikatorji za spremenljivko »Prejemanje socialne opore« - osnovne opisne statistike

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
S strani drugih članov foruma sem že večkrat sprejel/-a kompliment.	2,46	1,129	,115	-,941
Člani foruma mi zaupajo svoje zdravstvene težave.	2,28	1,151	,317	-1,133
Se je že zgodilo, da so mi drugi člani foruma nudili uteho.	2,74	1,288	-,079	-1,292
Dobil sem povabilo na srečanje v živo za pogovor o zdravstvenih težavah.	1,79	1,017	1,219	,872
Drugi člani se znajo vživeti v moje zdravstvene težave.	2,56	1,199	,023	-1,202
Na forumu sem že zaupal/-a drugim svoje strahove in skrbi.	2,78	1,333	-,073	-1,352

Za vsakega izmed procesov opolnomočenja smo s pomočjo Cronbachovega α določili notranjo konsistentnost. Za merski inštrument prejetanja socialne opore je bil odkrit samo en faktor. Odkriti faktor pojasnjuje 59,83% variance socialne opore, ki jo posameznik prejme na spletnih zdravstvenih skupnostih. Cronbachov α znaša 0,86, kar pomeni, da je merski inštrument zanesljiv. Vse vrednosti faktorskih uteži so višje od kritične vrednosti 0,4. Prav tako se je izkazalo, da so komunalitete pri vseh indikatorjih, ki merijo socialno oporo na spletnih zdravstvenih skupnostih, višje od 0,2. To pomeni, da so indikatorji pojasnjeni s

skupnimi faktorji in so posledično primerni za pojasnjevanje faktorkega modela. Glede na to, da je faktorke analiza pokazala zgolj eno razsežnost in nikakršnih kritičnih vrednosti, smo v nadaljnjem koraku tvorili novo spremenljivko »Prejemanje socialne opore«. Sestavljeno spremenljivko smo dobili tako, da smo indikatorje sešteli in njihovo vsoto delili s skupnim številom teh isti indikatorjev. Poglejmo si konkretni primer:

$$\text{Prejemanje socialne opore} = \frac{\text{Indikator 1} + \text{Indikator 2} + \text{Indikator } n}{n}, n=6$$

Tabela 5.2: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Prejemanje socialne opore«

	Faktor 1
S strani drugih članov foruma sem že večkrat sprejel/-a kompliment.	,683
Člani foruma mi zaupajo svoje zdravstvene težave.	,825
Se je že zgodilo, da so mi drugi člani foruma nudili uteho.	,719
Dobil sem povabilo na srečanje v živo za pogovor o zdravstvenih težavah.	,581
Drugi člani se znajo vživeti v moje zdravstvene težave.	,782
Na forumu sem že zaupal/-a drugim svoje strahove in skrbi.	,720
% pojasnjene variance (Cronbachov α)	59,83% (0,858)

5.2.2 Nudenje pomoči drugim

Merski inštrument je zasnovan na osnovi sorodnega merskega inštrumenta za merjenje procesa nudenja pomoči drugim uporabnikom spletnih zdravstvenih skupnosti (Mo in Coulson (2010)).

Tabela 5.3: Indikatorji za spremenljivko »Nudenje pomoči drugim« - osnovne opisne statistike

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
Drugi člani foruma me vprašajo za zdravstveni nasvet.	2,16	1,089	,451	-,897
Drugim članom nudim nasvete v zvezi z njihovimi zdravstvenimi težavami.	2,53	1,214	,169	-1,090
Z drugimi člani foruma rad delim svoje življenjske izkušnje.	2,87	1,204	-,229	-1,021

V tabeli 5.3 so predstavljeni trije indikatorji, ki merijo spremenljivko nudenja pomoči drugim uporabnikom. Iz tabele lahko razberemo, da se aritmetična sredina merjenih indikatorjev

giblje med 2,16 in 2,87. Najvišja vrednost standardnega odklona znaša 1,214 in najnižja 1,089. Na podlagi statističnih kriterijev ni mogoče razbrati večjih posebnosti, zaradi česar smo tudi v nadaljevanju preverjali ustreznost dotičnih indikatorjev z uporabo faktorjske analize.

Faktorska analiza po metodi glavnih osi je v primeru merskega inštrumenta, s katerim smo merili pomoč, ki jo anketiranci nudijo drugim udeležencem spletnih zdravstvenih skupnosti, zopet pokazala eno samo razsežnost. Uteži vseh indikatorjev so višje od 0,4. Prav tako vse komunalitete presegajo kritično mejo 0,2. Odstotek pojasnjene variance faktorja je 72,15%. Vrednost Cronbach α je 0,81, kar pomeni, da je merski inštrument nudenja pomoči drugim zanesljiv. Na podlagi vseh podanih podatkov smo sklenili, da je merski inštrument veljaven in dober, zaradi česar smo v nadaljevanju sestavili novo spremenljivko »Nudenje pomoči drugim«, pri tem pa uporabili enak postopek kot v prejšnjem primeru.

Tabela 5.4: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Nudenje pomoči drugim«

	Faktor 1
Drugi člani foruma me vprašajo za zdravstveni nasvet.	,695
Drugim članom nudim nasvete v zvezi z njihovimi zdravstvenimi težavami.	,910
Z drugimi člani foruma rad delim svoje življenjske izkušnje.	,692
% pojasnjene variance (Cronbachov α)	72,15% (0,806)

5.2.3 Iskanje pozitivnega smisla

Proces iskanja pozitivnega smisla smo merili s pomočjo štirih indikatorjev, ki so prikazani v tabeli 5.5 in imajo podlago v merskem inštrumentu Mojeve in Coulsna (2010). Aritmetične sredine izbranih indikatorjev se gibljejo med 3,03 in 3,45. Najnižja vrednost standardnega odklona znaša 0,988, medtem ko najvišja 1,074. Na podlagi rezultatov, prikazanih v tabeli 5.5, vidimo, da se vsi štirje indikatorji porazdeljujejo približno normalno. To je mogoče razbrati iz njihovih koeficientov asimetrije in sploščenosti, ki se nahajajo znotraj intervala -1 in 1. V nadaljevanju smo preverili ustreznost indikatorjev še s faktorjsko analizo.

Tabela 5.5: Indikatorji za spremenljivko »Iskanje pozitivnega smisla« - osnovne opisne statistike

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
Informacije in nasveti drugih na forumu mi pomagajo k bolj pozitivnem odnosu do življenja.	3,45	,988	-,820	,466
Preko branja sporočil na forumu sem uspel/-a vzpostaviti nove in bolj smiselne življenjske cilje.	3,03	1,074	-,286	-,493
Forum mi je omogočili, da sem ponovno dobil/-a upanje glede reševanja mojih zdravstvenih težav.	3,27	1,067	-,663	-,220
Preko foruma sem spoznal/-a, da moja zdravstvena situacija vendarle ni tako brezupna, kot sem sprva mislil/-a.	3,38	1,065	-,720	-,027

Iz tabele 5.6 lahko razberemo, da je faktorska analiza pokazala en sam faktor, kar je v skladu z našimi pričakovanji. Faktor pojasnjuje 70,46% variance iskanja pozitivnega smisla. Faktorske uteži indikatorjev so visoke, komunalitete ravno tako presegajo mejno vrednost 0,2. Indikatorji so torej primerni za pojasnjevanje faktorskega modela. Cronbachov α znaša 0,86 in nakazuje na zanesljivost merskega inštrumenta. Sestavljeno spremenljivko smo zopet tvorili tako, da smo vse indikatorje sešteli in delili z njihovim skupnim številom.

Tabela 5.6: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Iskanje pozitivnega smisla«

	Faktor 1
Informacije in nasveti drugih na forumu mi pomagajo k bolj pozitivnem odnosu do življenja.	,716
Preko branja sporočil na forumu sem uspel/-a vzpostaviti nove in bolj smiselne življenjske cilje.	,804
Forum mi je omogočili, da sem ponovno dobil/-a upanje glede reševanja mojih zdravstvenih težav.	,890
Preko foruma sem spoznal/-a, da moja zdravstvena situacija vendarle ni tako brezupna, kot sem sprva mislil/-a.	,704
% pojasnjene variance (Cronbachov α)	70,46% (0,859)

5.2.4 *Izmenjava uporabnih informacij s strokovnjaki*

Postopek izmenjave uporabnih informacij s strokovnjaki na spletni zdravstveni skupnosti MON smo preverjali s pomočjo devetih indikatorjev, ki jih lahko vidimo v tabeli 5.7 in bazirajo na merskem inštrumentu, ki sta ga predlagala Mojeva in Coulson (2010). Avtorja sta v osnovi predlagala merski inštrument za merjenje procesa izmenjave uporabnih informacij z

drugimi uporabniki spletnih zdravstvenih skupnosti, vendar smo sami želeli preveriti, kako isti proces pri strokovnjakih vpliva na rezultate opolnomočenja, kar je novost glede na pretekle študije.

Najprej povejmo, da sta indikatorja »Točne« in »Lahko razumljive«, ki smo ju med drugimi uporabili za merjenje uporabnosti izmenjanih informacij z MON strokovnjaki, rekodirana. V izvorni obliki sta indikatorja obrnjena v primerjavi z ostalimi. Vrednosti aritmetične sredine izbranih indikatorjev se gibljejo med 3,41 in 4,15. Najnižja vrednost standardnega odklona znaša 0,831, medtem ko najvišja 1,118. Osem od devetih indikatorjev se porazdeljuje približno normalno. V tem sklopu nekoliko izstopa zgolj indikator »Koristne« informacije. Koeficient asimetrije zanj znaša -0,916, kar pomeni, da je prisotna asimetrična porazdelitev v levo. Mera sploščenosti je 1,074, kar nakazuje nekoliko bolj koničasto porazdelitev. Asimetrična sredina znaša v tem primeru 4,15. Razmeroma visoka aritmetična sredina bi lahko predstavljala indikator prekomernega strinjanja. Rezultati kažejo da je 80,4% takšnih, ki se s trditvijo bolj ali manj strinjajo. Vrednost ne presega postavljene meje 90%, zaradi česar smo indikator vključili tudi v nadaljevanju, ko smo preverjali ustreznost merskega inštrumenta tudi s pomočjo faktorjske analize.

Tabela 5.7: Indikatorji za spremenljivko »Izmenjava uporabnih informacij s strokovnjaki« - osnovne opisne statistike

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
Točne.	3,96	1,100	-,879	,000
Zame relevantne.	3,68	,954	-,469	,176
Lahko razumljive.	3,80	1,118	-,698	-,288
Dovolj podrobne.	3,81	,933	-,691	,529
Predstavljene v ustrezni obliki.	3,97	,859	-,663	,603
Koristne.	4,15	,831	-,916	1,074
Skladne z informacijami, ki jih prejmem od zdravnikov.	3,75	,900	-,436	,274
Zame nove.	3,41	1,000	-,363	,087
Uporabne za moje zdravstvene težave.	3,91	,945	-,810	,710

Faktorska analiza (glej tabelo 5.8) je pokazala, da glede na lastne vrednosti posameznih faktorjev in deleže pojasnjene variance spremenljivke indikatorji merijo dvoje latentnih dimenzij. Prvi faktor je določen s sedmimi indikatorji, ki merijo relevantnost, podrobnost, ustreznost, koristnost, skladnost, novost in uporabnost informacij izmenjanih s strokovnjaki na spletni zdravstveni skupnosti. Drugi faktor se bolj izrazito nanaša na kakovost izmenjanih informacij s strokovnjaki, ki se odraža v točnosti in razumljivosti informacij. Ker sta z omejenim naborom indikatorjev obe razkriti dimenziji na empirični ravni dovolj dobro ločeni, bo teoretska spremenljivka deliberativnost komuniciranja na empiričnem nivoju razdvojena na dve endogeni spremenljivki, imenovani »ustreznost« in »kakovost« izmenjanih informacij s strokovnjaki na spletnih zdravstvenih skupnostih. Odstotek pojasnjene variance za prvi faktor je 46,04% in za drugi faktor 17,26%. Dvorazsežni model tako skupaj pojasnjuje 63,3% variance. Izkazalo se je, da so komunalitete pri vseh indikatorjih višje od 0,2. Cronbachov α za prvi faktor znaša 0,87, medtem ko za drugo razsežnost znaša 0,75. Rezultati kažejo, da gre za zanesljive indikatorje. Za vsako razsežnost smo v nadaljevanju tvorili novo spremenljivko. Za prvi faktor smo sešteli izpostavljene indikatorje in njihovo vsoto delili s številom indikatorjev. Postopek smo ponovili tudi pri drugem faktorju. Razsežnosti smo še primerno poimenovali in tako smo dobili dve novi sestavljeni spremenljivki: »Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki« in »Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki«.

Tabela 5.8: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Izmenjava uporabnih informacij s strokovnjaki«

	Faktor 1	Faktor 2
Točne.	,000	,755
Zame relevantne.	,718	-,084
Lahko razumljive.	,067	,760
Dovolj podrobne.	,724	,084
Predstavljene v ustrezni obliki.	,772	,166
Koristne.	,743	,178
Skladne z informacijami, ki jih prejmem od zdravnikov.	,640	,012
Zame nove.	,541	-,193
Uporabne za moje zdravstvene težave.	,734	,061
% pojasnjene variance	46,04%	17,26%
(Cronbachov α)	0,865	0,745

5.2.5 Izmenjava uporabnih informacij z drugimi uporabniki

Z uporabo istih indikatorjev smo preverjali še postopek izmenjave uporabnih informacij z drugimi uporabniki MON-a. Indikatorja »Točne« in »Lahko razumljive« smo zopet rekodirali. V izvorni obliki sta torej indikatorja obrnjena v primerjavi z ostalimi. Aritmetična sredina izbranih indikatorjev se giblje med 2,94 in 3,52. Najnižja vrednost standardnega odklona znaša 0,897, medtem ko najvišja 1,037. Na podlagi rezultatov, prikazanih v tabeli 5.9, vidimo, da se vsi indikatorji porazdeljujejo približno normalno. To je mogoče razbrati iz njihovih koeficientov asimetrije in sploščenosti, ki se nahajajo znotraj intervala -1 in 1.

Tabela 5.9: Indikatorji za spremenljivko »Izmenjava uporabnih informacij z drugimi uporabniki« - osnovne opisne statistike

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
Točne.	3,27	1,007	-,085	-,255
Zame relevantne.	2,94	,987	-,054	-,122
Lahko razumljive.	3,52	1,037	-,295	-,334
Dovolj podrobne.	3,10	1,000	,049	-,283
Predstavljene v ustrezni obliki.	3,05	,971	,025	-,199
Koristne.	3,39	1,002	-,156	-,303
Skladne z informacijami, ki jih prejmem od zdravnikov.	2,85	,897	,065	,301
Zame nove.	2,95	,948	-,072	-,020
Uporabne za moje zdravstvene težave.	3,15	1,008	-,156	-,261

S faktorsko analizo smo preverili še primernost merskega inštrumenta »Izmenjava uporabnih informacij z drugimi uporabniki« in dobili približno podobne rezultate kot v predhodnem primeru. Odstotek pojasnjene variance za oba faktorja skupaj znaša 65,43%. Torej lahko s približno 65% gotovostjo trdimo, da indikatorji merijo koristnost informacij, ki jih uporabniki dobijo od drugih uporabnikov. Komunalitete niso pokazale morebitnih kritičnih vrednosti. Cronbachov α za prvi faktor znaša 0,90, medtem ko za drugo razsežnost znaša 0,56. Vrednost Cronbachovega α za drugi faktor je najnižja od vseh, ki smo jih preverili. Kljub temu razsežnosti nismo izključili iz nadaljnje analize, saj smo upoštevali kriterij, po katerem mora

vrednost Cronbachovega α presejati vrednost 0,5.⁶ Na podlagi tega kriterija smo sklenili, da gre za zanesljive indikatorje oziroma zanesljiv merski inštrument. Za vsako razsežnost smo nato v nadaljevanju tvorili novo spremenljivko in jo tudi primerno poimenovali: »Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki« in »Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki«.

Tabela 5.10: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Izmenjava uporabnih informacij z drugimi uporabniki«

	Faktor 1	Faktor 2
Točne.	,034	,638
Zame relevantne.	,763	-,061
Lahko razumljive.	-,015	,622
Dovolj podrobne.	,775	,027
Predstavljene v ustrezni obliki.	,776	,133
Koristne.	,810	,087
Skladne z informacijami, ki jih prejmem od zdravnikov.	,755	,000
Zame nove.	,584	-,199
Uporabne za moje zdravstvene težave.	,820	,048
% pojasnjene variance	49,20%	16,23%
(Cronbachov α)	0,899	0,558

5.2.6 Komunikacija z MON zdravniki

Pri oblikovanju trditev, ki merijo proces komunikacije z MON zdravnikom, smo se zgledovali po merskih inštrumentih Bovaove in drugih (2012), Schirmerove in drugih (2005), Makoula in drugih (2007) ter Wachiraove in drugih (2013). Merske inštrumente, ki so jih avtorji oblikovali in uporabili v svojih raziskavah, smo nekoliko prilagodili, zaradi jezikovnih razlik in posebnosti. V procesu prevajanja trditev smo namreč ugotovili, da se določene trditve v slovenskem prevodu ponavljajo, zato smo nekatere izmed trditev enostavno združili oziroma izključili. Proces komunikacije med bolnikom in zdravnikom ter izmenjave uporabnih informacij s strokovnjaki se nanašata eksplicitno na interakcijo z zdravniki in eksperti v spletnih zdravstvenih skupnostih, česar predhodne študije niso upoštevale oziroma so upoštevale zgolj interakcijo bolnik-bolnik.

