

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

2011

ZAKLJUČNA PROJEKTNA NALOGA

TINA KAPLER

ZAKLJUČNA PROJEKTNA NALOGA

TINA KAPLER

KOPER, 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

Zaključna projektna naloga

KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVU

Tina Kapler

Koper, 2011

Mentor: viš. pred. mag. Suzana Sedmak

POVZETEK

V zaključni projektni nalogi je predstavljena pomembnost učinkovitega komuniciranja med pacienti in zdravstvenimi delavci. Naloga je razdeljena v dva dela. Prvi je teoretični in obsega obravnavo pomena komunikacije v zdravstvu, ovire pri komuniciranju ter odpravljanje le-teh, pa tudi vpliv multikulturalnosti na proces zdravljenja. Drugi del je empirični, v njem so predstavljeni tudi rezultati raziskave. Raziskava je razdeljena na dva dela; prvi del je osredotočen na slovenske državljane in priseljence, drugi del pa na tujce (sezonske delavce in študente). Raziskava kaže, da se najštevilčnejše pritožbe pacientov nanašajo na pomanjkljivo komunikacijo in slabe odnose z zdravnikom ter ostalim zdravstvenim osebjem, na pomanjkanje časa za posvet in dolge čakalne dobe.

Ključne besede: komunikacija, zaposleni v zdravstvu, pacient, kultura, jezik.

SUMMARY

My final project work presents the importance of effective communication between patients and health care workers and is divided into two parts. The first part is theoretical and discusses the importance of communication in health care, the obstacles in communication and how to conquer those and also the impact of multiculturalism on the process of treatment. The second part is empirical and presents the results of my research. The research is divided into two parts; the first part is focused on Slovene citizens and immigrants and the second part on foreigners (seasonal workers and students). The research shows that the most common complaints of the patients relate to the lack of communication and bad relationship with the doctors and other medical personell and to the lack of time for consultation and long waiting times.

Key words: communication, healthcare workers, patient, culture, language.

UDK: 316.77:614.2(043.2)

VSEBINA

1	Uvod.....	1
1.1	Namen in cilji zaključne projektne naloge.....	2
1.2	Metode za doseganje ciljev zaključne projektne naloge.....	3
1.3	Predpostavke in omejitve pri obravnavanju problema.....	3
2	Pomen komuniciranja v zdravstvu.....	4
2.1	Potek komuniciranja v zdravstvu.....	6
2.2	Ovire pri komuniciranju v zdravstvu.....	8
2.2.1	Ovire pri pacientu samem.....	10
2.2.2	Ovire pri zdravstvenem osebju.....	12
2.2.3	Ovire pri interakciji med obema stranema.....	12
2.3	Odnosi v zdravstvu.....	14
2.4	Modeli komuniciranja.....	16
3	Medkulturno komuniciranje v zdravstvu.....	18
3.1	Govor in jezik kot oviri pri zdravljenju.....	20
3.2	Kultura kot ovira pri zdravljenju.....	26
3.2.1	Religija.....	27
3.2.2	Duhovnost.....	27
3.2.3	Rasa.....	27
3.2.4	Kultura.....	28
3.2.5	Etničnost oziroma nacionalnost.....	30
4	Premagovanje komunikacijskih težav in ovir z učinkovito komunikacijo.....	31
5	Empirični del.....	33
5.1	Namen in cilji raziskave.....	33
5.2	Metodologija.....	33
5.3	Vzorec.....	34
5.4	Analiza rezultatov.....	35
5.4.1	Demografski podatki udeležencev v raziskavi.....	35
5.4.2	Slovenski državljani in priseljenci.....	36
5.4.3	Tujci (sezonski delavci in študentje).....	47
6	Sklep.....	51
	Literatura in viri.....	53
	Priloga.....	57

SLIKE

Slika 1: Odnos med komunikacijo in zdravjem	5
Slika 2: Sestavine komunikacijskega sistema	7
Slika 3: Piramidalna shema komunikacije v zdravstvu	7
Slika 4: Pritožbe na strokovnost zdravnikovega dela ali njegov odnos	8
Slika 5: Pritožbe pri postopkih zdravstvene nege	8
Slika 6: Yerks-Dodsonov zakon o odnosu med vzburjanjem in kognitivnim učinkom.....	11
Slika 7: Odnos zdravstvenega osebja pri komuniciranju	37
Slika 8: Čas za pogovor z zdravstvenim administratorjem in zdravnikom	38
Slika 9: Strah pred izražanjem nestrinjanja	39
Slika 10: Pričakovanja pacientov od zdravstvenega administratorja	39
Slika 11: Izpolnitev pričakovanj.....	40
Slika 12: Prekinitev pogovora z zdravstvenim administratorjem	40
Slika 13: Nudenje informacij	42
Slika 14: Dobra informiranost o izvidih preiskav, prejete od zdravnika.....	42
Slika 15: Razumevanje informacij	43
Slika 16: Ogled/odvzem zdravstveno-vzgojnega gradiva	43
Slika 17: Način pridobivanja podatkov o bolezni	44
Slika 18: Oblika posredovanja informacij.....	44
Slika 19: Spremembe v zdravstvenem sistemu	46
Slika 20: Razumevanje zdravstvenega osebja.....	48
Slika 21: Pomoč zdravnika pri razlagi	50

PREGLEDNICE

Preglednica 1: Vpliv čustev na psihoterapevtski učinek	5
Preglednica 2: Prebivalstvo po skupinah in spolu, Slovenija, 1. oktober 2010	21
Preglednica 3: Prebivalstvo Slovenije po maternem jeziku, popis 2002	22
Preglednica 4: Demografski podatki - slovenski državljani in priseljenci (N = 60)	35
Preglednica 5: Demografski podatki - tujci (N = 40).....	36
Preglednica 6: Lastnosti, ki jih pogrešajo pri zdravstvenih delavcih	45
Preglednica 7: Moti me, če zdravi tujejezični zdravnik	46
Preglednica 8: Priskrba tolmača	49
Preglednica 9: Vtis, da se zdravstveno osebje izogiba/ne posveča	49
Preglednica 10: Motnje in spremembe v prostorih zdravstvenih ustanov.....	50

KRAJŠAVE

MS	medicinska sestra
RS	Republika Slovenija
SFRJ	Socialistična federativna republika Jugoslavija
SSKJ	Slovar slovenskega knjižnega jezika
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
ZA	zdravstveni administrator
ZD	zdravstveni delavec

1 UVOD

Velikokrat odideš od zdravnika slabe volje, ker imaš v mislih, pozabila sem vprašati to in to. Pozabiš pa zato, ker vidiš, da zdravnik hiti in ti že ponuja kartoteko. Opazila sem tudi razliko v vedenju istega zdravnika v redni ambulanti (dopoldan) in v samoplačniški ambulanti (popoldan). Popoldan ni dajal vtisa, da se mu mudi, bil je pripravljen na pogovor ... (Pacientka, 26 let)

Komuniciranje v zdravstvu je izrednega pomena, saj zdravnik s tem pridobi pomembne informacije o pacientu oz. njegovem življenjskem slogu (zgodovini bolezenskega stanja, načinu življenja, prehranskih navadah, delovnih navadah ...). Komuniciranje je ključno tudi zato, da pacient sprejme navodila in nasvete od zdravnika. Ti nasveti pa bodo učinkoviti samo v primeru, če bo zdravnik spoznal pacientov življenjski slog in če bo pacient spoštoval zdravnika. S komuniciranjem naj bi se vzpostavilo razmerje med zdravnikom in pacientom, bistvo katerega je zaupanje oz. na vzpodbudnem partnerskem odnosu med pacienti in zdravstvenim osebjem (Ule 2005, 353).

Ustvariti dobre odnose s pacienti ni lahko početje, saj v navalu le-teh in zaradi časovne stiske včasih ni mogoče zagotoviti niti najosnovnejših okoliščin za dober ter odkrit pogovor s pacienti (Ule 2005, 354). To ni lahko, saj so pacienti različni; lahko so zahtevni, nezahtevni; pripravljeni sodelovati ali pa niso pripravljeni sodelovati. Določeno oviro med pacienti in zdravniki predstavljajo jezik in narodnost ter pripadnost verski skupnosti. Zdravnik in duhovnik sta bila v zgodnjih časih zahodne kulturne zgodovine ena in ista oseba, zato sta vera in zdravstvo zgodovinsko povezani. Ravno zaradi tega je v današnjih časih pomembno zavedanje zdravstvenega osebja, da se pacienti, v primeru težke bolezni (telesne ali duševne), še bolje oprimejo svoje vere. Ni znano, ali zdravstveno osebje upošteva veroizpoved pri svojem delu; svoje ali pacientovo (Govc Eržen b. l., v Kersnik 2004, 128).

Motnje in nesporazumi lahko nastanejo v kateri koli fazi komuniciranja, pri poslušanju pacienta, odločanju ali v fazi svetovanja. Najbolj pogosta ovira v odnosu med zdravnikom in pacientom je pomanjkanje časa, posledica tega pa je, da pritisk časa zdravnikom preprečuje, da bi se osredotočili v navidez nepomembne dejavnike, ki so bistveni za identificiranje bolezni oz. pacientovih težav. Pacient pa zaradi pritiska časa ne izrazi svojih bojazni in vprašanj, ki se nanašajo na njegovo stanje. Druga pogosta ovira so jezikovne ovire, ki pa tako za paciente, zdravnike in zdravstveno osebje dostikrat predstavljajo veliko pregrado, saj se ne razumejo oz. rabijo za komuniciranje tolmača (Ule 2003, 2005).

Tudi tujim (neslovenskim) zdravnikom, ki so se zaposlili pri nas oziroma, ki delajo pri nas, ni lahko, saj na njih slovenski pacienti gledajo drugače, jih ne razumejo in podobno, zato jih pogosto želijo zamenjati za zdravnike slovenske narodnosti. To še posebej velja za družinske zdravnike, kjer zakon točno določa, da mora zdravnik govoriti slovenski jezik, na dvojezičnem mešanem območju pa mora znati tudi drugi jezik (italijanski ali madžarski). V

današnjem času ni več samo po sebi umevno, da zdravnik prihaja iz enakega kulturnega okolja in govori isti jezik kot pacient (Govc Eržen b. l., v Kersnik 2004, 126).