⁶ Avtorji (Boermans in Kattenbrg 2011; George in Mallery 2003) tradicionalno obravnavajo koeficient zanesljivosti, ki ima nižjo vrednost od 0,5 kot nezanesljiv. Vrednost med 0,5 in 0,7 razumejo kot skromno, a še sprejemljivo. Vrednost Cronbachovega α nad mejo 0,7 pa kot visoko in posledično sprejemljivo.

S pomočjo osmih indikatorjev v tabeli 5.11 smo preverjali zadovoljstvo anketirancev s komunikacijo z MON zdravniki. Indikatorje »Občutek imam, da si MON zdravniki vzamejo dovolj časa za pogovor o mojem zdravstvenem stanju«, »MON zdravniki so pozorni na moje pomisleke glede mojega zdravstvenega stanja« in »Prepričan sem, da mi MON zdravniki povejo vse informacije o mojem zdravstvenem stanju in možnih oblikah zdravljenja, ki so na voljo« smo rekodirali. V izvorni obliki so ti trije indikatorji obrnjeni v primerjavi z ostalimi. Vrednosti aritmetičnih sredin izbranih indikatorjev se gibljejo med 3,41 in 3,92. Najnižja vrednost standardnega odklona znaša 0,774, medtem ko najvišja 0,975. Na podlagi rezultatov prikazanih v tabeli 5.11 vidimo, da se šest indikatorjev od osmih porazdeljuje približno normalno. To je mogoče razbrati iz njihovih koeficientov asimetrije in sploščenosti, ki se nahajajo znotraj intervala -1 in 1. Nekoliko bolj izstopata dva indikatorja, in sicer »MON zdravniki so pripravljeni poslušati vprašanja v zvezi z mojim zdravstvenim stanjem« ter »V pogovoru z MON zdravniki se počutim sproščeno.« Pri prvem izstopajo visoke vrednosti koeficientov asimetrije in sploščenosti, ter visoka vrednost aritmetične sredine. Koeficient asimetrije zanj znaša -1,142, kar pomeni, da je prisotna asimetrična porazdelitev v levo. Mera sploščenosti je 2,443, kar nakazuje koničasto porazdelitev. Asimetrična sredina znaša 3,9, vendar pa strinjanje s trditvijo (79,1%) ne presega postavljene meje 90%, zaradi česar smo konkretni indikator ohranili tudi v nadaljevanju, ko smo preverjali ustreznost merskega inštrumenta s pomočjo faktorjske analize. Podobno velja za drugi indikator, kjer gre ravno tako za primer razmeroma koničaste porazdelitve z visoko aritmetično sredino. Kljub temu smo indikator obdržali, saj odstotek strinjanja s trditvijo (74,5%) ni presegel kritične meje.

Tabela 5.11: Indikatorji za spremenljivko »Komunikacija z MON zdravniki« - osnovne opisne statistike

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
MON zdravniki so pripravljeni poslušati vprašanja v zvezi z mojim zdravstvenim stanjem.	3,92	,810	-1,142	2,443
MON zdravniki upoštevajo moje pomisleke glede diagnoze, ki so jo postavili o mojem zdravstvenem stanju.	3,48	,792	-,433	,736

Se nadaljuje

Nadaljevanje

MON zdravniki me spodbujajo, da sodelujem pri oblikovanju primerne zdravstvene terapije.	3,44	,865	-,511	,592
Občutek imam, da si MON zdravniki vzamejo dovolj časa za pogovor o mojem zdravstvenem stanju.	3,62	,975	-,547	,041
MON zdravniki so pozorni na moje pomisleke glede mojega zdravstvenega stanja.	3,56	,887	-,259	-,155
Prepričan sem, da mi MON zdravniki povejo vse informacije o mojem zdravstvenem stanju in možnih oblikah zdravljenja, ki so na voljo.	3,50	,964	-,266	-,108
Z MON zdravniki imam vzpostavljen pristen odnos.	3,41	,847	-,313	,578
V pogovoru z MON zdravniki se počutim sproščeno.	3,90	,774	-,686	1,209

Opravili smo tudi faktorsko analizo merskega inštrumenta, s katerim smo želeli oceniti, kakšno komunikacijo imajo anketiranci z MON zdravniki. Indikatorji so se razporedili v dva faktorja. Prvi faktor pojasnjuje 47,33%, drugi pa 17,37% variance. Skupaj oba faktorja pojasnjujeta 64,7% variance. Oba faktorja imata visoke vrednosti Cronbach α . Za prvo razsežnost znaša Cronbach α 0,83, za drugo pa 0,81. Vse skupaj nakazuje visoko stopnjo zanesljivosti merskega orodja. Dodajmo še, da smo tvorili novi spremenljivki, ki smo ju poimenovali »Simetrična komunikacija z MON zdravniki« in »Iskrena komunikacija z MON zdravniki.« Predvsem pri prvem faktorju se nakazuje določena mera »participatornega odnosa« v komunikaciji z zdravnikom, kjer je pacientu dopuščeno, da vsaj v določeni meri soodloča pri zdravnikovih odločitvah glede terapije, zaradi česar bi lahko spremenljivko poimenovali »partnerska« komunikacija z MON zdravniki. Kljub temu smo se odločili za poimenovanje »simetrična«, ker se v njem odraža enakopravnost med obema stranema, ki sta vpleteni v pogovor (Ule 2005).

Tabela 5.12: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Komunikacija z MON zdravniki«

	Faktor 1	Faktor 2
MON zdravniki so pripravljene poslušati vprašanja v zvezi z mojim zdravstvenim stanjem.	,697	,051
MON zdravniki upoštevajo moje pomisleke glede diagnoze, ki so jo postavili o mojem zdravstvenem stanju.	,713	-,011

Se nadaljuje

Nadaljevanje

MON zdravniki me spodbujajo, da sodelujem pri oblikovanju primerne zdravstvene terapije.	,662	-,051
Občutek imam, da si MON zdravniki vzamejo dovolj časa za pogovor o mojem zdravstvenem stanju.	,053	,718
MON zdravniki so pozorni na moje pomisleke glede mojega zdravstvenega stanja.	-,019	,741
Prepričan sem, da mi MON zdravniki povejo vse informacije o mojem zdravstvenem stanju in možnih oblikah zdravljenja, ki so na voljo.	-,018	,843
Z MON zdravniki imam vzpostavljen pristen odnos.	,710	-,015
V pogovoru z MON zdravniki se počutim sproščeno.	,712	,068
% pojasnjene variance	47,33%	17,37%
(Cronbachov α)	0,826	0,814

5.3 Opisna statistika in faktorska analiza spremenljivk, ki merijo rezultate opolnomočenja

5.3.1 Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom

V nadaljevanju predstavljamo rezultate merjenja uporabnikove zaznave učinkov uporabe spletne zdravstvene skupnosti MON na različne komponente odnosa z osebnim zdravnikom. Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom smo merili z indikatorji, ki so jih v svojem delu predlagali Iversonova in drugih (2008) ter Nwosujeva in Coxova (2000).

Tabela 5.13: Indikatorji za spremenljivko »Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom« - osnovne opisne statistike

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
Zaznavam pozitivne učinke na odnos z mojim osebnim zdravnikom.	2,93	,857	-,335	,766
Imam večja pričakovanja do mojega osebnega zdravnika.	3,05	1,012	-,266	-,197
Imam občutek, da več vem o mojem zdravstvenem stanju kot moj osebni zdravnik.	2,82	1,058	-,046	-,482
Postal sem bolj samozavesten/-a v odnosu do mojega osebnega zdravnika.	3,09	,942	-,347	,279

Merski inštrument (glej tabelo 5.13), s katerim smo merili opolnomočenost bolnika v odnosu z zdravnikom, je sestavljen iz štirih indikatorjev. Aritmetične sredine izbranih indikatorjev se gibljejo med 2,93 in 3,09. Najnižja vrednost standardnega odklona znaša 0,857, medtem ko je najvišja 1,058. Na podlagi rezultatov, prikazanih v tabeli 5.13, vidimo, da se vsi štirje indikatorji porazdeljujejo približno normalno. To je mogoče razbrati iz njihovih koeficientov asimetrije in sploščenosti, ki se nahajajo znotraj intervala -1 in 1. V nadaljevanju smo preverili ustreznost indikatorjev še s faktorsko analizo.

Faktorska analiza po metodi glavnih osi je izpostavila en sam faktor. Vrednosti komunalitet indikatorjev merskega inštrumenta so vse višje od mejne vrednosti 0,2, kar pomeni, da so vsi indikatorji primerni za pojasnjevanje faktorskega modela. Kot lahko vidimo v tabeli 5.14, so tudi vse vrednosti faktorskih uteži višje od 0,4. Zanesljivost merskega orodja je primerna, če sodimo po vrednosti Cronbachovga α , ki znaša 0,75. Z 72,15% gotovostjo pa lahko tudi trdimo, da izbrani indikatorji merijo odnos med zdravnikom in bolnikom.

Tabela 5.14: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom«

	Faktor 1
Zaznavam pozitivne učinke na odnos z mojim osebnim zdravnikom.	,597
Imam večja pričakovanja do mojega osebnega zdravnika.	,688
Imam občutek, da več vem o mojem zdravstvenem stanju kot moj osebni zdravnik.	,510
Postal sem bolj samozavesten/-a v odnosu do mojega osebnega zdravnika.	,871
% pojasnjene variance (Cronbachov α)	72,15% (0,754)

5.3.2 Opolnomočena komunikacija med bolnikom in zdravnikom

Spremenljivka *opolnomočena komunikacija z osebnim zdravnikom* je sestavljena podobno kot spremenljivka, s katero smo merili proces komunikacije z MON zdravniki, s to izjemo, da smo ji dodali še indikator »Dosledno upoštevam navodila mojega osebnega zdravnika«. Indikator je bil dodan, ker je osebni zdravnik tisti, ki dejansko predpiše navodila glede terapije, ki naj bi se jih bolnik držal. Spremenljivko smo tako merili s pomočjo devetih indikatorjev. Podobno kot v primeru inštrumenta za merjenje komunikacije z MON zdravniki smo rekodirali indikatorje »Občutek imam, da si osebni zdravniki vzame dovolj časa za pogovor o mojem zdravstvenem stanju«, »Osebni zdravnik je pozoren na moje pomisleke

glede mojega zdravstvenega stanja« in »Prepričan sem, da mi osebni zdravnik pove vse informacije o mojem zdravstvenem stanju in možnih oblikah zdravljenja, ki so na voljo.« Anketiranci so lahko, tako kot v vseh prejšnjih primerih, izrazili svoje strinjanje oziroma nestrinjanje na pet stopenjski lestvici, v razponu od »Sploh ne velja« (1) do »Povsem velja« (5).

Aritmetična sredina izbranih indikatorjev se giblje med 3,43 in 3,92. Najnižja vrednost standardnega odklona znaša 0,883, medtem ko je najvišja 1,219. V tem delu nekoliko izstopa zgolj indikator »Moj osebni zdravnik je pripravljen poslušati vprašanja v zvezi z mojim zdravstvenim stanjem.« Koeficient asimetrije zanj znaša -1,064, kar pomeni, da je prisotna asimetrična porazdelitev v levo. Mera sploščenosti je 1,379, kar nakazuje nekoliko bolj koničasto porazdelitev. Asimetrična sredina znaša 3,92. Razmeroma visoka aritmetična sredina bi lahko predstavljala indikator prekomernega strinjanja. Tistih, ki so se bolj ali manj strinjali s trditvijo je 75,4%. Vrednost ne presega postavljene meje 90%, zaradi česar smo indikator vključili tudi v nadaljevanju, ko smo preverjali ustreznost merskega inštrumenta tudi s pomočjo faktorjske analize.

Tabela 5.15: Indikatorji za spremenljivko »Opolnomočena komunikacija med bolnikom in zdravnikom« - osnovne opisne statistike

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
Moj osebni zdravnik je pripravljen poslušati vprašanja v zvezi z mojim zdravstvenim stanjem.	3,92	,940	-1,064	1,379
Moj osebni zdravnik upošteva moje pomisleke glede diagnoze, ki jo je postavil o mojem zdravstvenem stanju.	3,43	,994	-,544	,072
Osebni zdravnik me spodbuja, da sodelujem pri oblikovanju primerne zdravstvene terapije.	3,39	1,096	-,461	-,419
Občutek imam, da si osebni zdravnik vzame dovolj časa za pogovor o mojem zdravstvenem stanju.	3,45	1,219	-,326	-,953
Osebni zdravnik je pozoren na moje pomisleke glede mojega zdravstvenega stanja.	3,55	1,127	-,403	-,662

Se nadaljuje

Nadaljevanje

Prepričan sem, da mi osebni zdravnik ne pove vseh informacij o mojem zdravstvenem stanju in možnih oblikah zdravljenja, ki so na voljo.	3,54	1,162	-,406	-,754
Z osebnim zdravnikom imam vzpostavljen pristen odnos.	3,69	,975	-,630	,287
V pogovoru z osebnim zdravnikom se počutim sproščeno.	3,73	,995	-,758	,374
Dosledno upoštevam navodila mojega osebnega zdravnika.	3,76	,883	-,859	1,177

Faktorska analiza je pokazala, da gre za dvodimenzionalno spremenljivko. Obe dimenziji smo primerno poimenovali, in sicer: *simetrična komunikacija z osebnim zdravnikom* ($\alpha=0,88$) in *iskrena komunikacija z osebnim zdravnikom* ($\alpha=0,83$). Skupaj odkrita faktorja pojasnujeta 67,24% variance. Vse vrednosti faktorskih uteži so višje od kritične vrednosti 0,4. Prav tako se je izkazalo, da so komunalitete pri vseh indikatorjih, ki merijo komunikacijo z osebnim zdravnikom, višje od 0,2. To pomeni, da so indikatorji pojasnjeni s skupnimi faktorji in so posledično primerni za pojasnjevanje faktorkega modela.

Tabela 5.16: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Opolnomočena komunikacija med bolnikom in zdravnikom«

	Faktor 1	Faktor 2
Moj osebni zdravnik je pripravljen poslušati vprašanja v zvezi z mojim zdravstvenim stanjem.	,748	,068
Moj osebni zdravnik upošteva moje pomisleke glede diagnoze, ki jo je postavil o mojem zdravstvenem stanju.	,652	,062
Osebni zdravnik me spodbuja, da sodelujem pri oblikovanju primerne zdravstvene terapije.	,624	,083
Občutek imam, da si osebni zdravnik vzame dovolj časa za pogovor o mojem zdravstvenem stanju.	,021	,830
Osebni zdravnik je pozoren na moje pomisleke glede mojega zdravstvenega stanja.	-,021	,833
Prepričan sem, da mi osebni zdravnik pove vse informacije o mojem zdravstvenem stanju in možnih oblikah zdravljenja, ki so na voljo.	,023	,694
Z osebnim zdravnikom imam vzpostavljen pristen odnos.	,925	-,067
V pogovoru z osebnim zdravnikom se počutim sproščeno.	,880	-,026
Dosledno upoštevam navodila mojega osebnega zdravnika.	,566	-,039
% pojasnjene variance	55,69%	11,58%
(Cronbachov α)	0,880	0,834

5.3.3 Opolnomočeno razmišljanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem

Način razmišljanja v zvezi z zdravjem smo merili s pomočjo štirih indikatorjev, ki jih je moč videti v tabeli 5.17. Indikatorji imajo osnovo v študiji Iversonove in drugih (2008). V konkretnem primeru smo uporabili semantični diferencial, s katerim smo skušali izmeriti spremembo v posameznikovem razmišljanju glede zdravstvenega stanja. Spremenljivko smo merili s pomočjo sedem stopenjske lestvice, v številčnem razponu od -3 do 3, kjer je vrednost 0 označevala odsotnost spremembe.

Tabela 5.17: Indikatorji za spremenljivko »Opolnomočeno razmišljanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem« - osnovne opisne statistike

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
Bolj zaskrbljen/-a.	3,40	1,245	,061	,696
Bolj zmeden/-a.	3,47	1,248	,235	,606
Se zanj ne zanimam.	4,59	1,160	,134	1,086
Imam nad njim manj nadzora.	4,57	1,144	,283	1,095

Faktorska analiza za spremenljivko *opolnomočeno razmišljanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem* je razkrila dve razsežnosti, ki pa skupaj pojasnujeta 81,67% variance. Kot lahko še vidimo, sta vrednosti Cronbachovega α dovolj visoki, da lahko govorimo o zanesljivosti merskega inštrumenta. Vrednosti faktorskih uteži niso sporne, tako kot niso sporne vrednosti komunalitet. Iz dveh izpostavljenih faktorjev smo tvorili spremenljivki »Pozitivni odnos« in »Občutek nadzora«.