Administrativno osebje v ambulanti s pacienti stopa v stik na različne načine in v različnih situacijah. Vedno pa se soočita dve osebnosti in vsaka ima svoja pričakovanja. Izrednega pomena je prvi stik in odnos med pacientom ter zdravstvenim delavcem, ki se gradi na nadaljnji obravnavi. V tem odnosu ni nikoli več druge priložnosti za popravo prvega vtisa. V zdravstvu velja, da se pacienti zelo redko pritožujejo nad zdravljenjem. Veliko pripomb pa imajo nad komunikacijo z zdravstvenim osebjem, dolgo čakalno dobo in prekratkim časom za pogovor. Prav zaradi tega bo v nalogi predstavljena pomembnost pravilne komunikacije v zdravstvu.

1.1 Namen in cilji zaključne projektne naloge

Namen zaključne projektne naloge je raziskati pomembnost komuniciranja, kulture in jezika v procesu zdravljenja ter oceniti in opredeliti zadovoljstvo pacientov z načinom komuniciranja in odnosom, ki ga ima do njih zdravstveno osebje.

Cilj, zastavljen v teoretičnem delu, je predstaviti:

- komunikacijo s pacienti, ker se le-ta razlikuje od poslovne in ostale komunikacije;
- specifične probleme, s katerimi se soočata pacient in zdravstveno osebje na področju komunikacije;
- vpliv kulture in jezika na potek zdravljenja;
- napake pri komuniciranju in odpravljanje komunikacijskih nesporazumov z učinkovitim komuniciranjem.

Zadani cilj v empiričnem delu pa je odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali so pacienti zadovoljni s komunikacijo in z odnosom v zdravstvenih ustanovah?
- Ali pacienti dobijo dovolj informacij od zdravstvenega osebja?
- Kaj pacienti pogrešajo v slovenskem zdravstvu?
- Ali paciente moti, če jih zdravi tujejezični zdravnik?
- S kakšnimi težavami se soočajo tujci, ko zbolijo?

1.2 Metode za doseganje ciljev zaključne projektne naloge

Za doseganje zastavljenih ciljev je bila proučena domača in tuja literatura ter uporabljeni metoda opazovanja in intervjuvanja pacientov (pogovori). Pri metodi opazovanja je bila uporabljena metoda opazovanja z udeležbo, in sicer v vlogi popolnega opazovalca. Razgovor je bil združen z metodo opazovanja, pri čemer je uporabljen polstrukturiran vprašalnik. Pacientom so bila zastavljena vprašanja, pri odgovorih na le-te pa so bili opazovani, s ciljem pridobiti njihove odzive (reakcije). Vsi odgovori in opazke so bili zabeleženi. Cilj uporabe navedenih raziskovalnih orodij je bil v tem, da bi bili podatki lažje pridobljeni, saj je znano, da se pacienti v neposrednem pogovoru lažje in bolj sproščeno ter odkrito pogovarjajo o tem, kaj jih moti, ali pa so zadovoljni s posameznimi stvarmi. Pri odgovorih na vprašanja so se včasih tudi dopolnjevali. Na takšen način so bili pridobljeni tudi podatki od posameznikov, ki niso bili pripravljeni odgovarjati na vprašanja, pri odklonitvi odgovorov pa so bili tudi ti opazovani. Pri razlagi nekaterih pojmov je uporabljeno splošno znanje, pa tudi izkušnje.

1.3 Predpostavke in omejitve pri obravnavanju problema

Pri obravnavanju problema so zajete naslednje predpostavke:

- da se pri celotnem poteku zdravljenja premalo pozornosti namenja verbalnemu in neverbalnemu komuniciranju;
- da med pacienti in zdravstvenim osebjem, po oceni pacientov, prevladuje partnerski odnos;
- da bodo pričakovanja pacientov glede odnosa do zdravstvene administratorke, ki so jih imeli pred prihodom v ambulanto, v večji meri izpolnjena;
- da je potrebna boljša organiziranost časa pri pregledih.

Omejitve:

- ovire pri verbalnem in neverbalnem komuniciranju, predvsem v primeru, ko so intervjuvanci pripadniki druge kulture;
- zaradi nereprezentativnosti vzorca rezultatov ni mogoče posploševati;
- omejitev na »aktivne« paciente v zdravstvu v Sloveniji, pri čemer termin aktivni pacient pomeni uporabnika, ki je vsaj enkrat obiskal zdravnika v kateri koli zdravstveni ustanovi;
- omejitev na paciente, ki so slovenski državljani in na tujce, ki prihajajo iz držav nekdanje skupne države SFRJ.

2 POMEN KOMUNICIRANJA V ZDRAVSTVU

»Komunikacija med zaposlenimi v zdravstvu in pacientom je več kot zgolj prenos sporočila od oddajnika do sprejemnika, je srečanje enega človeka z drugim.« (Rungapadiachy 2003)

Pacienti so zelo dobri opazovalci in ocenjevalci dela zdravstvenega osebja, saj imajo veliko časa. Strokovnosti osebja sicer v večini primerov ne znajo oceniti, opazijo pa razpoloženje, mimiko in držo telesa, začutijo neizrečeno, opazijo odnos do človeka ter dela. So kot »rentgenski aparat«, ki presvetli dejanja zdravstvenega osebja. Zato je pomembno, da je njihovo delo pristno, neigrano in dobronamerno. Pacienti si v prvi vrsti želijo zdravnika, ki bi jim prisluhnil in se z njimi pogovoril. Poleg ustrezno izobraženega medicinskega osebja in sodobne tehnologije je prav komunikacija temeljni pogoj za zaupljiv odnos med zdravstvenim osebjem in pacienti (Prebil, Mohar in Fink 2010).

Komunikacija je potrebna tako za anamnezo, diagnozo in terapijo, pojasnitve pacientu ter za pridobivanje privoljenj za določene posege (Prebil, Mohar in Fink 2010).

»Bistvena značilnost komuniciranja ni govorjenje, ampak poslušanje drugih, zaznavanje njihovih potreb in razpoloženj.« (Adler 1994)

Posebnosti komuniciranja v zdravstvu izhajajo predvsem iz etičnih načel, to je iz spoštovanja osebnosti pacienta, njegovih pravic in dolžnosti, njegove kulture, starosti, bolezni ter stopnje prizadetosti. Komuniciranje s pacienti zahteva veliko izkušenj in znanja; prav tako je treba pri delu z njimi ohraniti humanost, skrb za drugega, zaupanje in sočutje (Prebil 2009). Poudarek je na podpornem in terapevtskem komuniciranju.

Uletova (2005) navaja:

Pri *podporni komunikaciji* gre za obliko verbalnega in neverbalnega komuniciranja, ki ima namen pomagati tistim, za katere se zaznava, da potrebujejo podporo in pomoč. Podporno komuniciranje izraža in vsebuje visoka etična načela, kot so skrb za drugega, odgovornost, zaupanje, empatija in sočutje.

Latković (2002) navaja:

Terapevtska komunikacija je na pacienta usmerjen proces, katerega cilj je zadovoljevanje njegovih potreb po zdravstveni negi in drugih zdravstvenih storitvah. V tem se ta komunikacija razlikuje od vsakdanje, ki zadovoljuje potrebe obeh udeležencev.

Večina pacientov želi k pacientu usmerjene obravnave, kar pomeni ne le profesionalnega komuniciranja, temveč tudi informacije o zdravljenju ter partnerski pristop do obravnave bolezni in celotnega zdravljenja (Little idr. 2001).

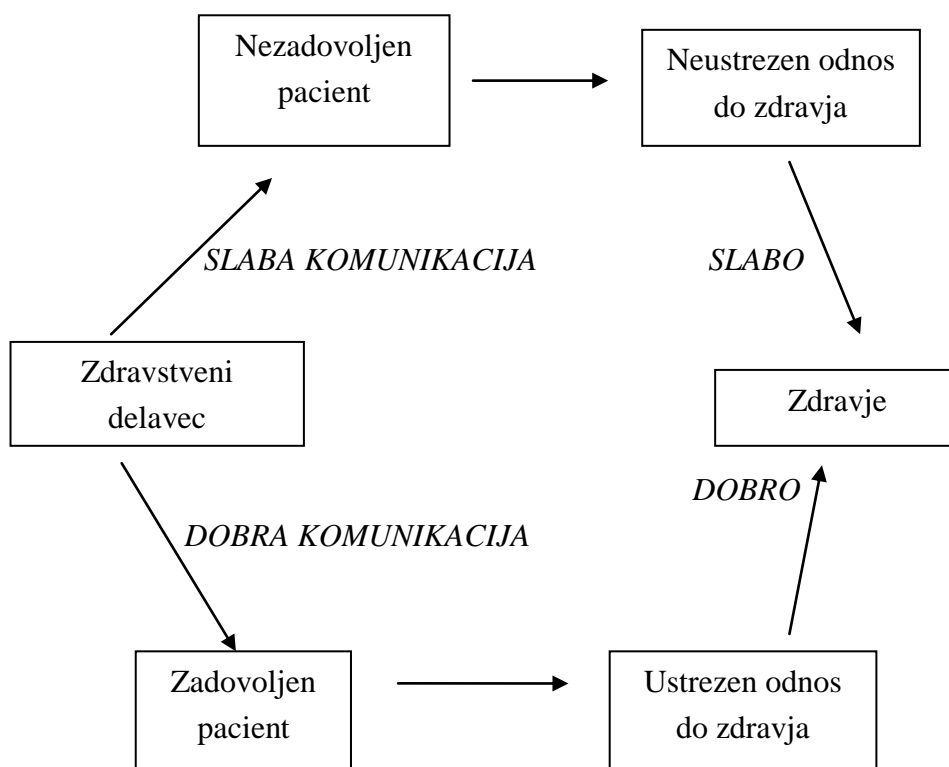
Multimedijski zdravstveni portal (2011) navaja, da so:

[...] z vidika pacientov pomembna najmanj tri področja, ki se nahajajo v modelu k pacientu usmerjene obravnave: komuniciranje/informiranje, odnos in promocija zdravja. Cilj takšnega pristopa je spoštovati pacientovo subjektivno izkušnjo, razumeti njegove želje, upanje, strahove, pričakovanja, misli in prepričanja - torej spoznati pacienta kot osebo, kot človeka.

Komunikacija s pacientom ima psihoterapevtski učinek. Poznamo čustva, ki so navedena v preglednici 1, objavljeni v nadaljevanju (Klančič 2009).

Preglednica 1: Vpliv čustev na psihoterapevtski učinek

<i>Ugodna čustva</i>	<i>Neugodna čustva</i>
<ul style="list-style-type: none"> - večja odpornost organizma, - počasnejše napredovanje bolezni, - hitrejše postoperativno okrevanje, - upoštevanje nasvetov doma. 	<ul style="list-style-type: none"> - manjša odpornost organizma, - hitrejše napredovanje bolezni, - počasnejše postoperativno okrevanje, - neupoštevanje nasvetov doma.