Tabela 5.18: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Opolnomočeno razmišljanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem«

	Faktor 1	Faktor 2
Manj zaskrbljen/-a.	,794	-,046
Manj zmeden/-a.	,783	,067
Se zanj ne zanimam.	-,057	,793
Imam nad njim manj nadzora.	,086	,776
% pojasnjene variance	54,62%	27,04%
(Cronbachov α)	0,767	0,772

5.3.4 Opolnomočeno obnašanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem

Na koncu tega dela naloge predstavljamo še merski inštrument, s katerim smo merili obnašanje anketirancev v zvezi z zdravjem. Meritve smo opravili s pomočjo devetih indikatorjev, ki jih je moč videti v tabeli 5.19 in so plod preteklega dela Iversonove in drugih (2008). Tako kot v prejšnjem primeru smo tudi v tem merili spremembo v delovanju posameznika, ki je povezano z osebnim zdravstvenim stanjem. Uporabili smo enako sedem stopenjsko lestvico. Z izjemo indikatorja »Manj pogosto uporabljam zelišča/dodatke« (0,713) je mogoče zaznati precej koničasto porazdelitev pri vseh ostalih indikatorjih. To še posebno velja za indikator »Zmanjšal/-a sem odmerek zdravil« (3,416), kjer je 79,5% anketirancev ni zaznalo nikakršne spremembe v svojem obnašanju. Odstotek je velik, a ne presega kritične vrednosti, zato smo kriterij obdržali tudi v nadaljnjem procesu analize. Na tem mestu lahko ugotovimo, da na podlagi opisne statistike nismo izločili nobenega izmed obravnavanih indikatorjev.

Tabela 5.19: Indikatorji za spremenljivko »Opolnomočeno obnašanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem« - osnovne opisne statistike

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
Manj dosledno upoštevam navodila svojega zdravnika.	4,14	1,109	,144	2,564
Manj pogosto obiskujem zdravnika.	3,69	1,213	-,461	1,280
Zmanjšal/-a sem odmerek zdravil.	3,71	,995	-1,499	3,416
Manj pogosto uporabljam zelišča/dodatke.	4,51	1,308	,068	,713
Poslabšal/-a sem prehranjevalne navade.	4,48	1,229	,066	1,140
Manj pogosto zahtevam drugo mnenje.	4,06	1,138	-,317	2,018
Manj pogosto zahtevam mnenje specialista.	4,03	1,194	-,287	1,694
Manj pogosto se cepim.	3,68	1,131	-1,009	2,195
Poslabšalo se je moje družabno življenje.	4,16	1,077	,057	2,964

Za merski inštrument obnašanje v zvezi z zdravjem je bilo odkrito največ faktorjev. Trije odkriti faktorji skupaj pojasnjujejo 61,34% variance obnašanja v zvezi z zdravjem.

Tabela 5.20: Faktorske uteži indikatorjev merskega inštrumenta »Opolnomočeno obnašanje v zvezi z osebnim zdravstvenim stanjem«

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Manj dosledno upoštevam navodila svojega zdravnika.	,488	,263	,012
Manj pogosto obiskujem zdravnika.	-,082	,553	-,223
Zmanjšal/-a sem odmerek zdravil.	,027	,713	,003
Manj pogosto uporabljam zelišča/dodatke.	,549	-,161	-,204
Poslabšal/-a sem prehranjevalne navade.	,636	-,158	-,102
Manj pogosto zahtevam drugo mnenje.	,082	,069	-,581
Manj pogosto zahtevam mnenje specialista.	-,021	,037	-,752
Manj pogosto se cepim.	,014	,562	,009
Poslabšalo se je moje družabno življenje.	,686	,051	,093
% pojasnjene variance	28,20%	20,67%	12,45%
(Cronbachov α)	0,687	0,637	,648

Cronbachov α za prvi faktor znaša 0,687, za drugi 0,637 in tretji 0,648. Vrednosti so nekoliko nižje, a še vedno nad postavljeno kritično mejo, zaradi česar lahko sklenemo, da je merski inštrument zanesljiv. Vse vrednosti faktorskih uteži so višje od kritične vrednosti 0,4. Prav tako se je izkazalo, da so komunalitete pri vseh indikatorjih, ki merijo razmišljanje v zvezi z zdravjem, višje od 0,2. To pomeni, da so indikatorji pojasnjeni s skupnimi faktorji in so posledično primerni za pojasnjevanje faktorkega modela. Glede na to, da je faktorška analiza pokazala tri razsežnosti in nikakršnih kritičnih vrednosti, smo v nadaljnjem koraku tvorili tri nove spremenljivke »Zaščitno vedenje«, »Vključenost v zdravljenje z zdravili« in »Iskanje drugega mnenja«.

5.4 Univariatna analiza

V tabelah 5.21 in 5.22 so predstavljene opisne statistike za novo oblikovane spremenljivke, ki smo jih sestavili v prejšnjem poglavju. V prvem podpoglavju so predstavljeni podatki za izvedene spremenljivke procesov opolnomočenja, v drugem podpoglavju pa podatki za izvedene spremenljivke rezultatov opolnomočenja bolnika.

5.4.1 Izvedene spremenljivke procesov opolnomočenja bolnika

Tabela 5.21: Opisne statistike izvedenih spremenljivk procesov opolnomočenja bolnika

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
Prejemanje socialne opore	2,43	,911	-,053	-,644
Nudenje pomoči drugim	2,52	,992	,077	-,708
Iskanje pozitivnega smisla	3,28	,877	-,618	,135
Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki	3,82	,686	-,576	1,152
Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki	3,89	,990	-,748	-,035
Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki	3,06	,766	-,115	,316
Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki	3,39	,849	-,171	,273
Simetrična komunikacija z MON zdravniki	3,63	,629	-,669	2,142
Iskrena komunikacija z MON zdravniki	3,57	,801	-,239	,092

V vseh primerih iz tabele 5.21 smo uporabili za merjenje pet stopenjsko Likertovo lestvico. Opisne statistike sestavljenih spremenljivk kažejo, da se njihova aritmetična sredina giblje med 2,43 in 3,89. Največje nestrinjanje so anketiranci izkazali s sestavljeno spremenljivko »Prejemanje socialne opore«, s katero smo merili zaznavanje socialne opore, ki naj bi jo anketiranci iskali oziroma prejeli od drugih uporabnikov spletne zdravstvene skupnosti. Največje strinjanje so anketiranci izkazali v primeru merjenja kakovosti informacij, ki so jih anketiranci prejeli na spletni zdravstveni skupnosti od strokovnjakov. Standardni odklon kaže na nekoliko večjo razpršenost odgovorov anketirancev pri spremenljivkah »Prejemanje socialne opore« in »Nudenje pomoči drugim«. V sedmih od devetih primerov se sestavljene spremenljivke porazdeljujejo približno normalno, saj se vrednosti koeficientov asimetrije in sploščenosti nahajajo na intervalu od -1 do 1. Izjema sta spremenljivki, ki merita ustreznost informacij, ki so jih anketiranci pridobili na spletni zdravstveni skupnosti od strokovnjakov in simetrično obliko komunikacije med bolnikom in MON zdravniki. Obe spremenljivki sta asimetrični v levo in obe sta nekoliko bolj koničasti. Slednje velja predvsem za spremenljivko »Simetrična komunikacija z MON zdravniki« zaradi visoke vrednosti koeficienta sploščenosti, ki znaša 2,142.

5.4.2 Izvedene spremenljivke rezultatov opolnomočenja bolnika

Tabela 5.22: Opisne statistike izvedenih spremenljivk rezultatov opolnomočenja bolnika

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Asimetrija	Sploščenost
Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom	2,97	,737	-,635	,957
Simetrična komunikacija z osebnim zdravnikom	3,65	,774	-,587	,785
Iskrena komunikacija z osebnim zdravnikom	3,52	1,014	-,255	-,573
Pozitivni odnos	3,57	1,117	-,268	,905
Občutek nadzora	4,58	1,034	,334	1,203
Zaščitno vedenje	4,32	,850	,101	2,945
Vključenost v zdravljenje z zdravili	3,69	,849	-1,218	2,847
Iskanje drugega mnenja	4,05	1,002	-,291	2,254

V prvih treh primerih (glej tabelo 5.22) so anketiranci lahko izrazili svoje strinjanje oziroma nestrinjanje na pet stopenjski lestvici v razponu od »Sploh ne velja« (1) do »Povsem velja« (5). Opisne statistike omenjenih treh spremenljivk kažejo, da se njihova aritmetična sredina giblje med 2,97 in 3,65. Največje nestrinjanje so anketiranci izkazali s sestavljeno spremenljivko »Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom«, medtem ko so največje strinjanje anketiranci izkazali v primeru merjenja simetričnosti komunikacije, ki so jih anketiranci imeli z osebnim zdravnikom.

Ponovimo, da smo pri zadnjih petih spremenljivkah za merjenje uporabili semantični diferencial, s katerim smo skušali zaslediti spremembo v posameznikovem razmišljanju in delovanju glede zdravstvenega stanja. Največje spremembe so anketiranci zaznali v primeru sestavljene spremenljivke »Občutek nadzora«, medtem ko so anketiranci zaznali najmanjšo spremembo v primeru merjenja vključevanja bolnika v zdravljenje z zdravili. Iz podatkov je mogoče razbrati, da so sestavljene spremenljivke precej koničaste oblike, na kar opozarjajo visoke vrednosti koeficienta sploščenosti. Izjema v tem primeru je spremenljivka »Pozitivni odnos«, saj se pri njej vrednosti koeficientov asimetrije in sploščenosti nahajajo na intervalu od -1 do 1 in lahko rečemo, da se porazdeljuje približno normalno.

5.5 Bivariatna analiza

Povezanost med novo oblikovanimi spremenljivkami smo preverjali s pomočjo bivariatne analize. Korelacijska matrika (glej prilogo B) nam prikazuje, kako so med seboj korelirane posamezne spremenljivke. Koreliranost smo izmerili na podlagi Pearsonovega korelacijskega koeficienta, medtem ko smo kriterije za razlago povezanosti povzeli po avtorjih Babbie in drugi (2011) in Rosenthal (2011) in so prikazani tabeli 5.23.

Tabela 5.23: Splošne smernice za interpretacijo velikosti in moči povezanosti

Korelacija	Velikost povezanosti	Moč povezanosti
$x < 0,1$	Majhna	Šibka
$0,1 \leq x < 0,3$	Srednja	Zmerna
$0,3 \leq x < 0,7$	Velika	Močna
$0,7 \leq x$	Zelo velika	Zelo močna

Vir: Babbie in drugi (2011); Rosenthal (2011).

Rezultate povezanosti med sestavljenimi odvisnimi in neodvisnimi spremenljivkami predstavljamo v nadaljevanju. Če si najprej pogledamo povezanost med odvisno spremenljivko »Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom« in preostalimi spremenljivkami, ki merijo elemente procesnega opolnomočenja in komunikacijo z MON zdravniki, opazimo, da so spremenljivke v skoraj vseh primerih zmerno korelirane in so korelacijski koeficienti znatni. Izjema sta spremenljivki »Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki« in »Iskrena komunikacija z MON zdravniki«. Njuna korelacijska koeficienta sta v odnosu do spremenljivke »Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom« neznatna in znašata zgolj 0,052 in -0,064. Glede na smernice iz literature lahko rečemo, da gre pri večini spremenljivk za srednje veliko koreliranost. Zopet sta izjemi dve spremenljivki, in sicer spremenljivka »Prejemanje socialne opore« in spremenljivka »Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki«. Prva ($r=0,091$) je manjša od 0,1 in je zato velikost koreliranosti majhna, medtem ko je druga ($r=0,348$) večja od 0,3 in je velikost koreliranosti iz tega razloga velika. Skoraj vse spremenljivke so pozitivno povezane. Izjema je spremenljivka »Iskrena komunikacija z MON zdravniki«, ki pa, kot smo že ugotovili, ni statistično značilna. Odvisna spremenljivka »Odnos med bolnikom in osebnim zdravnikom« je najbolj povezana s neodvisno spremenljivko »Pozitivni smisel«, izmed vseh neodvisnih spremenljivk. To pomeni, da sta novi življenjski pomen, ki ga posameznik poišče na spletni

zdravstveni skupnosti in opolnomočen odnos v relaciji do osebnega zdravnika med seboj povezana.

Naprej lahko vidimo, da obstaja statistično značilna povezanost med odvisno spremenljivko »Simetrična komunikacija z osebnim zdravnikom« in spremenljivkami »Pomoč drugim« ($r=0,123$), »Pozitivni smisel« ($r=0,147$), »Ustreznost informacij pri strokovnjakih« ($r=0,177$) in »Simetrična komunikacija z MON zdravniki« ($r=0,124$). Med spremenljivko »Simetrična komunikacija z osebnim zdravnikom« in »Pomoč drugim« obstaja, glede na postavljene kriterije za interpretacijo velikosti in moči povezanosti, srednje velika in zmerno močna pozitivna povezanost obeh spremenljivk. To pomeni, da sta komunikacija z osebnim zdravnikom in nudenje pomoči drugim uporabnikom spletnih zdravstvenih skupnosti med seboj povezana. Če sodimo po velikosti in intenzivnosti Pearsonovega korelacijskega koeficienta, je komunikacija z osebnim zdravnikom najbolj povezana z izmenjavanjem uporabnih informacij s strokovnjaki na spletni zdravstveni skupnosti.

Ko se osredotočimo na povezanost odvisne spremenljivke »Iskrena komunikacija z osebnim zdravnikom« s preostalimi spremenljivkami, ki merijo elemente procesnega opolnomočenja in komunikacijo z MON zdravniki, opazimo, da je prva najbolj povezana z neodvisno spremenljivko »Iskrena komunikacija z MON zdravniki«. Med njima obstaja srednje velika, zmerno močna in pozitivna povezanost. Vrednost korelacijskega koeficienta znaša 0,184 in je statistično značilna pri stopnji 0,01. To kaže na povezanost med komunikacijo, ki jo imajo anketiranci s svojim zdravnikom in komunikacijo, ki jo imajo z zdravniki na spletni zdravstveni skupnosti. Spremenljivka »Iskrena komunikacija z osebnim zdravnikom« korelira še s spremenljivkama »Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki« ($r=0,110$, $p<0,01$) in »Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki« ($r=0,082$, $p<0,05$), kar kaže na povezanost med komunikacijo z osebnim zdravnikom in procesom izmenjave uporabnih informacij pri MON strokovnjakih in drugih uporabnikih MON.

Srednje velika, zmerno močna in statistično značilna povezanost ($r=0,259$, $p<0,01$) se kaže med spremenljivkama »Prejemanje socialne opore« in »Pozitivni odnos«. To pomeni, da sta iskanje pozitivnega življenjskega smisla na spletni zdravstveni skupnosti in pozitivno naravnano razmišljanje o lastnem zdravstvenem stanju med seboj povezana.

Iz korelacijske matrike lahko razberemo še, da med spremenljivko »Občutek nadzora« in spremenljivkami, ki merijo elemente procesnega opolnomočenja in komunikacijo z MON zdravniki, obstaja pozitivna povezanost. Med obravnavanimi povezanostmi je največja in najmočnejša povezanost med spremenljivkama »Iskanje pozitivnega smisla« in »Občutek nadzora«. Ta je, glede na postavljene smernice, srednje velika in zmerno močna. Njen korelacijski koeficient znaša 0,297 in je statistično značilen pri stopnji značilnosti 0,01. Ta podatek kaže, da obstaja povezava med iskanjem pozitivnega življenjskega smisla na spletni zdravstveni skupnosti in nadzorom nad zdravstvenim položajem.

V primeru odvisne spremenljivke »Zaščitno vedenje«, ki predstavlja eno izmed treh razsežnosti obnašanja povezanega z zdravstvenim stanjem, se najbolj kaže povezanost s spremenljivkama »Simetrična komunikacija z MON zdravniki« ($r=0,169$, $p<0,01$) in »Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki« ($r=0,161$, $p<0,01$). Pogovor z zdravniki na spletni zdravstveni skupnosti in obnašanje bolnika sta torej, sodeč po podatkih, med seboj povezana. Enako velja za komunikacijo z MON zdravniki in izmenjavanjem uporabnih informacij z drugimi uporabniki. Med spremenljivko »Vključenost v zdravljenje z zdravili« in spremenljivkami, ki merijo elemente procesnega opolnomočenja in komunikacijo z MON zdravniki, je najbolj izrazita negativna povezanost s spremenljivko »Simetrična komunikacija z MON zdravniki« ($r=-0,145$, $p<0,01$). Po podatkih sodeč obstaja med obnašanjem v zvezi z zdravjem in komunikacijo z zdravniki na spletni zdravstveni skupnosti zmerna povezanost. Med spremenljivko »Iskanje drugega mnenja« in drugimi spremenljivkami, ki merijo elemente procesnega opolnomočenja in komunikacijo z MON zdravniki, ni statistično značilnih korelacij.