Slika 1: Odnos med komunikacijo in zdravjem

Vir: Klančič 2009.

Odnosi med pacienti in zdravstvenim delavcem (v nadaljevanju ZD) se odražajo s pomočjo komunikacije, še zlasti nebesedne. Pacienti tenkočutno spremljajo nebesedna sporočila ZD,

jih skrbno analizirajo in si jih tudi po svoje razlagajo. Pacienti včasih sploh ne razumejo, kaj jim ZD pripovedujejo. S tem sta prekinjena stika in možnost sodelovanja (Rakovec Felser 2009).

Ustrezna komunikacija pa ni pomembna samo z vidika pacienta, ampak ima pomemben vpliv tudi na zadovoljstvo pri delu in nastajanje sindroma izgorelosti pri zdravstvenih delavcih. Pomanjkljiva oz. neučinkovita komunikacija namreč poveča možnost psihičnih problemov pri članih zdravstvenega tima. Z ustrezno komunikacijo dobijo tako več za zdravljenje ključnih informacij od pacienta, hitrejše postavljanje diagnoze, lažje ugotavljanje pacientovega počutja, lažje svetovanje glede problemov, s katerimi se pacient srečuje ... (Rakovec Felser 2009).

Nesporazumi imajo lahko nevarne in drage posledice, kot so napačne diagnoze, neustrezno zdravljenje, posledične zdravstvene težave in odvečne napotitve. Pogosta posledica je tudi tekanje od zdravnika do zdravnika. Najhujša posledica pomanjkljive komunikacije pa je veliko število pacientov, ki ne upoštevajo nasvetov in navodil, ki mu jih posreduje zdravstveno osebje (npr. glede jemanja zdravil, dietne prehrane, prihajanja na kontrolo ...); to lahko privede tudi do nepotrebne smrti pacienta (Klančič 2009; Ribera idr. 2008).

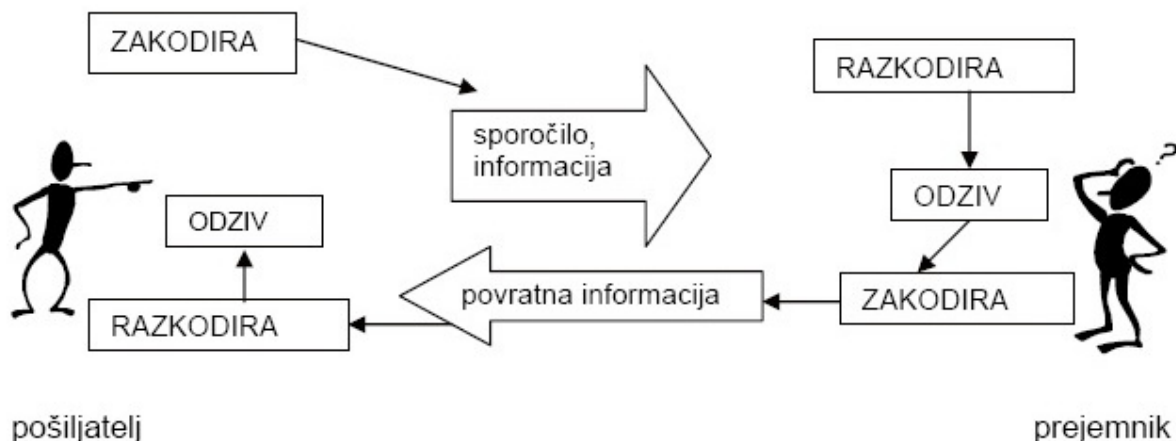
2.1 Potek komuniciranja v zdravstvu

Komunikacija med pacientom in ZD ni enakopravna. Pacient namreč postanemo šele, ko poiščemo zdravstveno pomoč. Ustvariti dobre odnose s pacienti ter jih primerno informirati ni lahko početje, saj v navalu pacientov na zdravstvene ustanove in zaradi časovne stiske včasih ni mogoče zagotoviti niti najosnovnejših okoliščin za dober in odkrit pogovor s pacienti, zato je ZD ključna oseba, ki med pogovorom s pacientom (Latković 2002):

- vzpostavi in vodi komuniciranje;
- odkrije razlog obiska;
- ugotovi stanje pacienta;
- zaključi pogovor.

Komunikacijski model

Komunikacijski model pokaže, kdo komu kaj sporoča, po kateri poti in s kakšnim učinkom. Poglavitna udeleženca v komunikaciji sta oddajnik (pošiljatelj) in naslovnik (prejemnik), komunikacijski orodji pa sta sporočilo in kanal. Štiri komunikacijske funkcije so: zakodiranje, razkodiranje, odziv in povratna informacija. Komunikacijski kanal je pot, po kateri potuje sporočilo od pošiljatelja k prejemniku. Lahko so to neposredni stiki med pošiljateljem in prejemnikom, pisma ali razni tehnični posredniki, zlasti telekomunikacijske zveze (Možina 1998, 43).



Slika 2: Sestavine komunikacijskega sistema

Vir: Možina 1998, 43.

Možina (1998, 44) navaja:

Oddajnik je vir informacij in pobudnik komunikacijskega procesa, ki mora vedeti, katerega sprejemnika želi doseči in kakšne odzive pričakuje od njega. Izbere vrsto sporočil in najprimernejši kanal, nato pa sporočilo kodira. Sprejemnik je oseba, ki ji je sporočilo namenjeno in razkodira oddajnikovo sporočilo. Gre za prevajanje kodiranih sporočil v obliko, ki je razumljiva sprejemniku. Sporočilo je skupek verbalnih in neverbalnih simbolov in vsebuje informacije, ki jih želi pošiljatelj prenesti prejemniku. Komunikacijski kanal je pot, po kateri potuje sporočilo od pošiljatelja k prejemniku. To so lahko različni neposredni stiki ali pa tehnični pripomočki, predvsem telekomunikacijske zveze.

V zdravstvu je značilna piramidalna komunikacija, ki je značilna za odnose v uniformiranih ustanovah. Gre za hierarhijo, po kateri potujejo tudi pritožbene poti.



Slika 3: Piramidalna shema komunikacije v zdravstvu

Pritožbene poti v zdravstvenih ustanovah

Na podlagi izkušenj je ugotovljeno, da pacienti vedno bolj poznajo in tudi zahtevajo svoje pravice, da vedno pogosteje posegajo po pravnih sredstvih, grozijo s tožbo ali sredstvi javnega obveščanja. Pravilni potek pritožbenih poti v zdravstvenih ustanovah, temelječ na izkušnjah, je prikazan na slikah 4 in 5.



Slika 4: Pritožbe na strokovnost zdravnikovega dela ali njegov odnos

Če pacient ni zadovoljen z delom in odnosom zdravnika, se mora najprej pritožiti predstojniku oddelka, ki nato vloži pritožbo na vodstvo bolnišnice.



Slika 5: Pritožbe pri postopkih zdravstvene nege

Če pacient ni zadovoljen z nego oz. s katerim od zdravstvenih delavcev, se mora najprej pritožiti glavni medicinski sestri oddelka, ki nato vloži pritožbo na Svet za zdravstveno nego.

2.2 Ovire pri komuniciranju v zdravstvu

Za številne vsakdanje nesporazume je kriva slaba komunikacija. To pa zato, ker je v človeški naravi miselnost, da znamo komunicirati, če znamo govoriti in da znamo poslušati, če sedimo pri miru in gledamo sogovornika v oči ter zraven pritrjujemo. Pri tem je vsak dan zelo pogosto slišati ali pa pride tudi do izgovorjave nekaterih stavkov, kot so:

- To sem že stokrat razložil/a.
- To ni tisto, kar sem mislil/a, da stori.
- To sva se pa čisto narobe razumela.

Največji problem komuniciranja predstavlja drugačnost ljudi. Vsak človek, na osnovi lastnih predstav, dojema in si razlaga pojave iz svojega okolja na svoj način ter se temu primerno tudi odziva (Lahe in Kaučič 2004). Vzrok za motnje v komunikaciji lahko predstavljata tudi nepopolno razumevanje in slabo posredovana sporočila, kar je zaradi: pomanjkanja jasnosti in

natančnosti pri izgovorjavi besed; slabo izbranih besed; žargona; nespretno oblikovanih stavkov; prehitrega ali prepočasnega govora (Marriner-Tomey 2000).

»Zavedati se je treba, da ni idealnega načina komuniciranja.« (Adler in Rodman 2006)

Razlogi za motnje v komuniciranju so vselej dvostranski, tudi v primeru odnosa zdravnik s pacientom ali medicinska sestra (v nadaljevanju MS) s pacientom.

Razlogi za motnje na strani pacienta lahko povzročijo njegova stanja anksioznosti¹ in strahu, prevelika zahtevnost in samovoljnost ter odkrita agresivnost. Na zdravnikovi strani je takšne moteče dejavnike mogoče najti v primerih, ko zdravnik pacienta sploh ni pripravljen poslušati, ko ga obravnava povsem mehanično, brezosebno oz., ko v svojih razlagah uporablja medicinske izraze (žargon), ki jih pacient ne more razumeti, zaradi česar je pacient še bolj prestrašen in negativen. Prav tako ni prav, da se zdravnik v pogovoru s pacientom spusti na nivo pootročene govorice. Takšen odnos je pacientu znamenje, da ga zdravnik ne jemlje kot sebi enakega (Rakovec Felser 2009).

Rakovec Felser (2009) v svojem delu navaja, da se v praksi pojavlja asimetrična komunikacija, za katero je značilno, da:

- so vsakodnevni pogovori s pacienti zelo kratki;
- zdravnik sprašuje, pacient odgovarja;
- pacienti mnogih zdravnikovih navodil ne razumejo;
- pacienti želijo več jasnih razlag.

Znano je tudi, da v stiku zdravnik - pacient okrog 80 odstotkov vseh vprašanj postavlja zdravnik. To so običajna vprašanja zaprtega tipa, na katera ni mogoče odgovoriti drugače kot z da ali ne (Rakovec Felser 2009).

Po raziskavah Mirjane Ule (2003) bi glavne ovire za uspešno komuniciranje s pacienti v zdravstvu v grobem razdelili na:

- ovire pri pacientu samem,
- ovire pri osebju in
- ovire pri interakciji med obema stranema.

¹ Anksioznost pomeni stanje živčne napetosti (simptomi: tesnoba, trema, napetost, živčnost, strah in zaskrbljenost).

2.2.1 *Ovire pri pacientu samem*

Pri pacientu se soočamo z naslednjimi ovirami:

- stresna situacija in vznurjenost,
- spomin pacienta,
- močna interferenca informacij.

Stresna situacija in vznurjenost

Pacienti se običajno nahajajo v stresni situaciji, kar pomeni, da se slabše počutijo, so manj zadovoljni, so pod pritiskom, zmedeni, dezorientirani, obrambno nastrojeni; pogosto so neustrezno ali delno informirani in v tem stanju težje razumno razmišljajo ter se razumno odločajo. Osebnostno se zelo razlikujejo, med njimi so tudi samosvoje, agresivne in gospodovalne osebe, ki si ne dajo veliko dopovedati. Zato je v komuniciranju s pacienti treba pokazati še dodatno mero razumevanja, strpnosti, potrpežljivosti, predvsem pa vztrajnosti. Poleg zdravstvenih problemov je treba odpravljati še ovire in težave, ki jih prinaša stresno doživljanje lastnega položaja (Ule 2003).

Uletova (2003) v svojem delu izpostavlja tri različne oblike pacientov,² in sicer najbolj zaželeni so *pasivni oz. odvisni* pacienti, ki vidijo sebe kot žrtve bolezni lastnega vpliva. So vodljivi in ne ugovarjajo, ne iščejo informacij o bolezni in vse odločitve prepuščajo zdravnikom. *Zainteresirani pacienti* poslušajo nasvete zdravnikov in se ravnaajo po njih, razen, kadar to preveč ogroža njihov življenjski slog. *Aktivni oz. sodobni* pacienti prevzemajo odgovornost za svoje zdravje (želijo biti aktivni v procesu zdravljenja). V odnosu do zdravnikov so zahtevni in pogosto iščejo dodatno strokovno mnenje.

Če želi zdravstveno osebje katero koli informacijo, mora biti nanjo pozorno. Na pozornost pacienta vpliva tudi vznurjenost, in sicer (Payne in Walker 2002):

- zelo nizka stopnja vznurjenja se pri pacientih kaže na odsotnost pozornosti oz. na nezanimanje, torej bosta v tem primeru vkodiranje in priklic verjetno zelo revna;
- v primeru, da se visoka stopnja vznurjenosti povezuje z visoko stopnjo anksioznosti ali celo paniko, pacient ne bo mogel biti dovolj pozoren. Njegov spomin bo slab ali pa si bo zapomnil samo določene informacije, ki se mu zdijo pomembne;
- najboljša kognitivna učinkovitost se kaže pri pacientu, kateremu se izloča adrenalin v velikih količinah, je rahlo anksiozen in buden, njegova pozornost pa je osredotočena na nalogo, ki je pred njim in ne na vsebino povedanega.

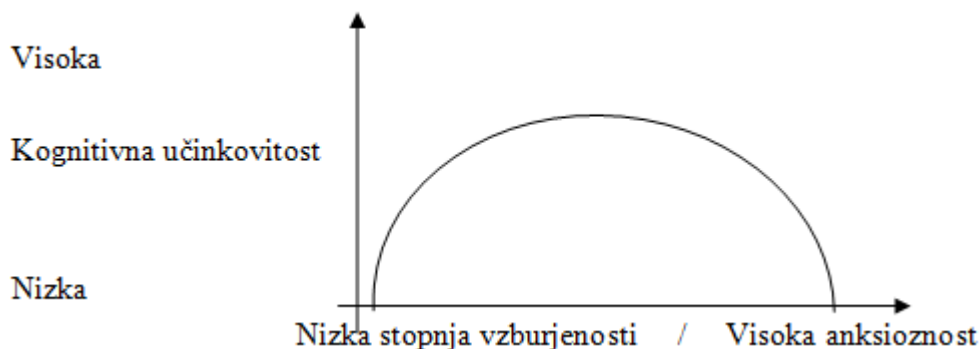
² Raziskavo je opravila ameriška organizacija York Health Group, Vip.

Za to, da so ZD v komunikaciji lahko uspešni, morajo v prvih dveh primerih posameznika najprej pomiriti, mu vzbuditi pozornost, ga poslušati in mu nakazati pomembnost problema (Ule 2003).

Spomin pacienta

Payne in Walker (1996, 95) navajata:

Spomin zajema sprejemanje, predelavo in vkodiranje, spravljanje ter priklic informacije. Na vsaki od teh stopenj se lahko pojavijo problemi. Večina problemov, kar zajema pozabljanje, nastane med sprejemanjem in vkodiranjem ali pa med priklicem.



Slika 6: Yerks-Dodsonov zakon o odnosu med vzburjanjem in kognitivnim učinkom

Vir: Payne in Walker 1996, 95.

Če zdravstveno osebje pretirava s svojim žargonom, s tem spodkoplje odnos do pacienta. Ker pacient ne razume besed, se čuti v podrejenem položaju, navdan je s pretiranim strahom in občutkom nemoči, kar mu povzroča težave s sprejemanjem ter pomnjenjem informacij, včasih pa tudi napačno tolmačenje lastne bolezni in terapije (Gadžijev 2000).

Primer komunikacije z žargonom (Gadžijev 2000):

- Zdravstveni delavec: «Ste bili kdaj inkontinentni?»
- Pacient: «Ne, vedno sem živel na obali.»
- (Biti inkontinenten pomeni, da ne moreš zadrževati vode.)

Močna interferenca informacij

Payne in Walker (1996) ugotavljata, da ko ljudje dobijo serijo več zaporednih informacij, si najverjetneje najbolj zapomnijo tisto, ki je podana na začetku in tisto, ki je bila posredovana nazadnje. Zato naj bi ZD skušali najpomembnejšo informacijo podati na začetku in jo na koncu ponoviti ter s tem omogočili, da si pacient bolje zapomni sporočilo. Seveda pa je najboljši način, da si želene in pomembne stvari pacient zapiše oz. je zaželeno, da dobijo pacienti, kadar je to le mogoče, informacije tudi v pisni obliki.

Zaradi premočne interference podatkov, ko en niz podatkov zmoti in premesti niz predhodnih spominov, se lahko zgodi, da pacient, ki dobi različna mnenja od laikov in zdravstvenega osebja, na koncu pozabi, kaj je kdo rekel in zato postane močno zmeden. Temu se da izogniti tako, da se omeji podajanje odvečnih informacij (Ule 2003).

2.2.2 Ovire pri zdravstvenem osebju

Zdravstveno osebje je lahko prezaposleno, avtoritarno in zaprto, navajeno gledati na paciente »zviška« ali pa preveč rutinsko in brezosebno. Paciente včasih obravnavajo neiskreno, jim prikrijejo določene informacije, jih puščajo v nevednosti in negotovosti. Dostikrat je premalo stika s pacienti, tako, da jih osebje ne pozna dovolj. Ta stik je včasih omejen na strokovne posege, komunikacija s pacienti pa je izrazito enosmerna. Dejstvo je, da takšen odnos velikokrat pričakuje tudi sam pacient in se mu nekako podredi že vnaprej ter ga na ta način celo izsiljuje (Gadžijev 2000).

Payne in Walker (1996) v rezultatih svojih raziskav izpostavljata žgoč problem, v katerem navajata, da zdravstveno osebje pod vplivom lastnih kulturnih pričakovanj in izkušenj večkrat napačno presoja potrebe ali motive drugih ljudi. Napačno presojanje potreb izhaja iz domneve zdravstvenega osebja, da imajo vsi dostop do istega znanja ali informacije kot oni oz. si ne znajo predstavljati, kako se pacient počuti. Preprosta pot do razumevanja občutij posameznega pacienta je v tem, da se ZD ne osredotoči zgolj na medicinska dejstva, ampak upošteva tudi pacientova čustva, kako pacient sam razume svoje stanje, njegova pričakovanja in skrbi. Tovrstna komunikacija vzame seveda veliko več časa, po drugi strani pa nesporazumi v komunikaciji lahko povzročijo dolgotrajnejše zdravljenje, zato je to lahko tudi dražje.

Pomembna stvar pri vzpostavljanju dobrega odnosa med pacienti in zdravstvenim osebjem, ugotavlja Ule Mirjana (2003) je, da zdravstveno osebje vzpodbuja paciente, jih sprašuje, ne pozablja odgovarjati na njihova vprašanja, pacientom pa tudi svetuje, da popišejo svoje počutje in težave, preden pridejo naslednjič na pregled. Pacient ne sme oditi od zdravnika z občutkom, da bi ga rad še kaj vprašal.

2.2.3 Ovire pri interakciji med obema stranema

Motnje in nesporazumi v komunikaciji lahko nastanejo v katerikoli fazi komuniciranja; v poslušanju pacienta, pri kategorizaciji in interpretaciji sporočil, v odločanju in fazi svetovanja (Ule 2005).

Tipične motnje v tem procesu so:

- *pomanjkanje časa*: ZD so pod nenehnim pritiskom, da v čim krajšem času izvedo in podajo čim več pravih informacij. Čas³ je tudi dejavnik, ki pacientu prepreči, da bi postavljajl vprašanja o svoji bolezni, da bi izrazil svoje strahove, dvome ipd. Zaveda se namreč, da je čas pogovora z zdravnikom omejen in da je čakalnica polna. »Vi ste vedno tako zaposleni, gospod doktor.« »Vem, da imate bolj pomembno delo kot je poslušati moje majhne skrbi.« To sta zgolj dve značilni izjavi, s katerima se pacienti odzivajo na pritisk časa (Ule 2003; Ule 2005);
- *mnenja oz. stališča zdravnikov*: mnogo zdravnikov še vedno meni, da je slabo za paciente, če preveč vedo o svoji bolezni in njenem zdravljenju (Wanzer, Booth Butterfield in Gruber 2004);
- *razvrščanje pacientov oz. stereotipi o dobrih in težavnih pacientih*: v zdravstvenih organizacijah je pogosto slišati izraze, kot so: ta je v redu pacient, ta je težak, ta je neznošen ipd. Takšno razvrščanje je krivično do pacienta. Mnogo ljudi se v zdravstvenih ustanovah vede drugače kot doma, saj jih prevevajo občutki negotovosti, strahu, nemoči, jeze in nezaupanja. ZD bi se morali zavedati, da prihod v zdravstveno ustanovo, npr. v bolnišnico, za pacienta pomeni nekaj povsem novega, tujega in neprijetnega. Počuti se ogroženega, s seboj prinese tudi veliko nerešenih problemov in stisk (npr. mati, ki nima urejenega varstva za otroke; delavec, ki meni, da je nenadomestljiv v službi ipd.). Z nekaterimi pacienti je težje delati, ker imajo več problemov. Naloga zdravstvenega osebja je, da se potruji in ugotovi, kakšne probleme ima pacient (Rakovec Felser 2009);
- *zdravniški žargon*: ta lahko pacienta zavede v napačno tolmačenje bolezni in terapije. Nepotrebna uporaba medicinskega žargona je pogosto sredstvo, s katerimi zdravniki utrjujejo trdo komplementarnost v odnosu, svojo avtoriteto in socialno moč nad pacienti. Tako ustvarjajo svoj položaj in ime (imidž). Res je, da pacienti potrebujejo zdravniško avtoriteto in da je spoštovanje zdravnika sestavni del uspešnega odnosa med zdravnikom ter pacientom, vendar pa pretiravanje z žargonom lahko spodkoplje odnos. Paciente takšen odnos navda s pretiranim strahom in občutki nemoči, to pa povzroči težave pri sprejemanju ter pomnjenju informacij (Prebil 2009).