5.6 Preverjanje hipotez

Z regresijsko analizo smo preučevali odnos med odvisno spremenljivko in več pojasnjevalnimi spremenljivkami. Uporabili smo metodo »Enter«, pri čemer smo vnesli vse pojasnjevalne spremenljivke hkrati in preverili njihov vpliv na odvisno spremenljivko. Ker je v raziskavi več odvisnih spremenljivk, ki jih je potrebno pojasnjevati vsako zase, je tudi več regresijskih modelov. Izkazalo se je tudi, da so nekateri pojmi iz hipotez na ravni merjenja večdimenzionalni, zato je tudi več regresij kot je samih hipotez v teoriji.

5.6.1 Vpliv procesov opolnomočenja na bolnikovo opolnomočenje v odnosu do osebnega zdravnika

Najprej nas je zanimala linearna odvisnost med odvisno spremenljivko Y, ki predstavlja »Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom« in neodvisnimi spremenljivkami, ki so sledeče: (1) »Prejemanje socialne opore«, (2) »Nudenje pomoči drugim«, (3) »Iskanje pozitivnega smisla«, (4) »Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki«, (5) »Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki«, (6) »Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki«, (7) »Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki«, (8) »Simetrična komunikacija z MON zdravniki« in (9) »Iskrena komunikacija z MON zdravniki«.

Preden namenimo pozornost vplivu vključenih spremenljivk na opolnomočen odnos med zdravnikom in bolnikom, si najprej oglejmo rezultate, ki se nanašajo na celoten model. Najpomembnejši podatek v tem sklopu je prilagojeni determinacijski koeficient (R^2), ki nam pove, da z obravnavanimi neodvisnimi spremenljivkami lahko pojasnimo 21,5% variabilnosti odvisne spremenljivke. Preostane tako še 78,5% nepojasnjene variabilnosti opolnomočenega odnosa med bolnikom in zdravnikom, ki je posledica vplivov spremenljivk, ki niso bile vključene v regresijski model. Model se statistično značilno prilega podatkom, kar lahko sklenemo na osnovi statistične značilnosti F statistike ($F=10,115$, $p<0.001$).

Če se osredotočimo na moč vpliva posameznih neodvisnih spremenljivk, lahko vidimo, da na opolnomočen odnos med bolnikom in zdravnikom najmočneje (to je srednje močno) vpliva iskrena komunikacija z MON zdravniki ($\beta=-0,348$, $\text{sig.}=0,000$). Smer vpliva je negativna, kar pomeni, da bolj kot je komunikacija z MON zdravniki iskrena, manjši je občutek opolnomočenosti anketirancev v odnosu do osebnega zdravnika. Na opolnomočen odnos med bolnikom in zdravnikom vpliva tudi simetrična komunikacija z MON zdravniki ($\beta=0,313$, $\text{sig.}=0,000$). Gre za srednje močno pozitivno povezanost, kar pomeni da zaznava simetričnega komuniciranja z MON zdravniki vpliva na povečanje opolnomočenosti odnosa z osebnim zdravnikom. Poleg omenjenih dveh spremenljivk vpliva na opolnomočen odnos še proces iskanja pozitivnega smisla ($\beta=0,309$, $\text{sig.}=0,000$) na spletnih zdravstvenih skupnostih, pri čemer spremenljivka vpliva srednje močno in v pozitivni smeri. To praktično pomeni, da vsi tisti anketiranci, ki zaznavajo, da so našli pozitivni smisel na spletni zdravstveni skupnosti, poročajo o bolj opolnomočenem odnosu z osebnim zdravnikom. V vseh treh primerih gre za statistično značilne trditve.

Tabela 5.24: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom«

Model	Standardizirani koeficient	t	Stopnja značilnosti
	Beta		
Konstanta		4,494	,000
Prejemanje socialne opore	-,123	-1,443	,150
Nudenje pomoči drugim	,126	1,486	,138
Iskanje pozitivnega smisla	,309	5,269	,000
Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki	,063	1,060	,290
Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki	,030	,520	,603
Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki	-,024	-,438	,662
Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki	-,048	-,883	,378
Simetrična komunikacija z MON zdravniki	,313	4,577	,000
Iskrena komunikacija z MON zdravniki	-,348	-5,403	,000

5.6.2 Vpliv procesov opolnomočenja na opolnomočeno komunikacijo z osebnim zdravnikom

V nadaljevanju smo preverili, kako spremenljivke, ki merijo elemente procesnega opolnomočenja, vplivajo na komunikacijo med bolnikom in osebnim zdravnikom. Faktorska analiza in analiza zanesljivosti merskih inštrumentov sta pokazali dve razsežnosti merskega inštrumenta za merjenje komunikacije med bolnikom in osebnim zdravnikom, zato nas je najprej zanimala linearna odvisnost med izvedeno odvisno spremenljivko »Simetrična komunikacija z osebnim zdravnikom« in pojasnjevalnimi spremenljivkami, ki so bile že naštetje v prejšnjem delu.

Na podlagi statistične značilnosti F statistike sklepamo, da se model, kot celota, podatkom ne prilega dovolj dobro. Tako bi morali pri trditvi, da neodvisne spremenljivke vplivajo na simetrično komunikacijo z osebnim zdravnikom, sprejeti kar 10,6% tveganje. Podatki se torej v tem primeru slabše prilegajo modelu kot v predhodno obravnavanem primeru. Z

obravnanimi neodvisnimi spremenljivkami uspemo pojasniti zgolj 1,9% variabilnost odvisne spremenljivke. Preostalih 98,1% pojasnjujejo ostali (ne vključeni) vplivi.

Tabela 5.25: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Simetrična komunikacija z osebnim zdravnikom«

Model	Standardizirani koeficient	t	Stopnja značilnosti
	Beta		
Konstanta		6,871	,000
Prejemanje socialne opore	,026	,271	,787
Nudenje pomoči drugim	,073	,758	,449
Iskanje pozitivnega smisla	,070	1,069	,286
Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki	,147	2,209	,028
Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki	,052	,808	,420
Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki	-,115	-1,850	,065
Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki	,026	,414	,679
Simetrična komunikacija z MON zdravniki	-,025	-,328	,743
Iskrena komunikacija z MON zdravniki	,038	,527	,598

Primerjava moči posameznih spremenljivk nam pokaže, da na simetrično komunikacijo z osebnim zdravnikom najbolj (in sicer šibko) vpliva izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki na spletni zdravstveni skupnosti ($\beta=0,147$, $\text{sig.}=0,028$). Smer vpliva je pozitivna, kar naznanja, da zaznava izmenjave ustreznih informacij s strokovnjaki vpliva na povečanje simetrične komunikacije anketirancev z njihovimi osebnimi zdravniki. Ko je govora o ustreznosti informacij, ki jih posameznik dobi s strani drugih uporabnikov spletnega zdravstvenega foruma, je slika obrnjena. Na to nas opozarja vrednost standardiziranega koeficienta β , ki znaša $-0,115$ ($\text{sig.}=0,065$). To pomeni, da bolj kot ima anketiranec občutek, da je od drugih uporabnikov prejel ustrezne informacije, manj zaznava simetrično komunikacijo z osebnim zdravnikom.

Poglejmo si še, kako spremenljivke, ki merijo elemente procesnega opolnomočenja, vplivajo na iskrenost komunikacije z osebnim zdravnikom. Zanima nas torej linearna odvisnost med

odvisno spremenljivko »Iskrena komunikacija z osebnim zdravnikom« in že znanimi pojasnjevalnimi spremenljivkami. Na temelju statistične značilnosti F statistike sklepamo, da je model statistično značilen in da pri trditvi, da neodvisne spremenljivke vplivajo na iskreno komunikacijo z osebnim zdravnikom, sprejmemo 0,8% tveganje. Podatki se torej v tem primeru dovolj dobro prilegajo modelu. Z obravnavanimi neodvisnimi spremenljivkami lahko pojasnimo 4,4% variabilnosti odvisne spremenljivke. Preostalih 95,6% pojasnjujejo preostali vplivi, ki jih nismo vključili v raziskavo.

Tabela 5.26: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Iskrena komunikacija z osebnim zdravnikom«

Model	Standardizirani koeficient	t	Stopnja značilnosti
	Beta		
Konstanta		5,423	,000
Prejemanje socialne opore	,092	,983	,326
Nudenje pomoči drugim	-,058	-,628	,531
Iskanje pozitivnega smisla	-,041	-,645	,519
Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki	,033	,511	,610
1 Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki	,107	1,697	,091
Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki	-,056	-,926	,355
Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki	,081	1,354	,177
Simetrična komunikacija z MON zdravniki	-,171	-2,302	,022
Iskrena komunikacija z MON zdravniki	,211	3,001	,003

Na iskreno komunikacijo z osebnim zdravnikom izmed vseh neodvisnih spremenljivk najbolj vpliva iskrena komunikacija, ki jo imajo anketiranci z MON zdravniki ($\beta=0,211$, sig.=0,003). Gre za srednje močan vpliv, pri čemer je smer vpliva pozitivna. Iz tega sklepamo, da iskrenost v pogovoru z MON zdravniki vodi obenem v bolj iskren pogovor anketirancev z njihovimi osebnimi zdravniki. Na iskrenost v komunikaciji z osebnim zdravnikom vpliva tudi simetrična komunikacija z MON zdravniki ($\beta=-0,171$, sig.=0,022). Gre za šibek in negativen vpliv, kar pomeni da zaznava simetričnega komuniciranja z MON zdravniki vpliva na manj iskren pogovor z osebnim zdravnikom. Poleg omenjenih dveh spremenljivk vpliva na iskreno komunikacijo z osebnim zdravnikom še izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki

($\beta=0,107$, $\text{sig.}=0,091$) na spletnih zdravstvenih skupnostih, pri čemer ima spremenljivka šibek vpliv, ki je usmerjen v pozitivno smer. To plastično gledano pomeni, da vsi tisti anketiranci, ki zaznavajo, da so izmenjali kakovostne informacije s strokovnjaki na spletni zdravstveni skupnosti, poročajo o bolj iskrenem pogovoru z osebnim zdravnikom.

5.6.3 Vpliv procesov opolnomočenja na bolnikovo razmišljanje v zvezi z zdravstvenim stanjem

Pogledali smo si tudi, kako vključene neodvisne spremenljivke vplivajo na način razmišljanja v zvezi z zdravstvenim stanjem. Ker se je izkazalo, da je pojem način razmišljanja v zvezi z zdravstvenim stanjem na ravni merjenja večdimenzionalen, je tudi regresij več, natančneje dve. Pri analiziranju vpliva neodvisnih spremenljivk, ki merijo elemente procesnega opolnomočenja, na način razmišljanja v zvezi z zdravstvenim stanjem, smo zato najprej preverili linearno odvisnost med odvisno spremenljivko »Pozitivni odnos« in pojasnjevalnimi spremenljivkami.

Tabela 5.27: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Pozitivni odnos«

Model	Standardizirani koeficient	t	Stopnja značilnosti
	Beta		
Konstanta		-5,115	,000
Prejemanje socialne opore	-,042	-,459	,647
Nudenje pomoči drugim	,028	,308	,759
Iskanje pozitivnega smisla	,249	4,078	,000
Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki	,063	1,002	,317
1 Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki	,083	1,384	,168
Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki	,031	,534	,594
Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki	,015	,269	,788
Simetrična komunikacija z MON zdravniki	,113	1,601	,110
Iskrena komunikacija z MON zdravniki	,062	,928	,354

Statistične značilnosti F statistike nam kažejo, da se model statistično značilno prilega podatkom ($F=5,782$, $p<0,001$). Z obravnavanimi neodvisnimi spremenljivkami je mogoče pojasniti 12,3% variabilnosti odvisne spremenljivke »Pozitivni odnos«.

Če usmerimo pozornost na moč vpliva posameznih neodvisnih spremenljivk, vidimo, da na pozitivni odnos do zdravstvenega stanja najmočneje (to je srednje močno) vpliva spremenljivka iskanje pozitivnega smisla ($\beta=0,249$, $\text{sig.}=0,000$). Smer vpliva je pozitivna, kar pomeni, da zaznava najdenega pozitivnega smisla na spletni zdravstveni skupnosti vpliva na povečanje bolnikovega pozitivnega odnosa do zdravstvenega položaja.

Zanimala nas je še linearna odvisnost med pojasnjevalnimi spremenljivkami in novo oblikovano odvisno spremenljivko »Občutek nadzora«, ki predstavlja razsežnost razmišljanja v zvezi z zdravstvenim stanjem. Opozarjamo, da smo na tem mestu izločili neodvisno spremenljivko »Prejemanje socialne opore« iz linearne regresije, ker smo zaznali prisotnost pojava multikolinearnosti in smo tako preverjali vpliv zgolj osmih neodvisnih spremenljivk na odvisno spremenljivko »Občutek nadzora«.

Tabela 5.28: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Občutek nadzora«

Model	Standardizirani koeficient	t	Stopnja značilnosti
	Beta		
Konstanta		3,754	,000
Nudenje pomoči drugim	-,007	-,116	,908
Iskanje pozitivnega smisla	,173	2,889	,004
Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki	-,038	-,613	,540
Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki	,108	1,815	,070
Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki	,098	1,706	,089
Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki	,043	,776	,438
Simetrična komunikacija z MON zdravniki	,157	2,226	,027
Iskrena komunikacija z MON zdravniki	,093	1,400	,163

Ocenjeni regresijski model se statistično značilno prilega podatkom, saj je značilnost F-statistike manjša od 0.001. Popravljeni determinacijski koeficient je enak 0,132, kar pomeni, da lahko 13,2% variabilnosti bolnikovega občutka nadzora nad zdravstvenim položajem pojasnimo z danimi pojasnjevalnimi spremenljivkami.

Na bolnikov občutek nadzora v zvezi z zdravstvenim stanjem vplivata spremenljivki iskanje pozitivnega smisla ($\beta=0,173$, sig.=0,004) in simetrična komunikacija z MON zdravniki ($\beta=0,157$, sig.=0,027). Kot lahko razberemo iz tabele 5.28 najmočnejše vpliva iskanje pozitivnega smisla. Gre za šibek in pozitivno usmerjen vpliv, kar pomeni, da zaznava najdenega pozitivnega smisla na spletni zdravstveni skupnosti vpliva na povečanje bolnikovega občutka nadzora nad zdravstveno situacijo. Sledi spremenljivka simetrična komunikacija z MON zdravniki, ki ravno tako šibko in pozitivno vpliva na občutek nadzora nad zdravstvenim položajem pri bolniku. Bolj ko bo imel občutek, da poteka na spletnih zdravstvenih skupnostih proces simetrične komunikacije med njim in MON zdravniki, bolj bo imel občutek, da nadzoruje zdravstveni položaj, v katerem se je znašel. Marginalno statistično, pa vendar, vplivata na občutek nadzora nad zdravstvenim položajem tudi izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki ($\beta=0,108$, sig.=0,070) in izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki ($\beta=0,098$, sig.=0,089). V obeh primerih gre za šibek vpliv, ki ima pozitivno smer. To pomeni, da vsi tisti anketiranci, ki zaznavajo, da so izmenjali kakovostne informacije s strokovnjaki in ustrezne informacije z drugimi uporabniki na spletni zdravstveni skupnosti, poročajo o večjem občutku nadzora.

5.6.4 Vpliv procesov opolnomočenja na bolnikovo obnašanje v zvezi z zdravstvenim stanjem

Pogledali smo si tudi, kako elementi procesnega opolnomočenja vplivajo na obnašanje v zvezi z zdravjem. Glede na to, da se je izkazalo, da je pojem na ravni merjenja tridimenzionalen, smo opravili regresijsko analizo za vsako dimenzijo posebej. Najprej nas je zanimala linearna odvisnost med odvisno spremenljivko »Zaščitno vedenje« in ostalimi pojasnjevalnimi spremenljivkami.

Vrednost prilagojenega determinacijskega koeficienta je znašala 0,53, kar nam pove, da lahko z neodvisnimi spremenljivkami pojasnimo 5,3% variance spremenljivke zaščitnega vedenja v zvezi z zdravjem. Preostane tako še 94,7% nepojasnjene variabilnosti zaščitnega vedenja, ki

pa je posledica vplivov spremenljivk, ki niso bile vključene v regresijski model. Vrednost F-statistike je pokazala, kako se konkretni model prilega dejanskim podatkom. V tem primeru se teoretični model statistično značilno prilega podatkom pri vrednosti statistične značilnosti 0,03.

Tabela 5.29: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Zaščitno vedenje«

Model	Standardizirani koeficient	t	Stopnja značilnosti
	Beta		
Konstanta		7,019	,000
Prejemanje socialne opore	-,083	-,902	,368
Nudenje pomoči drugim	,110	1,193	,234
Iskanje pozitivnega smisla	,165	2,611	,009
Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki	-,014	-,211	,833
Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki	-,030	-,474	,636
Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki	,101	1,676	,095
Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki	,088	1,483	,139
Simetrična komunikacija z MON zdravniki	,079	1,077	,282
Iskrena komunikacija z MON zdravniki	-,069	-,985	,326

Iz tabele 5.29 s koeficienti je razvidno, da je ocenjeni standardizirani regresijski koeficient za spremenljivko iskanje pozitivnega smisla statistično značilen pri vrednosti $p < 0,09$. Moč vpliva je šibka ($\beta = 0,165$) in je pozitivno usmerjena, kar nam pove, da zaznava najdenega pozitivnega smisla na spletni zdravstveni skupnosti vpliva na povečanje bolnikovega zaščitnega vedenja. Iz iste tabele lahko razberemo še, da izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki na spletni zdravstveni skupnosti šibko ($\beta = 0,101$) vpliva na zaščitno vedenje bolnika. Ocenjeni standardizirani regresijski koeficienti za spremenljivko izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki je (marginalno) statistično značilen pri vrednosti $p < 0,95$. Smer vpliva je pozitivna, kar pomeni, da zaznava izmenjave ustreznih informacij z drugimi uporabniki vpliva na povečanje bolnikovega zaščitnega vedenja.