Kadar so pričakovanja med pacienti in zdravstvenim osebjem različna, običajno pacienti prilagodijo svoja pričakovanja zdravstvenemu osebju. To najprej storijo tisti pacienti, ki poskušajo vzbuditi osebno pozornost (Ule 2003).

³ »Čas je pomemben dejavnik pri delu zdravnika. Vpliva na organizacijo, količino in kakovost dela, na diagnostične in terapevtske postopke, vpliva na odnos med zdravnikom in pacientom ter na odnose s preostalim zdravniškim osebjem. Ljudje ocenjujejo kakovost zdravnikovega dela tudi po času, ki ga izgubijo v čakalnicah. Niti strokovnost niti prizadevnost ZD ne moreta popraviti slabega vtisa, ki ga naredi dolgotrajno čakanje. Naročanje pacientov na pregled zmanjša nepotrebno izgubo časa v čakalnici in dopušča boljšo izrabo zdravnikov.« (Kersnik in Vipotnik Zupanc 2001).

Nejevoljo in nesporazume v medsebojnem sporazumevanju pacienta z zdravstvenim osebjem lahko povzročijo tudi različne omejitve, s katerimi se pacient ali njegovi svojci prej ali slej soočijo v zdravstvenih ustanovah. Te lahko izvirajo že iz same organiziranosti in ureditve zdravstvene ustanove. Slabo voljo pacientov in drugih obiskovalcev lahko izzovejo tako že nejasne usmeritvene informacije pri vходу v zdravstveno ustanovo ter njene posamezne oddelke. Večinoma sledijo še množice čakajočih in nepredvidljivost čakanja nasploh, npr. pred ambulantami, laboratoriji, na odpustnice, recepte ... (Rakovec Felser 2009, 349).

2.3 Odnosi v zdravstvu

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

Zdravnik je v odnosu s pacientom profesionalno odgovoren, ne samo za bolezen, ampak tudi za odnose, saj ima na svoji strani znanje, izkušnje, prestiž in zdravstveno organizacijo (Ule 2005).

Družboslovna stroka pravi, da zdravnik in pacient nista naravno združljiva fenomena, temveč občasno povezani vlogi, ki ju v procesu zdravljenja tvorita ter oplemenitita prek človeške interakcije in izkušnje. Oba imata namreč različno razumevanje problema in različno rešitev zanj. Različni videnji imata nato neposredni vpliv na potek komuniciranja, na kakovost njunega odnosa in na končni izid zdravljenja. Glavni nosilec in oblikovalec kakovostnega odnosa ter komunikacije v odnosu zdravilca in zdravljenega je torej zdravnik (Baur 2000, 242).

Pacient in zdravnik komunicirata, kar pomeni, da oba pošiljata ter sprejemata informacije, s katerimi nato vzpostavljata in gradita medsebojni odnos. Če je komuniciranje uspešno, vzpostavita uspešen terapevtski odnos, ki vodi v uspešno zdravljenje (Latković 2002).

Zdravljenje se prične, ko zdravnik zbere dovolj informacij oz. podatkov o pacientu in njegovih zdravstvenih težavah. Podatki so omejeni le na ime in priimek, rojstne podatke, kraj bivanja ter zaposlitev; kar pa še ne predstavlja pacientove osebnosti.

S komuniciranjem se pričneta pacient in zdravnik spoznavati ter graditi na medsebojnem zaupanju. Skozi verbalno in neverbalno komunikacijo zdravnik pridobi pomembne podatke za diagnosticiranje bolezni (opazi težave, ki mučijo pacienta, spozna njegovo telesno počutje in stanje duha, opazi bolečino ter opredeli simptome bolezni) (Waitzkin 1984).

»Pacient pa mora znati razložiti svoje težave, kar pa lahko povsem odkrito in sproščeno stori le, ko zdravniku zaupa.« (Ule 2003)

Kriza v zaupanju nastane zaradi napačne organizacije zdravstva, kemikalizacije zdravstva in depersonifikacije pacienta. Zdravniki nimajo več časa za poglobljen pogovor s pacientom; še preden pacient opiše svoje težave, ga zdravnik pošlje na razne preiskave (npr. rentgen, laboratorij, CT, MRI ...), pri vsem tem kroženju od specialista do specialista pa se izgubi osebnost pacienta (Turk 1997, 29).

Židanik (2000) navaja, da se odnos med pacientom in zdravnikom gradi postopno, in sicer s pomočjo treh stopenj:

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

»Temelj dobrega odnosa je v tem, da sta pacient in zdravnik enakopravna.«⁴ (Rakovec Felser 2009).

»Bistvo dobre komunikacije je v poslušanju. Na tej točki se vse začne ali konča.« (Evans 2003).

Vsak zdravnik mora o pacientovem stanju izvedeti čim več, za to pa mora znati dobro poslušati. Hkrati s poslušanjem se izboljšuje tudi odnos med zdravnikom in pacientom, saj s tem zdravnik pacientu daje vedeti, da ga zanima. Šele, ko človeka poslušamo, da bi ga razumeli, ga lahko v resnici dobro razumemo. To je osnovni zakon teorije o komunikaciji (Payne in Walker 2002).

V procesu zdravljenja, v zdravstvenem sistemu, je poleg zdravnikov še veliko število drugega zdravstvenega osebja. To je ravno tako podvrženo nenehnim časovnim pritiskom, normam in omejitvam. Vendar pa jih imajo tako zdravniki kot pacienti pogostokrat za manj pomembne in manj vredne (Lorber 1997).

⁴ »Odnos med zdravnikom in pacientom je tipično komplementaren (ni enakopraven). Temelji na legitimni in strokovni premoči zdravnika nad pacientom ter odvisnosti pacienta od zdravnika in zdravstvene ustanove, ki stoji za zdravnikom. Komplementarno komuniciranje je komuniciranje med dominantno in podrejeno osebo« (Ule 2003, 181–182).

Odnos med MS in pacienti je kompleksnejši kot odnos med zdravnikom ter pacienti, čeprav je tudi potencial moči zdravstvenega osebja v odnosu do pacientov precejšen (Lupton 1994). Čeprav prihaja do slabosti in nezadovoljstva tudi v komuniciranju med MS in pacienti, kar je za pacientovo počutje vsekakor pomembno, pa je vendarle tako pri MS kot pri pacientih ali svojcih prisotna zavest, da je tu še zdravnik, kateremu se pacient ali svojci zaradi morebitnih nesporazumov lahko pritožijo. In tega se zdravstveno osebje dobro zaveda (Gadžijev 2001).

Zmotno je mišljenje, da je komuniciranje samo delo zdravnikov in medicinskih sester. S pacienti veliko časa preživi tudi zdravstveno osebje, od njihovega dela pa je odvisnih tudi veliko drugih stvari. Zdravstveni administrator, na primer, mora z aktivnim poslušanjem in empatičnimi sposobnostmi znati prisluhniti pacientu. To je v bistvu razvijanje nege pacienta, ki temelji na medsebojnem odnosu, pri čemer je pomembno spoznanje, da je odnos med zdravstvenim administratorjem in pacientom že sam po sebi zelo pomemben dejavnik.

Boben Bardutzky (2001, 127) meni:

Včasih pomislim, da je vzpostavljanje dobrega odnosa med zdravnikom in pacientom kot priključitev nekega stroja na električno omrežje. Lahko imamo dober, brezhiben sodoben stroj, a brez elektrike ne bo deloval. Tako se bo zdravnik s pravim odnosom povezal s pacientom in terapija bo stekla. Včasih bo temu sledilo zdravljenje, včasih postopek, poseg, včasih pa se bo preko tega odnosa pacient naučil bolje vzpostavljati pomembne odnose v svojem življenju.

2.4 Modeli komuniciranja

ZD črpa svojo moč iz svoje avtoritete, te pa je več vrst (Latković 2002):

- avtoriteta zaradi izobrazbe, strokovnega znanja in izkušenj;
- avtoriteta zaradi sposobnosti opravljanja določenih del;
- avtoriteta zaradi svojega položaja na družbeni lestvici;
- avtoriteta zaradi spoštovanja, ki mu ga izkazujejo drugi (npr. pacienti);
- avtoriteta kot moč in sposobnost zaradi svoje vloge in posebnih znanj.

Za ZD je zelo pomembno, katero od avtoritet bo izpostavil v komuniciranju s pacientom in s tem tudi ustvaril model komuniciranja. Po drugi strani se tudi pacient med komuniciranjem odziva na več možnih načinov, v skladu s svojo osebnostjo, pričakovanji in izkušnjami. To je lahko (Latković 2002):

- *obrtiški odziv*, ko se pričakuje, da bo ZD odstranil problem, kot npr. avtomehanik;
- *predpisani odziv*, ko pacient pričakuje, da bo zdravnik samo predpisal zdravljenje, ki bo rešitev vseh njegovih problemov;
- *partnerski odziv*, ko pacient želi sodelovati in vedeti, kaj se dogaja z njim.

Sodobna literatura podaja veliko poimenovanj in definicij modelov komuniciranja. Tako Uletova (2005, 355–357) v svojem delu izpostavlja tri modele odnosov: *paternalističen*

model, po katerem je zdravnik v tem odnosu aktiven, pacient pa pasiven; *pogodbeni model*, po katerem ima zdravnik malo stika s pacientom in sta v pogodbenem odnosu - zdravnik odloča o zdravstvenih storitvah, ki si jih pacient želi; zdravnik nosi le strokovno odgovornost; *partnerski model*, po katerem sta pacient in zdravnik enakopravna v procesu zdravljenja (aktiven odnos med pacientom in zdravnikom, ki je odvisen od njune motiviranosti). Avtorica še izpostavlja, da se odnos med pacientom in zdravnikom sčasoma spremeni in prehaja iz enega modela odnosov v drug model. Zdravniki pogostokrat kombinirajo paternalistični in pogodbeni model, ker ne zahteva toliko pozornosti kot partnerski model. Latkovičeva (2002) pa izpostavlja tri modele: *pasivni model*, po katerem zdravnik odreja, pacient pa ni aktiven pri zdravljenju (pacient kot nebogljjen otrok); *model vodenja*, po katerem zdravnik vodi, pacient pa ubogljivo sledi (pacient kot otrok); *model partnerstva*, zdravnik in pacient skupaj soodločata (pacient kot partner). Nadalje Emanuel in Emanuel (1992, 2221–2227) v svojem delu izpostavljata štiri modele: *informativni model (informative)*, kjer zdravnik kot strokovnjak pacientu posreduje čim več informacij o načinu zdravljenja, pacient pa se nato sam odloča o načinu zdravljenja; *razlagalni model (interpretive)*, kjer pacient ne razume vsega in se težko odloča o metodah zdravljenja, zato mu zdravnik kot svetovalec razlaga, svetuje ter pomaga pri odločitvah; *posvetovalni model (deliberative)*, kjer se zdravnik postavi v vlogo »prijatelja« ali učitelja in pacienta poučuje o ustreznih prednostih določene odločitve. Pacient je odprt za predloge in sodeluje; *paternalistični model (paternalistic)*, kjer zdravnik sprejme odločitve o načinu zdravljenja v dobro pacienta in ne upošteva želja pacienta.

Uletova (2005), Latkovičeva (2002) ter Emanuel in Emanuel (1992) so mnenja, da so najprimernejši modeli odnosov med pacientom ter zdravnikom naslednji: partnerski model, model partnerstva in posvetovalni model, saj se ti osredotočajo izključno na potrebe pacienta, ki aktivno sodeluje pri sprejemanju odločitev oz. v procesu zdravljenja.

Emanuel in Emanuel (1992, 2226) navajata v svojem delu naslednje:

Paternalistični odnos do zdravljenja in hladni, brezosebni zdravnik kot njegov nosilec predstavljata eno največjih težav oz. motenj, nad katerimi se pritožujejo pacienti. Formalni odnos zdravnikov do pacientov (predvsem dejstvo, da dobivajo pacienti preskopa in nejasna navodila za spopadanje s svojo boleznijo) pa ima lahko tudi precej resne in nemalokrat tragične posledice - poslabšanje zdravstvenega stanja pacientov. Pomembno je tudi dejstvo, da ima večina bolezni današnjega časa izvor v psihičnih stiskah ljudi. Te bi bile lahko odpravljene že s poglobljenim pogovorom med zdravnikom in pacientom. Nenehne kritike pacientov na račun zdravnikovega pragmatičnega odnosa na eni strani so po drugi strani paciente prisilile k prevzemanju aktivne vloge pri odločitvi o načinu zdravljenja ter k bolj avtonomnemu odnosu.

Evans (2003) povzema po Clarku (2002) naslednje:

Medicinska stroka opozarja na dejstvo, da se, ko stroka upošteva avtonomijo pacienta, velikokrat izkaže, da mnogo pacientov odločitev o načinu zdravljenja želi prepustiti zdravniku, da so pacienti pogostokrat precej zbegani glede odločitve o načinu zdravljenja in da se o svojih težavah ter zdravljenju v resnici želijo pogovarjati s svojci, odločitev pa vendarle prepustiti zdravniku.

Potreba po odločitvi o načinu zdravljenja se manjša z večanjem teže bolezni. Tako je mogoče sklepati, da imajo pacienti pravzaprav večjo željo po informiranosti in komuniciranju kot pa po avtonomnem sprejemanju odločitev o načinu zdravljenja (Grant, Cissna in Rosenfeld 2000).

3 MEDKULTURNO KOMUNICIRANJE V ZDRAVSTVU

V 21. stoletju je vsem omogočeno, da potujejo. Eni potujejo iz čistega užitka (popotniki), drugi zaradi poslovnih obveznosti, tretji pa so zaradi vojne v domovini prisiljeni zapustiti svoj dom. Tujci predstavljajo zdravstvenim uslužbencem velik problem, saj lahko prihajajo iz revnejših, nerazvitih držav in ne znajo jezika, ne poznajo kulture (in obratno), s seboj prinašajo različne osebne travme (npr. begunci) in podobno. Zato je treba za to, da je zdravljenje uspešno, vložiti veliko več časa v pogovor oz. posvet s pacienti, da izvemo vse njihove težave, skrbi ...⁵ in tako lažje diagnosticiramo bolezensko stanje (Belec b. l., v Kersnik 2004, 113).

Zdravstveno osebje mora biti posebej razumevajoče do pacientov iz drugih kultur, saj so tu, zaradi različnih pogledov na bolezni, nesporazumi in nerazumevanje še toliko lažji kot sicer. Večkrat pa so ti obiski pri zdravniku prav nasprotno krajši, zaradi tega, ker želje pacientov niso ugotovljene oz. so informacije, ki jih prejme pacient, zaradi oteženega sporazumevanja pomanjkljive (Ribera idr. 2008).

Za učinkovitost medkulturnega posveta je pogosto potreben dvakrat daljši čas kot za običajne posvete; vsaj na začetku, dokler ne pride do soglasja o osnovnih načelih in ciljih. To ima lahko pomembne posledice za zdravstveno oskrbo in bi se moralo upoštevati pri organizaciji ambulant, ki delujejo v večkulturnem okolju. Sporazumevanje se lahko izboljša z uporabo raznih pripomočkov, kot so npr. slike, diagrami ali modeli. Znamenje dobre prakse je, če pacienti lahko dobijo pisno gradivo v materinem jeziku. ZD morajo biti pri tem pozorni tudi na pacientovo raven pismenosti. Primer ustreznega posrednega vprašanja se glasi: «Ali imate težave pri prebiranju napisov na steklenički z zdravili? (Car in Rifel b. l., v Kersnik 2004).

Zadnja leta močno narašča sovraštvo med posameznimi narodi po vsem svetu, s tem pa se nenehno povečuje tudi število beguncev, izgnancev in prosilcev političnega azila (v nadaljevanju tujcev)⁶ v razvitem svetu. Tudi Slovenija je bila pred leti priča masovnemu valu beguncev iz republik nekdanje SFRJ, ki so v državi iskali zatočišče pred nasiljem, ki so ga

⁵ »Skrbi, ki tarejo pacienta, so lahko zelo raznolike: strah pred smrtjo, pohabitev ali omejenostjo; strah pred bolečino; nezaupanje zdravstvenemu osebju; zanikanje resničnosti zdravstvenih težav ...« (Rakovec Felser, 2009).

⁶ Izraz »tujec« predstavlja osebo, ki vstopa v novo kulturno okolje ali se znajde v njem ter nima veliko predznanja in izkušenj z drugo kulturo (SSKJ 2005).

doživljali. Danes predstavlja Slovenija tranzitno državo za ljudi na poti iz bede in sovraštva v razviti zahodni svet (Belec b. l., v Kersnik 2004, 113).

Diskriminacija,⁷ ksenofobija,⁸ nestrpnost do drugačnosti in drugačnih predstavljajo v slovenski družbi izvor številnih družbenih težav. Te povzročajo resne probleme pri medsebojnih odnosih, težave v sporazumevanju in razumevanju drugačnosti ter rasne napetosti med ljudmi (Govc Eržen b. l., v Kersnik 2004, 125).

Car in Rifel navajata (v Kersnik 2004, 40–42):

ZD se mora zavedati, da ne obstaja samo en način, po katerem obravnava določeno etično ali kulturno skupino. Različnost je lahko tako znotraj skupin kot tudi med njimi. Pacienti se lahko znotraj posamezne kulture zelo razlikujejo med seboj, odvisno od sociokulturnih, družinskih, lokalnih ali generacijskih dejavnikov. Naloga ZD je razviti niz stališč in znanj, ki jim bodo omogočila kulturno občutljiv pristop do vsakega posameznika. S pristopi dela s pacienti iz različnih kultur v smislu »kuharskih knjig« tvegamo posploševanje, »stereotipizacijo«. Pomen socialnih dejavnikov pri medkulturnih stikih je pogosto spregledan, vendar je vsaj tako pomemben, kot upoštevanje kulturnih razlik. Pri ocenjevanju pacientovega socialnega ozadja morajo biti zdravniki pozorni na to, kako se pacient »znajde« v svojem socialnem okolju in koliko ima razvito podporno mrežo, kot npr. z vprašanji: »Ali so denarne težave velike? Kako ta bolezen vpliva na vaše življenje? Kaj vas skrbi? Kaj vam povzroča stres v vašem življenju? Ali imate sorodnike ali prijatelje, ki jih lahko pokličete za pomoč? Ali živijo blizu vašega doma?

Tuje študije potrjujejo, da imajo osebe, ki ne govorijo jezik večinskega naroda, nižjo izobrazbeno stopnjo, nižji dohodek in večkrat nepopolno zdravstveno zavarovanje. Zaradi mnogih kulturno-ekonomskih dejavnikov imajo pogosto slabši dostop do zdravstvene službe in slabšo kakovost zdravstvene oskrbe. To velja tudi za otroke staršev, ki ne govorijo večinskega jezika naroda, kjer prebivajo. Epidemiološka slika obolenosti je tudi precej drugačna kot pri večinskem prebivalstvu. Ob tem naj bi v razvitih družbah imeli vsi prebivalci zagotovljeno enakopravno pravico do zdravstvene oskrbe (Ribera idr. 2008).

Petek (b. l., v Kersnik 2004, 29) pa opredeljuje pomembnost etične pripadnosti:

Poznavanje etične pripadnosti pacientov ni pomembno le zaradi premagovanja jezikovnih ovir, temveč tudi zato, ker je incidenca različnih bolezni med etičnimi skupinami različna. Le, če poznamo etične značilnosti, lahko upoštevamo različna stališča pripadnikov etničnih skupin do zdravljenja z zdravili, do izražanja simptomov in do uporabe komplementarne medicine.

⁷ Diskriminacija pomeni neenako obravnavanje posameznika oz. posameznice v primerjavi z nekom drugim zaradi narodnosti, rase, etničnega porekla, spola, zdravstvenega stanja, invalidnosti, jezika, verskega prepričanja, starosti, spolne usmerjenosti, izobrazbe, gmotnega stanja, družbenega položaja ali katerekoli druge osebnosti okoliščine (SSKJ 2005).

⁸ Ksenofobija označuje sovraštvo do tujcev in vsega, kar je tuje (SSKJ 2005).