V nadaljevanju smo preverili linearno odvisnost med odvisno spremenljivko »Vključenost v zdravljenje z zdravili« in ostalimi pojasnjevalnimi spremenljivkami. Izračunali smo popravljeni determinacijski koeficient, ki v konkretnem primeru znaša 0,023. Vidimo, da je z danim regresijskim modelom pojasnjenih 2,3% variabilnosti spremenljivke »Vključenost v zdravljenje z zdravili«. Na temelju statistične značilnosti F statistike sklepamo, da se model kot celota ne prilega dovolj dobro podatkom. Tako bi morali pri trditvi, da neodvisne spremenljivke vplivajo na simetrično komunikacijo z osebnim zdravnikom, sprejeti kar 6,5% tveganje.

Tabela 5.30: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Vključenost v zdravljenje z zdravili«

Model		Standardizirani koeficient	t	Stopnja značilnosti
		Beta		
1	Konstanta		11,940	,000
	Prejemanje socialne opore	,034	,366	,714
	Nudenje pomoči drugim	-,124	-1,321	,187
	Iskanje pozitivnega smisla	-,030	-,472	,637
	Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki	-,069	-1,046	,296
	Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki	-,040	-,625	,533
	Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki	-,016	-,262	,793
	Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki	-,050	-,825	,410
	Simetrična komunikacija z MON zdravniki	-,139	-1,855	,065
	Iskrena komunikacija z MON zdravniki	,121	1,700	,090

Primerjava moči posameznih spremenljivk nam pokaže, da na vključenost v zdravljenje z zdravili najbolj (in sicer šibko) vpliva simetrična komunikacija z MON zdravniki ($\beta=-0,139$, sig.=0,065). Smer vpliva je negativna, kar naznanja, da zaznava simetrične komunikacije z MON zdravniki vpliva na zmanjšanje vključenosti v zdravljenje z zdravili. Tudi iskrena komunikacija z MON zdravniki šibko vpliva na vključenost bolnika v zdravljenje z zdravili, vendar v pozitivno smer, torej s povečano zaznavo iskrene komunikacije z MON zdravniki se povečuje tudi vključenost v zdravljenje z zdravili. V obeh primerih gre za marginalno statistično značilni trditvi.

Naposled smo še preverili, kako elementi procesnega opolnomočenja vplivajo na izvrševanje pravice do drugega mnenja. Zanimala nas je linearna odvisnost med odvisno spremenljivko »Iskanje drugega mnenja« in pojasnjevalnimi spremenljivkami. Na podlagi statistične značilnosti F statistike sklepamo, da model ni statistično značilen. Pri trditvi, da neodvisne spremenljivke vplivajo na iskanje drugega mnenja, bi morali tako sprejeti 43% tveganje. Iz tabele 5.31 s koeficienti je razvidno, da so vsi ocenjeni standardizirani regresijski koeficienti brez izjeme statistično neznačilni.

Tabela 5.31: Koeficienti linearne regresijske analize - odvisna spremenljivka »Iskanje drugega mnenja«

Model	Standardizirani koeficient	t	Stopnja značilnosti
	Beta		
Konstanta		8,069	,000
Prejemanje socialne opore	,148	1,534	,126
Nudenje pomoči drugim	-,148	-1,546	,123
Iskanje pozitivnega smisla	-,042	-,643	,521
Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki	-,098	-1,464	,144
1 Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki	-,071	-1,104	,271
Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki	-,007	-,107	,915
Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki	,056	,920	,358
Simetrična komunikacija z MON zdravniki	,101	1,339	,182
Iskrena komunikacija z MON zdravniki	-,065	-,909	,364

6 RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

6.1 Razprava

Prva ugotovitev v raziskavi se glasi, da iskrena komunikacija z MON zdravniki, v kateri strokovnjaki na spletnih zdravstvenih skupnostih povedo vse informacije o posameznikovem zdravstvenem stanju in možnih oblikah zdravljenja, vpliva negativno na opolnomočen odnos z osebnim zdravnikom. To lahko pojasnimo tako, da so lahko tudi visoko kakovostne informacije prav tako neuporabne, če se posameznik na internetu sreča s preveliko količino

le-teh (Wald in drugi 2007, 221). Šibka strokovna podkovanost in pomanjkanje izkušenj (Cline in Haynes 2001) bi lahko bila razlog, zakaj bolniki še vedno niso sposobni sistematično interpretirati večjega obsega informacij in potrebujejo dodatno razlago svojega osebnega zdravnika (Cunningham 2001). Iz tega razloga Anderson in drugi (2003) ter Butterworth in drugi (2012) govorijo o tem, da bi bilo potrebno v prihodnje posameznike pripraviti, ne samo za iskanje, temveč tudi za interpretacijo informacij, pridobljenih na internetu. Nadalje razkriva vsebinska razlaga podatkov, da simetrična komunikacija z MON zdravniki pozitivno vpliva na opolnomočenje anketirancev, med drugim tudi v smislu večje samozavesti v odnosu z osebnim zdravnikom. Podatki tako potrjujejo pomembnost vloge spletnih zdravstvenih skupnosti pri oblikovanju bolnikove samozavesti, ki so jo v preteklosti izpostavljali nekateri raziskovalci (Bartlett in Coulson 2011; Eysenbach 2003; Van Uden-Kraan 2008). Podatki še kažejo, da so se posamezniki ob povečanem občutku, da so na spletni zdravstveni skupnosti poiskali pozitivnejši življenjski smisel, počutili bolj opolnomočene v odnosu do osebnega zdravnika. Na ta način smo potrdili ugotovitve Strackove in Schulenberg (2009) o povezanosti med pozitivnim življenjskim smislom in občutkom opolnomočenosti pri posameznikih, ter o vplivu pozitivnega smisla na opolnomočenje pri bolnikih z mentalnimi obolenji. Vrednost popravljenega determinacijskega koeficient sugerira, da imajo spletne zdravstvene skupnosti in procesi opolnomočenja, ki se odvijajo na njih, vpliv na predrugačenje odnosa med bolnikom in zdravnikom. Rezultati sovpadajo z ugotovitvami preteklih raziskav na tem področju (Bartlett in Coulson 2011; Van Uden-Kraan in drugi 2009).

Ustrezne informacije, ki jih posameznik dobi od strokovnjakov na spletni zdravstveni skupnosti, pozitivno vplivajo na simetrični odnos v komunikaciji z osebnim zdravnikom. Torej, bolj kot ima anketiranec občutek, da je od strokovnjakov na spletni zdravstveni skupnosti prejel ustrezne informacije, bolj verjame, da je enakopraven in enakovreden sogovorec v komunikaciji z osebnim zdravnikom. Ko govorimo o ustreznosti informacij, ki jih posameznik dobi s strani drugih uporabnikov spletnega zdravstvenega foruma, je slika obrnjena. Bolj kot ima anketiranec občutek, da je od drugih uporabnikov prejel ustrezne informacije, manj verjame, da je enakopraven in enakovreden sogovorec v komunikaciji z osebnim zdravnikom. Sodeč po rezultatih proces izmenjave ustreznih informacij s strokovnjaki na spletnih zdravstvenih skupnostih deluje precej pozitivno na komunikacijo med bolnikom in osebnim zdravnikom. Zdi se, da v veliki meri prispeva k izravnavi vlog v medsebojnem komuniciranju. Vloga obeh je v takšni situaciji veliko bolj partnerske narave,

pri čemer na eni strani bolnik dosledno posluša navodila svojega osebnega zdravnika, medtem ko je na drugi strani slednji pripravljen poslušati vprašanja bolnika.

Bolj kot imajo anketiranci občutek, da gojijo simetrično obliko pogovora z MON zdravniki, manjši občutek imajo, da je njihov osebni zdravnik iskren v komunikaciji z njimi. Glede na podatke lahko sklepamo, da bolniki zaradi določenih procesov, ki se odvijajo na spletni zdravstveni skupnosti, dvomijo v iskrenost pogovora z osebnim zdravnikom. Neiskrenost v komunikaciji kaže na elemente paternalizma oziroma pokroviteljstva v pogovoru med zdravstvenimi strokovnjaki in bolnikom, na kar je v preteklosti opozarjala Skela Savič (2003). Na ta način sicer zdravnik skuša obvarovati bolnika pred njegovim realnim zdravstvenim stanjem, vendar pa mu vzporedno s tem ne ponuja popolne opore, ki bi ga spodbudila k bolj aktivni vlogi v procesu zdravljenja. Zgolj iskrene informacije o bolezni ter poštenost in odkritost v odgovorih na bolnikova vprašanja omogočajo, da bolnik spozna svoje stanje in začne aktivno sodelovati v procesu zdravljenja (Skela Savič 2003, 111). Medtem pa naj bi bolnik iskrenost v pogovoru z osebnim zdravnikom bolj občutil v primeru, ko ima občutek, da je pogovor z MON zdravniki prav tako bolj iskrene narave, kar kažejo tudi podatki. Ravno tako občutek o kakovostnejših in razumljivejših informacijah, ki jih bolniki prejmejo od MON strokovnjakov, vodi v bolj iskreno komunikacijo v odnosu do osebnega zdravnika. Podatki tako potrjujejo, da spletne zdravstvene skupnosti in pogovor s strokovnjaki na le-teh predstavljajo pomemben alternativni vir zbiranja informacij za bolnike in da taiste informacije vplivajo na iskrenost pogovora med bolnikom in osebnim zdravnikom, o čemer je razpravljal tudi Zakotnik (1997).

Iversonova in drugi (2008) so ugotovili, da spletne zdravstvene informacije zmanjšujejo zmedenost pri bolnikih. Rezultati naše raziskave kažejo, da bolj kot ima posameznik občutek, da je na spletni zdravstveni skupnosti našel nov življenjski smisel, bolj pozitiven bo tudi njegov odnos do osebnih zdravstvenih vprašanj. Pozitiven odnos do zdravstvenih vprašanj smo v raziskavi merili tudi skozi indikator zmedenosti anketirancev v odnosu do zdravstvenega položaja kot posledico sodelovanja na spletni zdravstveni skupnosti, zaradi česar lahko zaključimo, da naši rezultati sovpadajo z rezultati preteklih raziskav. Glede na naše podatke se zdijo odvečne skrbi glede zmedenosti bolnikov zaradi spletnih informacij, ki so jih v raziskavi Nwosujeve in Coxove (2000) zdravniki posebej omenili kot morebitni problem informiranja na internetu. Ball in Lillis (2001) sta v preteklosti poudarila dilemo o tem, da bi v prihodnje lahko prišlo do zaskrbljenosti bolnikov glede njihovega zdravstvenega

položaja na račun rabe interneta pri pridobivanju novih zdravstvenih informacij. Če vemo, da smo skozi vprašanje zaskrbljenosti bolnika merili njegov pozitiven odnos do zdravja, potem lahko ovržemo predstavljeno dilemo, saj smo dokazali, da proces iskanja pozitivnega smisla, ki je posledica pridobljenih informacij na spletni zdravstveni skupnosti, vodi v pozitivnejši odnos v relaciji do zdravstvenega stanja. Naša raziskava podpira ugotovitev Van Uden-Kraanove in drugih (2008), ki pravi, da spletne zdravstvene skupnosti predstavljajo mesto oziroma prostor, ki učinkuje pomirjujoče na posameznike in vpliva na pozitivnejši odnos v zvezi z bolnikovim osebnim zdravstvenim stanjem (Ferguson 2000; Kummervold in drugi 2002).

Bolj ko so anketiranci občutili, da so na spletni zdravstveni skupnosti lahko našli nov življenjski smisel, bolj so imeli občutek, da nadzorujejo svoje zdravstveno stanje. Rezultati potrjujejo, da ima iskanje novega življenjskega smisla (Mok in drugi 2004) na spletni zdravstveni skupnosti (Mo in Coulson 2010) pozitiven učinek na bolnikov nadzor nad zdravstvenim stanjem (Aujoulat in drugi 2007; Roberts 1999; Van Uden-Kraan in drugi 2008). Anketiranci so imeli večji občutek nadzora nad zdravstvenim stanjem tudi v primerih, ko so imeli občutek, da gojijo bolj simetrično obliko komunikacije z MON zdravniki. To potrjuje tezo Whiteove (2009), ki pravi, da opolnomočena komunikacija motivira posameznika, da prevzame pobudo in postane aktiven. Grealish in drugi (2013) so pri mladostnikih z duševnimi motnjami prav tako ugotovili, da občutek bolnikov, da jih zdravniki poslušajo in upoštevajo v njihovi neposredni medsebojni komunikaciji, vodi v občutek večjega nadzora bolezenskih simptomov. Zelo nazorna je izjava enega izmed udeležencev raziskave, ki je povedal (Grealish in drugi 2013, 140): »Opolnomočenje mi pomaga ohraniti nadzor in me odvrača od tega, da bi storil nekaj, kar mi narekujejo glasovi v glavi [*It (empowerment) helps to stay in control and just not do it, not to do what the voices say*].« Friedman in drugi (2008) pa so med drugim v svoji raziskavi poudarili pomembnost vloge komunikacije med zdravnikom in bolnikom (z glavkomom), ki jo ima ta za posameznikovo zanimanje glede njegovega zdravstvenega stanja. Rezultati naše raziskave kažejo, da ima komunikacija z MON zdravniki enake učinke, če vemo, da smo z indikatorjem »zanimanje« merili nadzor nad posameznikovim zdravstvenim stanjem. Podatki še kažejo, da izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki in izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki na internetu daje občutek povečanega nadzora nad zdravstvenim stanjem, na kar je v preteklosti v svojih raziskavah opozoril Broom (2005).

Večji kot je občutek, da poteka na spletni zdravstveni skupnosti izmenjava ustreznih informacij (z drugimi uporabniki spletne zdravstvene skupnosti), bolj občutijo spremembe v zaščitnem ravnanju pri sebi. Na dejstvo, da zaradi informacij, pridobljenih na internetu in spletnih zdravstvenih skupnostih, prihaja do spremembe v obnašanju posameznika, so v preteklosti že opozarjali nekateri avtorji, kot so Barak in drugi (2008), Iversonova in drugi (2008), Kummervold in drugi (2002) in Rains (2007). Rezultat je toliko bolj zanimiv, če vemo, da Chiaramontejeva (2008) za opolnomočeno obnašanje šteje, če posameznik poišče zagovornika med prijatelji oziroma družinskimi člani in da zaščitno vedenje (kot razsežnost predrugačenega in opolnomočenega obnašanja) zajema tudi socialno oporo pri prijateljih in družini (Selič 2007). Slednje dejstvo je ne nazadnje potrdila tudi naša faktorska analiza, ko je v razsežnost zaščitnega vedenja uvrstila tudi indikator, s katerim smo merili spremembo v družabnem življenju anketirancev. Iz vsega skupaj sledi zaključek, da izmenjava uporabnih informacij pri drugih uporabnikih, kot proces opolnomočenja na spletni zdravstveni skupnosti, pozitivno vpliva na rezultat oziroma občutek opolnomočenosti. Povečan občutek, da na spletni zdravstveni skupnosti poteka proces oblikovanja novega življenjskega smisla ravno tako vodi v večjo spremembo v zaščitnem obnašanju. Pri pregledu literature nismo zaznali podobnih zaključkov, tako da gre v tem primeru za povsem novo ugotovitev.

Čeprav marginalno statistično značilna, pa vendar, komunikacija z zdravniki na spletnih zdravstvenih skupnostih očitno do določene mere vpliva na način obnašanja v zvezi z zdravjem (razsežnost »Vključenost v zdravljenje z zdravili«). Iversonova in drugi (2008) so ravno tako ugotovili, da posamezniki zaradi informacij, ki so jih prejeli na internetu, prilagajajo jemanje zdravil in se bolj pogosto cepijo. V primeru, da so bile spremembe, ki so posledica komuniciranja z zdravniki na spletni zdravstveni skupnosti dodatno usklajene z lečečim zdravnikom, bi lahko te spremembe šteli v dobro. Anketirancem nismo postavili vprašanja, ki bi dal neposredni odgovor na zastavljeni premislek, zaradi tega ne moremo z gotovostjo trditi, da so spremembe pozitivne oziroma negativne. Iz odgovorov na zastavljeno vprašanje Q48 »*V kolikšni meri se je vaš osebni zdravnik pripravljen pogovarjati o informacijah, ki ste jih pridobili na forumu Med.over.net?*« vemo le, da anketiranci niso prepričani v to, da bi njihov lečeči zdravnik pristal na pogovor o spletnih zdravstvenih informacijah.⁷ Iz teh odgovorov pa lahko znova sklepamo naprej, da do razprave med

⁷ Skupaj je na vprašanje Q48 z odgovoroma 1 in 2 odgovorilo 59,1% anketirancev (N=450). Anketiranci so odgovarjali na vprašanje ob uporabi Likertove lestvice, pri čemer je vrednost 1 pomenila, da osebni zdravnik

bolnikom in zdravnikom ne prihaja in da so spremembe v obnašanju sprejete enostransko, na kar je opozorila Milovanovičeva (2007). Po njenem mnenju bi lahko imele takšne morebitne samostojne akcije bolnika negativne posledice za nadaljnji odnos med zdravnikom in bolnikom in, kar je morda še bolj pomembno, za zdravstveni izid.