Zagotovitev pravične oskrbe čim širšemu krogu pacientov je tako mogoča le ob nujenju enakih pogojev, ob priznavanju enakosti pacientov. S pacienti je treba govoriti v njihovem jeziku. Kadar pa ZD in pacienti ne govorijo nobenega skupnega jezika, potrebujejo prevajalca ali interpretatorja. V nasprotnem ni mogoče razumeti pacientove razlage težav in še manj pričakovati, da bo pacient lahko sledil navodilom, ki mu jih posreduje zdravnik, če jih ne bo razumel.

Kersnik (2004) v svojem delu pravi, da so kulturne razlike poleg vseh ostalih pomembnih dodatni vir možnih nesoglasij z vsemi svojimi negativnimi posledicami na odnose med zdravstvenim osebjem, zdravnikom ter pacientom in predvsem na zdravljenje. Upoštevanje kulturnih razlik je zato pomembno preventivno dejanje, ki preprečuje možne zaplete.

3.1 Govor in jezik kot oviri pri zdravljenju

»Če med nekaj zdravniki eden zdravi z zelišči, drugi z nožem, tretji z besedo, se predvsem odloči za tistega, ki zdravi z besedo.« (Hipokrat)

Govor je ena od najpomembnejših lastnosti, po katerih se človek loči od ostalih živih bitij. Je strukturiran sistem smiselnih glasov in glasovnih sekvenc, sprejema vsebine ter družbene sredine in se uporablja v interpersonalni komunikaciji. S pomočjo govora se je mogoče vrniti v preteklost in predvidevati prihodnost. Govor je komunikacija, v kateri se izmenjuje vse, kar nosi sporočilo, misli, dejstva, občutke, hotenja, zamisli in kreacije, pri čemer pa ni pomembno, ali je vse to resnično ali lažno, mogoče ali nemogoče, iskreno ali neiskreno. Govor je lahko tudi moten in s tem izzove pozornost ter moti komunikacijo.

Moč besede je velika, nekateri jo primerjajo tudi z močjo orožja. V sodobnem svetu prepletanja narodov, nacionalnosti in različnih jezikov pa prav to zdravnikovo orožje izgubi ostrino, če zadane ob jezikovne ovire (Ule 2005).

Po mnenju Petka (Kersnik 2004, 32) jezikovne ovire otežujejo sporazumevanje med zdravnikom in pacientom ter slabšajo kakovost zdravstvene oskrbe:

Težave pri sporazumevanju večkrat povzročajo tudi drugo zdravstveno osebje (npr. medicinska sestra). Če je mogoče predvideti, da zdravniki večinoma govorijo vsaj en tuj jezik, pa to ne velja za zdravstvene delavce, ki delujejo na informacijah (recepzijah). Pacienti tako že takoj ob prihodu v zdravstveno ustanovo niso razumljeni tudi, če govorijo npr. angleščino, stik prek telefona pa je onemogočen. Tako se lahko zgodi, da prek telefona s tujcem lahko komunicira le zdravnik. To pa pomeni, da je ta pri svojem delu v ambulanti moten in da podaja preproste informacije, kot je npr. delovni čas ali prisotnost določenega zdravnika na delovnem mestu.

Govc Eržen (b. l., v Kersnik 2004, 125) meni, da je znanje slovenskega jezika predpogoj za uspešno in učinkovito komuniciranje v ordinaciji vsakega zdravnika. Pacienti kakovost oskrbe pogosto povezujejo tudi s človeškim dejanjem in z vedenjskimi lastnostmi zdravnika.

Od zdravnika pričakujejo dostopnost, dosegljivost, stalnost, prijaznost, dobre odnose med zdravnikom in pacientom ter visoko stopnjo strokovnosti.

Statistični urad Republike Slovenije (v nadaljevanju SURS) redno spremlja različne podatke o stanju v Sloveniji, med drugim pripravlja tudi poročila o prebivalstvu, njegovi sestavi in nekaterih ostalih razvrstitvah. Za raziskovalni primer so pomembni podatki o maternem jeziku in tujcih v Sloveniji.

Leta 2010 je imela Slovenija 2.048.951 prebivalcev, od tega je bilo po podatkih SURS⁹ 81.956 (4 odstotki) tujcev. Po teh podatkih se je število prebivalcev v državi zmanjšalo. Povečal pa se je delež žensk med tujci, ki predstavljajo 28,5 odstotka obravnavane prebivalstvene skupine (SURS 2011).

Preglednica 2: Prebivalstvo po skupinah in spolu, Slovenija, 1. oktober 2010

<i>Prebivalstvo</i>	<i>1. 10. 2009</i>	<i>1. 10. 2010</i>
Moški	1.013.871	1.013.976
Ženske	1.032.030	1.034.975
Skupaj	2.045.901	2.048.951
<i>Državljanji Republike Slovenije, prebivalci Slovenije</i>		
Moški	953.491	955.413
Ženske	1.010.571	1.011.582
Skupaj	1.964.062	1.966.995
<i>Tujci, prebivalci Slovenije</i>		
Moški	60.380	58.563
Ženske	21.459	23.393
Skupaj	81.839	81.956

Vir: SURS 2011.

Ob popisu prebivalstva leta 2002 je slovenščino kot svoj materni jezik navedlo 87,9 odstotka prebivalcev Slovenije, medtem ko sta za narodni manjšini materinščini italijanski (0,2) oz. madžarski jezik (0,4 odstotka). Deleži prebivalstva s slovenščino, z italijanščino in madžarščino kot maternim jezikom se v Sloveniji nekoliko znižujejo ali nihajo, stalno pa

⁹ »Z uredbo o statistikah selitev in mednarodni zaščiti, ki jo je za boljšo primerljivost podatkov pripravila Evropska komisija, se je z letom 2008 spremenila definicija za statistično spremljanje prebivalstva, ki jo je Statistični urad RS uporabljal od 30. 6. 1995. Po novi metodologiji štejemo med prebivalce Slovenije »osebe s prijavljenim prebivališčem v Sloveniji, ki v Sloveniji prebivajo ali imajo namen prebivati eno leto ali več in niso začasno odsotne v tujini eno leto ali več. Državljanstvo osebe v tem primeru ni pomembno«. Več o tem je objavljeno v posebni objavi SURS z dne 30. aprila 2008 z naslovom Nova definicija prebivalstva« (SURS 2011).

naraščata deleža oseb, katerih materna jezika sta romščina (0,2) ali albanščina (0,37 odstotka). Porazdelitev maternega jezika v Sloveniji ob popisu prebivalstva iz leta 2002 je prikazana v preglednici 3. Pri tem je treba upoštevati, da se uradni podatki lahko tudi razlikujejo od dejanskega stanja (SURS 2002).

Preglednica 3: Prebivalstvo Slovenije po maternem jeziku, popis 2002

<i>Jezik</i>	<i>Število prebivalcev</i>	<i>V odstotkih</i>
Slovenski	1.723.434	87,75
Italijanski	3.762	0,19
Madžarski	7.713	0,39
Romski	3.834	0,20
Albanski	7.177	0,37
Bosanski	31.499	1,60
Hrvaški	54.079	2,75
Makedonski	4.760	0,24
Nemški	1.628	0,08
Srbski	1.329	1,60
Srbohrvaški	35.265	1,85
Drugi	5.778	0,29
Neznano	52.316	2,66
<i>Skupaj</i>	<i>1.964.036</i>	<i>100</i>

Vir: SURS 2002.

Podatki o maternem jeziku sicer ne pokažejo, koliko oseb v Sloveniji dejansko ne razume oz. ne govori slovensko. Ljudje, ki zelo prepleteno živijo v dveh jezikovnih svetovih, kot npr. na dvojezičnih območjih ali v družinah z maternim jezikom, ki je soroden slovenščini (npr. tisti, ki so kot svoj materni jezik navedli hrvaški, srbsko-hrvaški, srbski ali bosanski jezik), naj bi pogosto razvili svojo, posebno različico vmesnega jezika. Kljub temu je mogoče predpostavljati, da se večina teh oseb bolj ali manj uspešno sporazumeva v slovenščini.

Mnogi ljudje že v maternem jeziku težko opisujejo svoje fizične in psihične težave, v tujem jeziku pa je to še toliko težje, če ne celo nemogoče (Ribera idr. 2008).

Z besednim in nebesednim sporazumevanjem pacient ter zdravnik vzpostavita medsebojni odnos, na katerega vplivajo jezikovne ovire. Moteno je pridobivanje anamnestičnih podatkov, ugotavljanje in spremljanje pacientovih težav ter poučevanje pacienta. Zaradi jezikovnih ovir v sporazumevanju ima zdravnik lahko težave pri razlagi pacientovega stanja, zato težje pridobi pacientov pristanek k zdravljenju. Pacient težje vzpostavi zaupanje do zdravnika, večkrat sta ovirana pacientova zavezanost in pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju, kar vpliva na izid zdravljenja. Razen jezikovnih ovir je lahko moteče tudi to, da sta pacientov in zdravnikov pogled na določeno težavo zaradi njune pripadnosti različnim kulturam zelo različna (Petek b. l., v Kersnik 2004, 27–28).

Delo s tujci predstavlja zdravniku dodatne delovne obremenitve zaradi njihovih visokih potreb, psihičnega distresa in jezikovnih preprek. Zdravnikovo delo je torej še posebej naporno in povzroča anksioznost pri tistih zdravnikih, ki se ukvarjajo s tujci kot pacienti s posebnimi potrebami, saj zahteva med drugim nepredvidljivo veliko časa. Zdravnik je izpostavljen povečanemu stresu in izgorelosti, še posebej tisti, ki dela z begunci, ki so pribežali iz območij, kjer divjajo vojne ali so pogosta nasilja. Zdravnik ima posebno odgovornost do svojih pacientov, ki je lahko popolnoma zadovoljiva samo z ustrezno komunikacijo. Pomanjkanje ustreznih profesionalnih tolmačev predstavlja pomembno prepreko v komunikaciji med neslovensko govorečimi pacienti in zdravnikom, saj lahko vodi do tragičnih zmot (Belec b. l., v Kersnik 2004).