Naši podatki kažejo, da izbrane odvisne spremenljivke, ki predstavljajo elemente procesnega opolnomočenja na spletni zdravstveni skupnosti, ne vplivajo na odvisno spremenljivko »Iskanje drugega mnenja«, ki predstavlja zadnjo izmed treh razsežnosti spremenjenega obnašanja v zvezi z zdravjem, ki jo je razkrila faktorska analiza. Na tem mestu se zopet vračamo k Chiaramontejevi (2008), ki pravi, da lahko za opolnomočeno obnašanje štejemo, če posameznik poišče zagovornika iz vrst stroke in ne zgolj iz družinskega kroga in kroga prijateljev. Glede na rezultate analize lahko v tem delu sklenemo, da procesno opolnomočenje nima učinkov na opolnomočeno obnašanje. Iversonova in drugi (2008) so pri uporabnikih interneta ugotovili, da so slednji kot rezultat samostojnega iskanja zdravstvenih informacij na internetu nekoliko bolj pogosto zahtevali specialistični pregled oziroma drugo mnenje zdravnika, iz česar bi lahko sklepali, da procesi, ki se odvijajo na internetu (in s tem tudi na spletnih zdravstvenih skupnostih) vplivajo na spremembo v obnašanju pri posamezniku. Še enkrat poudarjamo, da na podlagi naših podatkov, ki kažejo, da izbrane odvisne spremenljivke ne vplivajo na odvisno spremenljivko, ni mogoče potrditi takšnih trditev.

6.2 Zaključek

V magistrski nalogi smo analizirali, kateri procesi opolnomočenja se odvijajo na spletnih zdravstvenih skupnostih in kako ti procesi vplivajo na rezultate opolnomočenja. V prvi vrsti nas je zanimalo, kakšno vlogo igrajo procesi opolnomočenja na spletnih zdravstvenih skupnostih v odnosu med bolnikom in zdravnikom. Vzporedno smo preverili tudi, kako procesi opolnomočenja vplivajo na nekatere druge rezultate opolnomočenja, kot na primer razmišljanje in obnašanje povezano z osebnim zdravjem, ki so vsi vsaj posredno povezani z odnosom z osebnim zdravnikom. Odgovori na zastavljena vprašanja nam odkrivajo, v katero smer se odvija odnos med bolnikom in zdravnikom, kot posledica vse bolj pogoste participacije na spletnih zdravstvenih skupnostih.

»Sploh ni pripravljen« na pogovor o informacijah pridobljenih na spletni zdravstveni skupnosti in vrednost 5, da je zdravnik »Zelo je pripravljen« na pogovor.

Ena izmed treh morebitnih smeri, po kateri naj bi se odvijala sprememba odnosa med bolnikom in zdravnikom, je predpisovanje spletnih zdravstvenih skupnosti. Rezultati spletne ankete so pokazali, da je v preteklosti zgolj 29 anketirancev obiskalo spletne zdravstvene skupnosti, potem ko so jih na te napotili njihovi osebni zdravniki. Delež anketirancev je tako izjemno majhen (manj kot 5%), tako da očitno ta pojav ni prisoten, zaradi česar ga tudi nismo pojasnjevali. Kljub temu je raziskava pokazala, da bolniki v veliki meri uporabljajo spletne zdravstvene skupnosti, zato da na njih pridobijo informacije, poiščejo nasvete in da se pogovarjajo z eksperti, kar bi lahko bil jasen znak, da pri osebnem zdravniku niso »potešeni«. Zdi se, da bolniki sami, ob pomoči spletnih zdravstvenih skupnosti, prevzemajo odgovornost za svoje osebno zdravstveno stanje. V tem pogledu se kaže, da imajo spletne zdravstvene skupnosti podobno vlogo, kot jo je imela Gutenbergova tehnika tiska v obdobju reformacije. Bolniku namreč omogočajo, da zaobide zdravnika, kot izključni vir zdravstvenih informacij. Posameznik, oborožen s spletnimi zdravstvenimi informacijami, tako izziva avtoriteto zdravnika in postavlja pod vprašaj tradicionalni odnos med bolnikom in zdravnikom. Po drugi strani pa lahko uporaba spletnih zdravstvenih skupnosti s strani bolnikov predstavlja določene pozitivne učinke za zdravnike, v smislu, da jih razbremenjuje.

Rezultati analize na zbranem vzorcu delno podpirajo hipotezo, ki pravi, da procesi opolnomočenja pozitivno vplivajo na končni občutek opolnomočenja v odnosu z osebnim zdravnikom. Izkazalo se je, da določeni procesi, kot so (simetrična) komunikacija z MON zdravniki in iskanje pozitivnega smisla, ki se odvijajo na spletnih zdravstvenih skupnostih, pozitivno vplivajo na občutek opolnomočenosti. Literatura in pretekle raziskave ne dajejo jasnega odgovora na vprašanje, zakaj ravno iskanje pozitivnega smisla, izmed vseh štirih procesov, ki jih literatura najpogosteje identificira, najbolj vpliva na občutek opolnomočenosti. So pa pretekle študije kot razlog, zakaj proces iskanja pozitivnega smisla vpliva na opolnomočenje, omenjale predpostavko, da bolniki lažje sprejemajo informacije, ki jih dobijo od ljudi, s katerimi se lahko poistovetijo in ki so v preteklosti bili deležni podobnih zdravstvenih izkušenj. Ti posamezniki naj bi delovali kot vzorniki in informacije, ki jih tovrstni posamezniki objavljajo na spletnih zdravstvenih skupnostih, so za bolnike bolj sprejemljive v primerjavi z informacijami, ki so jih morda dobili pri nekaterih drugih virih zdravstvenih informacij, na primer pri zdravnikih, medicinskih sestrah ali zdravilcih (Van Uden-Kraan in drugi 2009). Občutek opolnomočenosti se je odražal tudi skozi indikator samozavesti, zaradi česar lahko potrdimo zaključke nekaterih preteklih raziskav, ki so poudarile pozitivno vlogo spletnih zdravstvenih skupnosti pri oblikovanju samozavesti pri

uporabnikih. Seveda velja opozoriti, da lahko določeni vidiki komunikacije z MON zdravniki vplivajo tudi v nasprotno smer. Gre za položaj, v katerem lahko velike količine informacij, ki jih uporabniki spletnih zdravstvenih skupnosti prejmejo skozi (iskreno) komunikacijo z MON zdravniki in jih prenesejo v odnos z osebnim zdravnikom, predstavljajo preveliko breme za bolnika. V mnogih takšnih primerih bolniki niso sposobni sami predelati vseh informacij, ki so jih prejeli v komunikaciji z zdravniki na internetu, zaradi česar potrebujejo dodatna pojasnila lečečega zdravnika. Iz tega razloga bi morali zdravniki, ko se srečajo z uporabniki spletnih zdravstvenih skupnosti, posvetiti določen del pozornosti temu, da bolnike v večji meri pripravijo za vsebinsko interpretacijo spletnih zdravstvenih informacij in ne zgolj za iskanje le-teh. Zdravnikov prispevek in njegove strokovne izkušnje lahko izboljšajo bolnikovo interpretacijo informacij, ki jih je poiskal na internetu (Russ in drugi 2011). Na tem mestu dodajmo še opozorilo, da sama informiranost ni izključni garant, ki bi zagotovil, da se bo bolnik ravnal kot opolnomočen posameznik. Tako je lahko nesposobnost interpretacije spletnih zdravstvenih informacij posledica nekaterih drugih dejavnikov, kamor avtorji uvrščajo tudi motiviranost za spremembe vedenja in socio-ekonomske okoliščine posameznika (Kamin 2006).

S simetrično komunikacijo imamo v mislih predvsem komunikacijo, kjer se odraža določena mera enakovrednosti in enakopravnosti med obema stranema, ki sta vpleteni v pogovor (Ule 2005). Rezultati naše analize so pokazali, da bolj ko posamezniki zaznavajo proces izmenjave ustreznih informacij s strokovnjaki na spletnih zdravstvenih skupnostih, bolj je mogoče pri uporabniki spletnih zdravstvenih skupnosti zaslediti tovrsten izravnani odnos v komunikaciji z njihovimi osebnimi zdravniki. Po drugi strani ustrezne informacije, ki jih bolniki prejmejo od drugih uporabnikov spletnih zdravstvenih skupnosti, negativno vplivajo na (simetrično) komunikacijo z osebnim zdravnikom. Zadnji podatek je potrebno upoštevati s pridržkom, saj se je izkazalo, da je vpliv procesa izmenjave ustreznih informacij z drugimi uporabniki marginalno statistično značilen.

Pri analizi podatkov smo že omenili, da nekateri avtorji razumejo neiskrenost kot znak paternalizma in pokroviteljstva. Izkazalo se je, da simetrična komunikacija z zdravniki na spletni zdravstveni skupnosti vpliva negativno na iskreno komunikacijo z osebnim zdravnikom. Se pravi, bolj kot je komunikacija z MON zdravniki enakovredna, bolj bolniki zaznavajo odsotnost iskrenosti pri osebnem zdravniku in prisotnost paternalizma. Ta načeloma predstavlja mehanizem, ki se ga zdravniki poslužujejo, da obvarujejo svoje

paciente. Težava pri tovrstnem pristopu je v tem, da vodi v pasivnost bolnikov in ne dviguje občutka opolnomočenja pri posameznikih. Zgolj skozi iskren pogovor lahko aktiviramo posameznika, da prevzame odgovornost za svoje zdravstveno stanje, s čimer lahko v končni instanci izboljša svoj položaj v razmerju do osebnega zdravnika. Na tem mestu še enkrat opozarjamo, da so podatki pokazali, da lahko iskren pogovor z MON zdravniki vpliva tudi negativno na opolnomočen občutek v odnosu do zdravnika. Kot smo zapisali, zaradi kombinacije velikega števila informacij, ki jih uporabnik dobi na spletnih zdravstvenih skupnostih v iskrenem pogovoru z zdravniki na internetu in zaradi pomanjkanja usposobljenosti za interpretiranje vseh informacij, bolnik ponavadi potrebuje dodatno razlago informacij, kar kaže na ohranjanje podrejenega položaja v odnosu z zdravnikom. Na prvi pogled se zdi situacija, v kateri proces iskrene komunikacije z zdravniki na internetu enkrat vpliva pozitivno in drugič negativno, kontradiktorna. Predpostavljamo lahko, da je takšen rezultat posledica ključne razlike v pozitivni/negativni konotaciji opolnomočenja na relaciji bolnik-zdravnik. Lahko bi dejali, da ima opolnomočen odnos bolnik-zdravnik negativno konotacijo do zdravnika, kjer se krepi predvsem bolnikova samozavest in njegova dominacija v medsebojnem odnosu. Na drugi strani naj bi bila opolnomočena komunikacija bolj usmerjena k nekem uravnoveženemu odnosu bolnik-zdravnik in naj ne bi imela tako negativne konotacije. Zaradi tega morda iskrenost komunikacije deluje tako različno. Seveda lahko situacijo razlagamo tudi tako, da povemo, da slika precej nazorno pokaže, da so procesi na spletnih zdravstvenih skupnostih kompleksni in niso enoznačni. Iz tega razloga bi bilo potrebno spletne zdravstvene skupnosti razumeti kot komplement, ki bogati odnos z zdravnikom in nadgrajuje proces zdravstvene nege in ne kot suplement za ambulantno zdravstveno oskrbo pri osebnem zdravniku.

Naša raziskava je pokazala, da razmišljanje v zvezi z zdravstvenim stanjem sestavljata dve razsežnosti. Prva razsežnost je pozitivni odnos do zdravstvenega stanja in druga občutek nadzora nad zdravstvenim stanjem. Determinacijski koeficient za prvo razsežnost znaša 12,3% in drugo 13,2%. Poleg determinacijskega koeficienta za rezultat »Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom«, ki znaša 21,5%, sta to najvišji vrednosti. To praktično pomeni, da identificirani procesi opolnomočenja v največji meri napovedujejo ravno te tri rezultate opolnomočenja. Proces iskanja pozitivnega smisla in izmenjavanja ustreznih informacij z drugimi uporabniki skupnosti sta v največji meri (pozitivno) vplivala na razsežnost pozitivnega odnosa do zdravstvenega stanja. Občutek nadzora so najbolj predvideli procesi iskanja pozitivnega smisla, izmenjave kakovostnih informacij s strokovnjaki n

izmenjave ustreznih informacij z drugimi uporabniki in simetrična komunikacija z MON zdravniki. Generalno gledano so determinacijski koeficienti v naši študiji razmeroma nizki, a primerljivi z rezultati nekaterih drugih študij, ki so bile opravljene v preteklosti in so uporabile podobno metodologijo raziskovanja. Tako so Van Uden-Kranova in drugi (2009) ugotovili, da procesi opolnomočenja najbolje napovedujejo rezultate »boljša informiranost« in »izboljšano družbeno življenje«. Determinacijski koeficienti v omenjeni raziskavi so se gibali med 13% in 31%, kar je, kot že omenjeno, primerljivo z našimi vrednostmi. Vsebinska razlaga podatkov govori v prid temu, da sodelovanje na spletnih zdravstvenih skupnostih lahko opolnomoči posameznika. Zaradi procesov, ki se odvijajo na skupnostih, posameznik lahko prevzame več nadzora in s tem tudi več odgovornosti za svoje zdravje. Očitno je tudi, da imajo posamezniki zaradi participacije na spletnih zdravstvenih skupnostih bolj pozitiven odnos do zdravstvenega položaja, v katerem so se znašli, kar je izjemnega pomena za odnos z zdravnikom in še bolj za končni izid zdravljenja.

Pokazalo se je tudi, da procesi opolnomočenja na spletnih zdravstvenih skupnostih v omejenem obsegu vplivajo na določene razsežnosti obnašanja, ki je povezano z zdravstvenim stanjem. Iskanje pozitivnega smisla in izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki sta namreč pozitivno vplivala na spremembe v obnašanju. V prvi vrsti to velja za razsežnost, ki smo jo poimenovali zaščitno vedenje. Zaščitno vedenje, povezano z zdravstvenim stanjem, zajema elemente, kot so zdravo prehranjevanje, upoštevanje strokovnih navodil in iskanje socialne opore pri prijateljih in družini (Selič 2007), kar smo upoštevali tudi pri oblikovanju anketnega vprašalnika. Podatki nakazujejo, da bi lahko sodelovanje na spletnih zdravstvenih skupnostih izboljšalo družabno življenje uporabnikov pri vsakodnevnih stikih z družino in prijatelji, na kar so v svojih raziskavah opozarjali nekateri raziskovalci v preteklosti (Maloney-Krichmar in Preece 2005). Drugi dve razsežnosti obnašanja smo poimenovali zdravljenje z zdravili in iskanje drugega mnenja. Prva razsežnost zajema elemente, kot so spremembe režima jemanja zdravil, cepljenje in obiskovanje zdravnika, medtem ko se druga razsežnost nanaša predvsem na iskanje dodatnega strokovnega mnenja. Kot kažejo podatki, komunikacija z zdravniki na spletnih zdravstvenih skupnostih (marginalna statistična značilnost) lahko vpliva na spremembe v obnašanju pri zdravljenju z zdravili. V primeru, da se bolniki o spremembah dodatno posvetujejo z lečečim zdravnikom, so lahko tovrstne spremembe precej dobrodošle. Iz odgovorov na vprašanje Q48 pa vemo, da so anketiranci izrazili prepričanje, da njihovi zdravniki niso pripravljeni na pogovor o informacijah, pridobljenih na internetu, zato lahko predpostavljamo, da gre za individualne akcije, kar pa bi

lahko imelo negativne posledice za odnos. Podatki kažejo še, da procesi opolnomočenja na spletnih zdravstvenih skupnostih nikakor ne vplivajo na to, da bi bolniki v večji oziroma manjši meri zahtevali drugo mnenje glede diagnoze, ki jo je postavil osebni zdravnik.

Iskanje pozitivnega življenjskega smisla je proces opolnomočenja na spletni zdravstveni skupnosti, ki je v največji meri pozitivno vplival na rezultate opolnomočenja. Tudi komunikacija z zdravniki na spletnih zdravstvenih skupnostih je imela pomemben vpliv na končne rezultate. Proces opolnomočenja so v prvi vrsti vplivali na odnos med bolnikom in zdravnikom ter na način razmišljanja v zvezi z zdravstvenim stanjem. Po naših podatkih sodeč lahko iskrena komunikacija z zdravniki na spletnih zdravstvenih skupnostih vodi v dejavnejšo vlogo bolnika v odnosu in komunikaciji z osebnim zdravnikom. Kljub temu je potrebno poudariti, da sama informiranost bolnika ni izključno zagotovilo za opolnomočenje slednjega. Pomembno je tudi, da znajo bolniki osmisliti pridobljene informacije. Iz tega razloga bi bilo potrebno, da osebni zdravniki pripravijo bolnike, ki uporabljajo spletne zdravstvene skupnosti, na interpretacijo spletnih informacij. Podatki kažejo, da se večina anketirancev samoiniciativno odpravi na spletne zdravstvene skupnosti, neodvisno od tega, ali zdravniki takšno početje odobravajo oziroma ga ne odobravajo. Zdravniki bi se morali zavedati slednjega podatka in ga upoštevati na način, da se prilagodijo kulturnim spremembam, ki jih prinašajo spletne zdravstvene skupnosti, na kar so opozarjali že avtorji pred nami (McAllister in drugi 2012). Tovrstna prilagoditev se zdi še toliko bolj zaželena, če smo na podlagi našega dela ugotovili, da je spletne zdravstvene skupnosti potrebno razumeti kot dopolnilo in ne nadomestilo zdravstvene nege, ki jo zagotavlja osebni zdravnik.

Poleg že omenjenih vrednosti determinacijskih koeficientov je glavna pomanjkljivost naše študije neverjetnostni vzorec aktivnih in pasivnih sodelujočih, ki smo ga zbrali na forumu največje slovenske spletne zdravstvene skupnosti MON. Gre za nereprezentativen vzorec, zaradi česar naših ugotovitev ne gre posploševati na celotno populacijo. Po prvotnem načrtu smo želeli omejiti analizo na specifičen segment, glede na posamezne bolezni, vendar pa nam to ni uspelo. Zadeva ni tako tragična, če vemo, da so vprašanja o naravi posameznikove bolezni zelo občutljiva in imajo za posledico neodgovore na anketna vprašanja na področju zdravja (Tourangeau in Yan 2007). Vztrajanje pri izpeljavi metodološkega načrta v tem delu bi lahko ogrozilo zbiranje podatkov in izpeljavo celotne magistrske naloge. Po drugi strani bi takšni podatki omogočili, da še bolj dosledno preverimo skladnost naših rezultatov z rezultati tujih študij, kar bi imelo pomembne posledice za relevantnost sklepov, ki smo jih sprejeli.

Posploševanje rezultatov na celotno populacijo bi bilo neprimerno tudi na račun same narave koncepta opolnomočenja bolnika. Dosedanje analize so vzele na znanje dejstvo, da je koncept opolnomočenja bolnika produkt, ki je bil teoretsko zasnovan na prostorih Severne Amerike in Evrope in ga je praktično zelo težko aplicirati v drugih delih sveta. Temu je tako zaradi različnih tradicij in vrednot, ki vladajo v različnih delih sveta. To potrjujejo celo rezultati nekaterih analiz, ki kažejo, da je mogoče zaslediti različno razumevanje in sprejemanje koncepta celo med samimi državljani različnih držav članic Evropske unije, pri čemer je koncept veliko bolj sprejet med državljani zahodnih držav članic (Avstrija, Belgija, Finska, Francija, Nemčija, Italija, Velika Britanija), kot je to primer za državljane vzhodnih držav (Češka, Madžarska, Latvija, Poljska, Romunija, Slovaška, tudi Grčija) (Evropska komisija 2012). Navkljub predstavljenim omejitvam smo prepričani, da ugotovitve predstavljajo pomemben doprinos za slovenski akademski prostor na področju opolnomočenja bolnikov na spletnih zdravstvenih skupnostih. Glavni dokaz za takšno stališče črpamo predvsem iz dejstva, da se rezultati tujih študij, ki so bile v preteklosti opravljene na istem področju, v znatnem obsegu prekrivajo z rezultati naše raziskave in kažejo na pomembnost vloge spletnih zdravstvenih skupnosti v odnosu med bolnikom in zdravnikom.

LITERATURA

- Akerkar, Shashank M. in Lata S. Bichile. 2004. Doctor patient relationship: Changing dynamics in the information age. *Journal of Postgraduate Medicine* 50 (2): 120–122.
- Albrecht, Terrance. L. in Mara B. Adelman. 1987. Communicating social support: A theoretical perspective. V *Communicating social support*, ur. Terrance L. Albrecht in Mara B. Adelman, 18–39. Newbury Park: Sage.
- Anderson, James G., Michelle R. Rainey in Gunther Eysenbach. 2003. The Impact of CyberHealthcare on the Physician–Patient Relationship. *Journal of Medical Systems* 27 (1): 67–84.
- Atanasova, Sara in Gregor Petrič. 2014. Spletne skupnosti: Tipologija in temeljne značilnosti. *Družboslovne razprave* 30 (75): 85–106.
- Aujoulat, Isabelle, William d’Hoore in Alain Deccache. 2007. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling* 66 (1): 13–20.
- Babbie, Earl, Fred S. Halley, William E. Wagner III in Fred S. Halley. 2011. *Adventures in Social Research: Data Analysis Using IBM SPSS Statistics*. Thousand Oaks: Pine Forge Press.
- Ball, Marion J. in Jennifer Lillis. 2001. E-health: transforming the physician:patient relationship. *International Journal of Medical Informatics* 61 (1): 1–10.
- Barak, Azy, Meyran Boniel–Nissim in John Suler. 2008. Fostering empowerment in online support groups. *Computers in Human Behavior* 24 (5): 1867–1883.
- Bartlett, Keira Yvonne in Neil S. Coulson. 2011. An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient communication. *Patient Education and Counseling* 83 (1): 113–119.
- Beck, Ulrich in Elisabeth Beck-Gernsheim. 2002. *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. London: Sage.
- Boermans, Martijn A. in Mark A.C. Kattenberg. 2011. *Estimating reliability coefficients with heterogeneous item weightings using Stata: A factor based approach*. Utrecht: Utrecht School of Economics.
- Bos, Lodewijk, Andy Marsh, Denis Carroll, Sanjeev Gupta in Mike Rees. 2008. *Patient 2.0 Empowerment*. Dostopno prek: <http://www.icmcc.org/pdf/ICMCCSWWS08.pdf> (13. avgust 2013).

- Bos, Lodewijk. 2011. Patient Empowerment: A Two Way Road. V *Critical Issues for the Development of Sustainable E-health Solutions*, ur. Nilmini Wickramasinghe, Rajeev Bali, Reima Suomi in Stefan Kirn, 203–228. New York: Springer.
- Boškić, Ružica. 2005. Krepitev moči: kritična presoja koncepta. *Družboslovne razprave* 21 (48): 177–194.
- Bova, Carol, Paulette Seymour Route, Kristopher Fennie, Walter Ettinger, Gertrude W. Manchester in Bruce Weinstein. 2012. Measuring patient–provider trust in a primary care population: Refinement of the health care relationship trust scale. *Research in Nursing & Health* 35 (4): 397–408.
- Bridges, John F. P., Svetla N. Loukanova in Percivil M. Carrera. 2008. Patient Empowerment in Health Care. V *Health Systems Policy, Finance, and Organization*, ur. Guy Carrin, Kent Buse, Kristian Heggenhougen in Stella R. Quah, 370–381. San Diego: Academic Press.
- Broom, Alex. 2005. Virtually He@lthy: The Impact of Internet Use on Disease Experience and the Doctor-Patient Relationship. *Qualitative Health Research* 15 (3): 325–345.
- Buckland, Sarah in Bob Gann. 1997. *Disseminating treatment outcomes information to consumers: Evaluation of five pilot projects*. London: King's Fund Publishing.
- Butterworth, Kevin, Omnia Allam and Alex Gray in Heather Butterworth. 2012. Providing confusion: The need for education not information in chronic care. *Health Informatics Journal* 18 (2): 111–123.
- Chiaromonte, Delia. 2008. *Navigating The Healthcare System When You Have A Chordoma*. Dostopno prek: <http://chordomafoundation.org/wp-content/uploads/2011/09/Navigating-The-Healthcare-System-When-You-Have-a-Chordoma.pdf> (12. avgust 2014).
- Cline, Rebecca J. Welch in Kristine M. Haynes. 2001. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Education Research* 16 (6): 671–692.
- Coulson, Neil S. in Rachel L. Shaw. 2013. Nurturing health-related online support groups: Exploring the experiences of patient moderators. *Computers in Human Behavior* 29 (4): 1695–1701.
- Coulson, Neil S. in Sumaira Malik. 2012. Health-related online support communities. V *Encyclopedia of cyber-behaviour*, ur. Zheng Yan, 671–688. Hershey: IGI Global.
- Cunningham, Deirdre. 2001. The challenge for medicine. *Clinical Medicine* 1 (3): 194–196.
- D'Alessandro, Donna M. in Nienke P. Dossa. 2001. Empowering Children and Families With Information Technology. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 155: 1131–1136.

- Demiris, George. 2006. The diffusion of virtual communities in health care: Concepts and challenges. *Patient Education and Counseling* 62 (2): 178–188.
- Eskicumalı, Ahmet. 2010. The effects of internet cafes on social change in Turkey: the case of Hendek. *The Turkish Online Journal of Educational Technology* 9 (2): 196–204.
- Evropska komisija. 2012. *Patient Involvement*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf (9. december 2014).
- Eysenbach, Gunther, John Powell, Marina Englesakis, Carlos Rizo in Anita Stern. 2004. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ: British Medical Journal* 328:1166–1170.
- Eysenbach, Gunther. 2003. The Impact of the Internet on Cancer Outcomes. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 53 (6): 356–371.
- Ferguson, Tom. 2000. Online patient-helpers and physicians working together: a new partnership for high quality health care. *BMJ: British Medical Journal* 321 (7269): 1129–1132.
- Fong Ha, Jennifer, Hons Dip Surg Anat in Nancy Longnecker. 2010. Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal* 10 (1): 38–43.
- Forkner-Dunn, June. 2003. Internet-based Patient Self-care: The Next Generation of Health Care Delivery. *Journal of Medical Internet Research* 5 (2): e8.
- Friedman, David S., Steven R. Hahn, Laurie Gelb, Jason Tan, Sonali N. Shah, Elizabeth E. Kim, Thom J. Zimmerman in Harry A. Quigley. 2008. Doctor–Patient Communication, Health-Related Beliefs, and Adherence in Glaucoma: Results from the Glaucoma Adherence and Persistency Study. *Ophthalmology* 115 (8): 1320–1327.
- Funnell, Martha M. in Michael A. Weiss. 2008. Patient empowerment: The LIFE approach. *European Diabetes Nursing* 5 (2): 75–78.
- Geissbuhler, Antoine. 2008. Access to Health Information: a Key for Better Health in the Knowledge Society. *IMIA Yearbook of Medical Informatics* 3: 20–21.
- George, Darren in Paul Mallery. 2003. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Gerber, Ben S. in Arnold R. Eiser. 2001. The Patient-Physician Relationship in the Internet Age: Future Prospects and the Research Agenda. *Journal of Medical Internet Research* 3 (2): e15.
- Gibson, Cheryl H. 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16 (3): 354–361.

- Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self-Identity*. Cambridge: Polity Press.
- Go Ask Alice. 2013. *Social Support*. Dostopno prek: <http://goaskalice.columbia.edu/social-support> (13. oktober 2014).
- Gottlieb, Benjamin. 1985. Social support and community mental health. V *Social Support and Health*, ur. Sheldon Cohen in Leonard Syme, 303–326. New York: Academic Press.
- Grealish, Annmarie, Sara Tai, Andrew Hunter in Anthony P. Morrison. 2013. Qualitative Exploration of Empowerment from the Perspective of Young People with Psychosis. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 20 (2): 136–148.
- Gruber, Judith in Edison J. Trickett. 1987. Can we empower others? The paradox of empowerment in the governing of an alternative public school. *American Journal of Community Psychology* 15 (3): 353–372.
- Hadwich, Karsten, Dominik Georgi, Sven Tuzovic, Julia Büttner in Manfred Bruhn. Perceived quality of e-health services: A conceptual scale development of e-health service quality based on the C-OAR-SE approach. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing* 4 (2): 112–136.
- Hart, Angie, Flis Henwood in Sally Wyatt. 2004. The Role of the Internet in Patient-Practitioner Relationships: Findings from a Qualitative Research Study. *Journal of Medical Internet Research* 6 (3): e36.
- Henwood, Flis, Sally Wyatt, Angie Hart in Julie Smith. 2003. ‘Ignorance is bliss sometimes’: constraints on the emergence of the ‘informed patient’ in the changing landscapes of health information. *Sociology of Health & Illness* 25 (6): 589–607.
- Hogg, Gillian, Angus Laing in Terry Newholm. 2004. Talking Together: Consumer Communities and Health Care. *Advances in Consumer Research* 31: 67–73.
- Holland, Jeremy in Laurent Ruedin. 2012. *Monitoring and evaluating empowerment processes*. Paris: OECD Publishing.
- Honka, Anita, Kirsikka Kaipainen, Henri Hietala in Niilo Saranummi. 2011. Rethinking Health: ICT-Enabled Services to Empower People to Manage Their Health. *IEEE Reviews in Biomedical Engineering* 4: 119–139.
- House, James S. 1981. *Work stress and social support*. Reading: Addison-Wesley.
- Hur, Mann H. 2006. Empowerment in Terms of Theoretical Perspectives: Exploring a Typology of the Process and Components Across Disciplines. *Journal of Community Psychology* 34 (5): 523–540.

- Huws, Jaci C., Robert S. P. Jones in David K. Ingledew. 2001. Parents of children with autism using an email group: A grounded theory study. *Journal of Health Psychology* 6 (5): 569–584.
- Israel, Barbara A., Barry Checkoway, Amy Schulz in Marc A. Zimmerman. 1994. Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. *Health Education & Behavior* 21 (2): 149–170.
- Iverson, Suzy A., Kristin B. Howard in Brian K. Penney. 2008. Impact of Internet Use on Health-Related Behaviors and the Patient-Physician Relationship: A Survey-Based Study and Review. *The Journal of the American Osteopathic Association* 108 (12): 699–711.
- Janežič, Maja. 2004. *Komunikacija med bolniki in zdravniki v informacijski družbi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Johnston, Allen C., James L. Worrell, Paul M. Di Gangi in Molly Wasko. 2013. Online health communities: An assessment of the influence of participation on patient empowerment outcomes. *Information Technology & People* 26 (2): 213–235.
- Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Kassirer, Jerome P. 2000. Patients, Physicians, And The Internet. *Health Affairs* 19 (6): 115–123.
- Kettunen, Tarja, Leena Liimatainen, Jari Villberg in Ulla Perko. 2006. Developing empowering health counseling measurement: Preliminary results. *Patient Education and Counseling* 64 (1-3): 159–166.
- Kharrazi, Hadi, Anthony Faiola in Joseph Defazio. 2009. Healthcare Game Design: Behavioral Modeling of Serious Gaming Design for Children with Chronic Diseases. V *Human-Computer Interaction. Interacting in Various Application Domains*, ur. Julie A. Jacko, 335–349. New York: Springer.
- Koelen, Maria A. in Bengt Lindström. 2005. Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition* 59 Suppl 1: S10–S16.
- Kummervold, Per E., Deede Gammon, Svein Bergvik, Jan-Are K. Johnsen, Toralf Hasvold, Jan H. Rosenvinge. 2002. Social support in a wired world: use of online mental health forums in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry* 56 (1): 59–65.
- Kuokkanen, Liisa in Helena Leino-Kilpi. 2000. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31 (1): 235–241.

- Kwankam, Yunkap S. 2013. Using information and communication technology in health systems. *Junior Doctor Journal*, 4. avgust. Dostopno prek: <http://www.juniordoctorjournal.com/people-information-communication-technology-ict-leverage-abundant-resource-health-system/> (6. november 2014).
- Lemire, Marc. 2010. What can be expected of information and communication technologies in terms of patient empowerment in health? *Journal of Health Organization and Management* 24 (2): 167–181.
- Light, Donald. 2001. Managed competition, governmentality, and institutional response in the United Kingdom. *Social Science & Medicine* 52 (8): 1167–1181.
- Loukanova, Svetla N. in John F.P. Bridges. 2008. Empowerment in medicine: An analysis of publication trends 1980-2005. *Central European Journal of Medicine* 3 (1): 105–110.
- Makoul, Gregory, Edward Krupat in Chih-Hung Chang. 2007. Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education and Counseling* 67 (3): 333–342.
- Maloney-Krichmar, Diane in Jenny Preece. 2005. A Multilevel Analysis of Sociability, Usability, and Community Dynamics in an Online Health Community. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction* 12 (2): 201–232.
- McAllister, Marion, Graham Dunn, Katherine Payne, Linda Davies in Chris Todd. 2012. Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Services Research* 12: 157.
- McMullan, Miriam. 2006. Patients using Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship. *Patient Education and Counseling* 63 (1-2): 24–28.
- Meijer, Wouter J. in Peter L. Ragetlie. 2007. Empowering Patients With ICT Tools: The Unfulfilled Promise. V *Medical and Care Compunetics* 4, ur. Lodewijk Bos in Bernd Blobel, 199–218. Amsterdam: IOS Press.
- Milovanovič, Metka. 2007. Vključevanje bolnika v zdravljenje z zdravili. V *Vključevanje bolnika v zdravljenje: učno gradivo 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Mateja Bulc, Helena Turk in Janko Kersnik, 110–113. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
- Mo, Phoenix K.H. in Neil S. Coulson. 2010. Empowering processes in online support groups among people living with HIV/AIDS: A comparative analysis of lurkers and posters. *Computers in Human Behavior* 26 (5): 1183–1193.

- 2013. Online support group use and psychological health for individuals living with HIV/AIDS. *Patient Education and Counseling* 93 (3): 426–432.
- Mok, Esther, Ida Martinson in Thomas K. S. Wong. 2004. Individual Empowerment among Chinese Cancer Patients in Hong Kong. *Western Journal of Nursing Research* 26 (1): 59–75.
- Neal, Lisa, Kate Oakley, Gitte Lindgaard, David Kaufman, Jan M. Leimeister in Ted Selker. 2007. Online health communities. V *CHI '07 Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems*, ur. Mary Beth Rosson in David Gilmore, 2129–2132. New York: Association for Computing Machinery.
- Nwosu, Chika R. in Benita M. Cox. 2000. The impact of the Internet on the doctor-patient relationship. *Health Informatics Journal* 6 (3): 156–161.
- Oh, Hyun Jung in Byoungkwan Lee. 2012. The Effect of Computer-Mediated Social Support in Online Communities on Patient Empowerment and Doctor–Patient Communication. *Health Communication* 27 (1): 30–41.
- Ong, Lucille M. L., Johanna C. J. M. De Haes, Alaysia M. Hoos in Frits B. Lammes. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine* 40 (7): 903–918.
- Ouschan, Robyn, Jillian Sweeney in Lester Johnson. 2006. Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing* 40 (9-10): 1068–1086.
- Peña, José Luis Monteagudo in Oscar Moreno Gil. 2007. e-Health for patient empowerment in Europe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pesjak, Katja. 2007. Komunicacija bolnika in zdravnika. V *Vključevanje bolnikov v zdravljenje: učno gradivo 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Mateja Bulc, Helena Turk in Janko Kersnik, 38–44. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
- Petrič, Gregor in Andraž Petrovčič. 2008. Strukturni in upravljavski dejavniki družbene kohezije, zaupanja in participacije v spletnih skupnostih. *Družboslovne razprave* 24 (58): 45–67.
- Petrovčič, Andraž in Gregor Petrič. 2014. Factors of collective psychological empowerment of active users in the online health community Med.Over.Net. *Slovenian Journal of Public Health* 53 (2): 133–143.
- Powell, John. 2009. Integrating healthcare with ICT. V *Integrating Healthcare with Information and Communications Technology*, ur. Wendy Currie in David Finnegan, 85–94. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd.

- Raba interneta v Sloveniji. 2009. *Skoraj tretjina Slovencev (16-74 let) upravlja internet za pridobivanje informacij o zdravju*. Dostopno prek: http://www.ris.org/db/22/10461/Statistike__/Skoraj_tretjina_Slovencev_%2816-74_let%29_upravlja_internet_za_pridobivanje_informacij_o_zdravju/?&cat=698&p1=276&p2=285&p3=1318&p4=1365&id=1365 (13. avgust 2014).
- Rains, Stephen A. 2007. Perceptions of Traditional Information Sources and Use of the World Wide Web to Seek Health Information: Findings From the Health Information National Trends Survey. *Journal of Health Communication* 12 (7): 667–680.
- Rappaport, Julian. 1987. Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology* 15 (2): 121–148.
- Rees, Charlotte E., Peter A. Bath in Michael Lloyd-Williams. 1998. The information concerns of spouses of women with breast cancer: patients' and spouses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 28 (6): 1249–1258.
- Reeves, Patricia M. 2000. Coping in cyberspace: the impact of Internet use on the ability of HIV-positive individuals to deal with their illness. *Journal of Health Communication* 5: 47–59.
- Rheingold, Howard. 2000. *The Virtual Community: Homesteading on the Electronic Frontier*. London: MIT Press.
- Rissel, Christopher. 1994. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International* 9 (1): 39–47.
- Robersts, Kathleen J. 1999. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations* 2 (2): 82–92.
- Rogelj, Ajda in Gregor Petrič. 2013. *Psihosocialna vloga spletne podporne skupine Nebojse.si*. Dostopno prek: <http://www.nebojse.si/portal/Dokumenti/Psihosocialna-vloga-neboj-se.si.pdf> (11. november 2014).
- Rosenthal, James A. 2011. *Statistics and Data Interpretation for Social Work*. New York: Springer Publishing Company.
- Roter, Debra L. in Judith L. Hall. 1992. *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Westport: Auburn House.
- 1997. Patient-provider communication theory. V *Health behavior and health education: Theory, research and practice*, ur. Karen Glanz, Frances M. Lewis in Barbara K. Rimer, 206–226. San Francisco: Jossey Bass Publishers.

- Russ, Hayley, Shmuel M. Givon, Martine Granek Catarivas in John Yaphe. 2011. The Effect of the Internet on the Patient-Doctor Relationship from the Patient's Perspective: A Survey from Primary Care. *Israel Medical Association Journal* 13 (4): 220–224.
- Scharer, Kathleen. 2005. Internet social support for parents: The state of science. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 18 (1): 26–35.
- Schirmer, Julie M., Larry Mauksch, Forrest Lang, Kim M. Marvel, Kathy Zoppi, Ronald M. Epstein, Doug Brock in Michael Pryzbylski. 2005. Assessing Communication Competence: A Review of Current Tools. *Family Medicine* 37 (3): 184–192.
- Schutt, Russell K. in Sally E. Rogers. 2009. Empowerment and Peer Support: Structure and Process of Self-Help in a Consumer-Run Center for Individuals with Mental Illness. *Journal of Community Psychology* 37 (6): 697–710.
- Selič, Polona. 2007. Občutek kontrole nad lastnim življenjem in vedenje, povezano z zdravjem. V *Vključevanje bolnika v zdravljenje: učno gradivo 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Mateja Bulc, Helena Turk in Janko Kersnik, 10–26. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
- Sfetcu, Nicolae. 2014. *Health & Drugs: Disease, Prescription & Medication*. Raleigh: Lulu.
- Shalom, Nira. 2007. The health information specialist: A new role for channeling web information to promote patient empowerment. *Journal of Information, Communication and Ethics in Society* 5 (2): 167–184.
- Sharf, Barbara F. 1997. Communicating breast cancer on-line: support and empowerment on the Internet. *Women Health* 26 (1): 65–84.
- Shaw, Joanne. 2009. Reformation for our times. *British Medical Journal* 338 (7696): 719.
- Skela Savič, Brigita. 2003. Informing a Cancer Patient as an Element of Comprehensive Quality Management. *Slovenian Nursing Review* 37 (2): 107–115.
- Soenens, Ela. 2009. Identity Management Systems and Healthcare: The Issue of Patient Identifiers. V *The Future of Identity in the Information Society*, ur. Vashek Matyáš, Simone Fischer-Hübner, Daniel Cvrcek in Petr Švenda, 56–66. Boston: Springer.
- Staples, Lee H. 1990. Powerful ideas about empowerment. *Administration in Social Work* 14 (2): 29–42.
- Stein, Jane. 1997. *Empowerment and Women's Health: Theory, Methods and Practice*. London, New Jersey: Zed Books.
- Strack, Kristen M. in Stefan E. Schulenberg. 2009. Understanding Empowerment, Meaning, and Perceived Coercion in Individuals With Serious Mental Illness. *Journal of Clinical Psychology* 65 (10): 1137–1148.

- Strandberg, Nina. 2001. *Conceptualising Empowerment as a Transformative Strategy for Poverty Eradication and the Implications for Measuring Progress*. Dostopno prek: <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/empower/documents/Strandberg-EP6.pdf> (11. november 2014).
- Street, Richard L. 2003. Mediated consumer–provider communication in cancer care: the empowering potential of new technologies. *Patient Education and Counseling* 50 (1): 99–104.
- Swift, Carolyn in Gloria Levin. 1987. Empowerment: an emerging mental health technology. *Journal of Primary Prevention* 8: 71–94.
- Thorne, Sally E., Kerstin Ternulf Nyhlin in Barbara L. Paterson. 2000. Attitudes toward patient expertise in chronic illness. *International Journal of Nursing Studies* 37 (4): 303–311.
- Tommasetti, Aurelio, Orlando Troisi in Silvia Cosimat. 2014. Patient Empowerment and Health online Community: two ways to give the new viability doctor-patient relationship. *Comunitania: International Journal of Social Work and Social Sciences* 8: 9–23.
- Topac, Vasile in Vasile Stoicu-Tivadar. 2011. Patient Empowerment by Increasing Information Accessibility In a Telecare System. V *Information Accessibility In a Telecare System*, ur. Anne Moen, Stig Kjær Andersen, Jos Aarts in Petter Hurlen, 681–685. Amsterdam: IOS Press Ebooks.
- Tourangeau, Roger in Ting Yan. 2007. Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin* 133 (5): 859–883.
- Travar, Jelena. 2009. *E-pacient: Vloga interneta v procesu informiranja o zdravju*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Ule, Mirjana. 2003. *Spregledana razmerja: O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
- 2005. Teoretični in praktični vidiki komuniciranja med bolnikom, farmacevtom in ostalimi zdravstvenimi delavci. *Farmaceutski vestnik* 56: 176–178.
- 2013. Zaupanje in empatija kot ključna socialna dejavnika v okolju bolnikov. V *Približajmo zdravstveno okolje pacientu*, ur. Andreja Kvas, 9–18. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- Ünver, Özgün in Walter Atzori. 2013. *D3.2 v1.0 Questionnaire for Patient Empowerment Assessment*. Dostopno prek: <http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sustainsproject.eu%2Fsust>

- ainsproject%2Fattachment%2Fd32v10questionnaireforpatientempowermentassessment.pdf&ei=YVjrU-KgGqHiywPT6gl&usg=AFQjCNEPJTUqVkdCUZS20Bg2XELJ9Ld2OQ&bvm=bv.72938740,d.bGQ (13. avgust 2014).
- Van Der Eijk, Martin, Marjan J. Faber, Johanna W. M. Aarts, Jan A. M. Kremer, Marten Munneke in Bastian R. Bloem. 2013. Using Online Health Communities to Deliver Patient-Centered Care to People With Chronic Conditions. *Journal of Medical Internet Research* 15(6): e115.
- Van Uden-Kraan, Cornelia F., Constance H. C. Drossaert, Erick Taal, Erwin R. Seydel in Mart A. F. J. van de Laar. 2009. Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient Education and Counseling* 74 (1): 61–69.
- Van Uden-Kraan, Cornelia F., Constance H. C. Drossaert, Erick Taal, Bret R. Shaw, Erwin R. Seydel in Mart A. F. J. van de Laar. 2008. Self-reported differences in empowerment between lurkers and posters in online patient support groups. *Journal of Medical Internet Research* 10 (2): e18.
- 2008. Empowering processes and outcomes of participation in online support groups for patients with breast cancer, arthritis, or fibromyalgia. *Qualitative Health Research* 18 (3): 405–417.
- Vehovar, Vasja, Tina Činkole, Andraž Petrovčič in Saša Mašič. 2010. *Raba interneta v Sloveniji – Spletne skupnosti 2010 (# 93)*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Wachira, Juddy, Susan Middlestadt, Michael Reece, Chao-Ying Joanne Peng in Paula Braitstein. 2013. *Psychometric Assessment of a Physician-Patient Communication Behaviors Scale: The Perspective of Adult HIV Patients in Kenya*. Dostopno prek: <http://www.hindawi.com/journals/art/2013/706191/> (14. avgust 2014).
- Wald, Hedy S., Catherine E. Dube in David C. Anthony. 2007. Untangling the Web – The Impact of Internet use on health care and physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 68 (3): 219–224.
- Wellman, Barry. 1997. An electronic group is virtually asocial network. V *Cultures of the Internet*, ur. Sara Kiesler, 179–205. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Wentzer, Helle S. in Ann Bygholm. 2013. Narratives of empowerment and compliance: Studies of communication in online patient support groups. *International Journal of Medical Informatics* 82 (12): e386–e394.
- Werner, David in David Sanders. 1997. *Questioning the solution - The politics of primary health care and child survival with an in-depth critique of oral rehydration therapy*. Palo Alto: Health Wrights.

- White, Charlene. 2009. *Empowering Patient Communication*. Dostopno prek: <http://www.ortho2.com/Resources/Consultants/White/White-EmpoweringPatientCommunication.pdf> (12. avgust 2014).
- Yonah, Zaipuna O. in Baanda Salim. 2007. ICT as Tool for Poverty Reducing: The Tanzanian Experience. V *Information and Communication Technologies for Economic and Regional Developments*, ur. Hakikur Rahman, 305–319. Hershey: Idea Group Publishing.
- Zakotnik, Branko. 1997. To tell or not to tell? Communication with cancer patients. *Annals of the New York Academy of Sciences* 809 (20): 500-507.
- Zdešar, Polona. 2010. *Uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije v gospodinjstvih in pri posameznikih, Slovenija, 2010 - končni podatki*. Dostopno prek: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3462 (1. marec 2013).
- 2012. *Uporaba informacijsko - komunikacijske tehnologije v gospodinjstvih in pri posameznikih, Slovenija, 2012 - končni podatki*. Dostopno prek: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5037 (1. marec 2013).
- Zimmerman, Marc A. 1995. Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology* 23 (5): 581–599.

PRILOGA A: Pregled koeficientov linearne regresijske analize.

Procesi ↓ / Rezultati →	Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom	Simetrična komunikacija z osebnim zdravnikom	Iskrena komunikacija z osebnim zdravnikom	Positivni odnos	Občutek nadzora	Zaščitno vedenje	Vključenost v zdravljenje z zdravili	Iskanje drugega mnenja
Iskanje oz. prejemanje socialne opore	∅	∅	∅	∅	/	∅	∅	∅
Nudnje pomoči drugim	∅	∅	∅	∅	∅	∅	∅	∅
Iskanje pozitivnega smisla	+0,309***	∅	∅	+0,249***	+0,173***	+0,165***	∅	∅
Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki	∅	+0,147**	∅	∅	∅	∅	∅	∅
Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki	∅	∅	+0,107*	∅	+0,108*	∅	∅	∅
Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki	∅	-0,115*	∅	∅	+0,098*	+0,101*	∅	∅
Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki	∅	∅	∅	∅	∅	∅	∅	∅
Simetrična komunikacija z MON zdravniki	+0,313***	∅	-0,171**	∅	+0,157**	∅	-0,139*	∅
Iskrena komunikacija z MON zdravniki	-0,348***	∅	+0,211***	∅	∅	∅	+0,121*	∅

Legenda: Stopnja značilnosti 0,01 (***), stopnja značilnosti 0,05 (**), marginalna statistična značilnost 0,1 (*), ni statistične značilnosti (∅).

PRILOGA B: Korelacijska matrika.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
Prejemanje socialne opore	1																
Nudnje pomoči drugim	,797**	1															
Iskanje pozitivnega smisla	,402**	,324**	1														
Izmenjava ustreznih informacij s strokovnjaki	,127**	,121**	,237**	1													
Izmenjava kakovostnih informacij s strokovnjaki	-,028	-,041	,086*	,226**	1												
Izmenjava ustreznih informacij z drugimi uporabniki	,193**	,183**	,361**	,313**	,042	1											
Izmenjava kakovostnih informacij z drugimi uporabniki	-,019	,024	,153**	,051	,367**	,023	1										
Simetrična komunikacija z MON zdravniki	,208**	,241**	,308**	,495**	,283**	,209**	,188**	1									
Iskretna komunikacija z MON zdravniki	,130**	,113*	,105*	,367**	,350**	,165**	,106*	,443**	1								
Opolnomočenost odnosa med bolnikom in zdravnikom	,173**	,189**	,348**	,176**	,091*	,186**	,052	,255**	-,064	1							
Simetrična komunikacija z osebnim zdravnikom	,072	,123**	,147**	,177**	,038	,064	,041	,124**	,075	-,077*	1						
Iskretna komunikacija z osebnim zdravnikom	-,074	-,050	-,062	,011	,110**	,023	,082*	-,013	,184**	-,258**	,628**	1					
Pozitivni odnos	,107**	,112**	,259**	,228**	,144**	,134**	,065	,241**	,162**	,147**	,098**	,074*	1				
Občutek nadzora	,126**	,119**	,297**	,210**	,173**	,196**	,118**	,317**	,254**	,258**	,079*	,032	,341**	1			
Zaščitno vedenje	,121**	,126**	,253**	,132**	,077	,161**	,124**	,169**	,061	,214**	,118**	,048	,182**	,484**	1		
Vključenost v zdravljenje z zdravili	-,022	-,019	-,073	-,087*	-,083*	-,076	-,089*	-,145**	,005	-,045	,083*	,097**	-,201**	-,063	,060	1	
Iskanje drugega mnenja	,061	,020	,050	-,012	-,044	-,031	,007	,027	-,037	,065	,034	-,011	-,142**	,185**	,301**	,282**	1

Legenda: Korelacija je značilna pri stopnji 0,01 (***) oziroma pri stopnji 0,05 (**).