Zaradi navedenega mora biti pri pogovoru s tujejezičnim pacientom nujno navzoč tudi usposobljeni tolmač. Tolmači oz. prevajalci¹⁰ ne le prevajajo, ampak tudi interpretirajo oz. razlagajo pacientove simptome v kontekstu njegove kulture. Pomočnika pri prevajanju se večkrat poišče kar med zdravstvenim osebjem ali drugimi osebami, zaposlenimi v zdravstvu, kar je s pravno-etičnega vidika lahko vprašljivo. Pacienti lahko problem jezika rešijo tudi tako, da poiščejo zdravnika, ki je njihove etične pripadnosti. S tem odpade vmesni, manj prijetni člen v posvetu. Dvojezična oseba še zdaleč ni nujno tudi dober tolmač. Kljub temu pa na področju zdravstva in socialnega varstva pogosto tolmačijo laiki¹¹ - pacienti sorodniki oz. znanci ali zdravstveno osebje brez ustreznega medicinskega znanja. Posledično lahko prihaja do konflikta različnih vlog, v primeru, da mora otrok tolmačiti intimna vprašanja, ki se nanašajo na njegove starše, pa je to zanj lahko celo prehuda obremenitev. Takšno posredovanje je strokovno, pravno in etično komajda sprejemljivo. V takšnih primerih bi morali poseči po znanju kvalificiranih tolmačev. Enostavno je, da se pri zaposlovanju osebja, posebej to velja za MS/ZA, upoštevajo jezikovne potrebe populacije, ki koristi zdravstvene usluge (Ribera idr. 2008; Hampers in McNulty 2002).

¹⁰ »Obvezuje jih kodeks etike prevajalcev, kjer je poudarjena predvsem zaupnost, pravilno in celostno prevedeno besedilo. Tolmači si morajo pridobiti dodatna znanja za tolmačenje medicinskega izrazoslovja. Kljub določenim pomanjkljivostim je tolmač najboljša rešitev, ker je zadovoljstvo s kvaliteto sporazumevanja med pacientom in zdravnikom najvišja« (Govc Eržen v Kersnik 2004).

¹¹ »Prav je, da se ZD zatečejo k pomoči prevajalcev (tolmačev), kadar pacient ne govori jezika dežele in če je le mogoče, da se vključi strokovni tolmač in ne sorodniki ali člani skupnosti, saj le-ti pogosto z dobrim namenom pri prevajanju pomen spremenijo, da bi prikazali »lepšo sliko« oz., da bi rekli, kar se jim zdi, da zdravnik želi slišati« (Ribera idr. 2008).

Prisotnost usposobljenega tolmača ima naslednje prednosti (Hampers in McNulty 2002, v MedInt 2009):

- večja učinkovitost in manjši stroški zdravstvene oskrbe:
 - preprečevanje neustreznih in pomanjkljivih diagnoz napačnega zdravljenja,
 - krajše ležalne dobe,
 - manj podvajanja preiskav;
- boljši dostop tujejezičnih oseb do zdravstvene oskrbe;
- večje zadovoljstvo pacientov;
- boljša vključenost pacientov;
- zadovoljstvo zaposlenih zaradi preprečevanja nesporazumov in posledičnih konfliktov.

Po dostopnih podatkih ni znano, da bi obstajala organizirana služba tolmačenja v zdravstvenih domovih in pri zdravnikih zasebnikih. Morda bodo prvi, ki bodo imele mrežo prevajalcev, klinični centri. Zaenkrat s tujci večinoma prihajajo zgolj svojci ali prijatelji, tudi v vlogi tolmača, kar pa ima določene prednosti in slabosti.

Jezikovni problem neslovenskih zdravnikov

Govc Eržen (b. l., v Kersnik 2004, 126–127) opredeljuje:

V Republiki Sloveniji prebiva poleg Slovencev še najmanj 24 različnih drugih narodnosti. Nobena raziskava v slovenskem prostoru ne navaja podatkov, koliko od teh je zdravnikov, ki pripadajo drugim narodnostim in s kakšnimi težavami se ti soočajo. Nekateri tuji viri navajajo izraženo manjvrednost drugih narodov, če večinski narod poudarja svojo večvrednost, čemur sledita socialna diskriminacija in stigmatizacija pripadnikov drugih narodov ter s tem večja obolevnost. Vsebina posveta med zdravnikom in pacientom temelji na dobrem razumevanju. Področje medicine je zelo široko in kompleksno; temeljna značilnost dobrega zdravnika pa ni le visoka stopanja strokovnosti, ampak tudi izjemna sposobnost dobrega sporazumevanja; dobrega sporazumevanja pa ne moremo zagotoviti brez znanja slovenskega jezika.

Primer (Pacientka, 56 let):

Ja, pred približno desetimi leti sem res želela zamenjati osebnega zdravnika (makedonske narodnosti). Pa ne za to, ker ni dober strokovnjak, ampak zato, ker ga nisem nič razumela. Le kako potem on razume mene? In od svojega osebnega zdravnika pričakujem, da ga razumem ...¹²

Podani primer kaže, zakaj je jezik tako pomembno orodje za učinkovito sporazumevanje. Prav zaradi tega, in ne zaradi kakršne koli nestrpnosti do Neslovencev, je potreba po nujnosti znanja slovenskega jezika za zdravnike omenjena tudi v Zakonu o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 98/99), kjer je v 11. členu navedeno:

¹² Primer je zelo pogost v slovenski družbi, vsaka podobnost z določeno osebo je zgolj naključna. Podoben primer je navedla tudi Govc Eržen v Kersnik 2004.

Zdravnik uporablja pri opravljanju zdravniške službe slovenski jezik, na dvojezičnem mešanem območju italijanske in madžarske narodne skupnosti pa tudi italijanski oz. madžarski jezik.

Tudi Zdravniška zbornica Slovenije (2007) je v 9. členu Pravilnika o dodeljevanju licence kot pogoj za dodelitev licence zapisala naslednje: «Dokazilo o aktivnem znanju slovenskega jezika.» Poleg ocene strokovnega znanja je zelo pomembna tudi ocena o tem, ali kandidat obvlada jezik države, v kateri želi opravljati svoje delo. Znanje jezika države, v kateri želi zdravnik opravljati svoj poklic, spada med pomembne prednosti. Nobena razvita evropska država ali druga država ne dovoli tujemu zdravniku dela s pacienti, če zdravnik ne razume in ne govori tekoče jezika države gostiteljice.

Tisti zdravniki, ki živijo in delajo v državi že več let, so se zagotovo brez večjih težav prilagodili ter opravljajo svoj poklic skladno z načeli Kodeksa etike medicinskih sester (Uradni list 4/02), kjer je v 14. členu opredeljeno opravljanje poklica zdravnika z naslednjim:¹³

Zdravnik je dolžan opravljati svoj poklic odgovorno, strokovno, vestno in natančno do slehernega pacienta, ne glede na raso, spol, narodnost, versko pripadnost, politično prepričanje, družbenoekonomski položaj, na svoje osebno razmerje do bolnika ali njegove družine. Zdravnik je svoboden v izbiri metod in načinov zdravljenja, pri tem pa je dolžan dosledno upoštevati dosežke medicinske znanosti ter načela strokovnega ravnanja. Zdravnik je dolžan odkloniti vsakršen poseg, ki bi po njegovem strokovnem prepričanju in vesti mogel biti neetičen ali za bolnika škodljiv.

Primer (Pacient, 63 let):

V svojega osebnega zdravnika (ki ga imam že 20 let in je srbske narodnosti) sem podvomil v času zadnje vojne, saj sem bil prepričan, da mi zdravnik zaradi svoje srbske narodnosti in sovražnosti med državama ne bo nudil ustrezne zdravstvene oskrbe ...¹⁴

Govc Eržen (b. l., v Kersnik 2004) pravi, da se:

v takšnih primerih postavlja vprašanje, ali bi pripadniki drugih narodnosti, ki živijo v RS, raje izbrali zdravnika svoje narodnosti. Pripadniki večjih narodnosti imajo zagotovo večjo možnost za takšno izbiro kot pripadniki manjših narodnosti. Zdravnik mora obvladati znanje slovenskega jezika, saj je uspešnost zdravstvene oskrbe pacienta odvisna od dobrega medsebojnega sporazumevanja. Pripadnost drugi narodnosti ali verski izpovedi verjetno nima tako pomembnega vpliva na samo zdravstveno oskrbo pacienta. Zdravnik pa mora poznati vplive in pomen drugačnosti na zdravje svojih pacientov. Dobro poznavanje jezikovnih, kulturnih, etničnih in verskih značilnosti narodov, ki živijo na slovenskem ozemlju, je pomembno izhodišče za izobraževanje bodočih zdravnikov in zdravnikov, ki živijo ter delajo v RS. Le tisti zdravnik, ki spoštuje pacientovo dostojanstvo in njegovo drugačnost, ne oziraje se na spol, raso, narodnost in veroizpoved, bo uspešen zastopnik pacientovih interesov.

¹³ Tudi v Govc Eržen (b. l., v Kersnik 2004) in Prebil, Mohar in Fink (2010).

¹⁴ Primer je zelo pogost v slovenski družbi, vsaka podobnost z določeno osebo je zgolj naključna. Podoben primer je navedla tudi Govc Eržen, v Kersnik, 2004.

»V zadnjem času se je po svetu povečalo zanimanje zdravstvenih delavcev za pomen kulturi primerne in pravilnega izražanja.« (Petek b. l., v Kersnik 2004).

»Pomembna je že pravilna uporaba besed, da smo uglašeni s kulturno sprejemljivim vljudnostnim izrazoslovjem, kot na primer: za slovensko kulturo je vikanje izraz spoštovanja sogovornika, za Angleže je obvezna uporaba besed prosim, v stiku s pacienti ipd.« (Trček 1998).

Pomen določene besede v neki kulturi je lahko precej drugačen kot v drugi. Ob jezikovnih ovirah se poveča verjetnost, da to, kar smo izrekli in mislili, ni isto, kot to, kar razume pacient (Ribera idr. 2008). Iste besede imajo lahko različne pomene v različnih jezikih in kulturah. In ne le v izbiri besed, razlike so lahko tudi v načinu pogovora (Adler in Rodman 2006).

3.2 Kultura kot ovira pri zdravljenju

Kulturna raznolikost je značilnost večine evropskih dežel, vključno s Slovenijo. V takšnih družbah so postali posveti, kjer se srečata pacient in zdravnik iz različnih kultur, del rutinske prakse. Takšni medkulturni posveti ne zajemajo samo paciente etničnih manjšin, ampak tudi paciente, ki iščejo zdravniško pomoč pri zdravnikih drugačnega etničnega porekla. Tako je veliko posvetov v medicini medkulturnega značaja (Car in Rifel b. l., v Kersnik, 2004).

»Kadarkoli komuniciramo z ljudmi, ki živijo v drugi kulturi ali mikrokulturi, poteka medkulturno komuniciranje, ne le komuniciranje med posameznimi osebami.« (Trček 1998)

»Ko govorimo o medkulturnem komuniciranju,¹⁵ najprej pomislimo na jezikovne ovire. Vendar je vsakomur jasno, da poznavanje jezika še ne pomeni nemotenega komuniciranja.« (Ule 2005)

»Za oblikovanje in ohranjanje dialoga med sogovorniki iz različnih kultur je potrebno dobro poznavanje značilnosti in posebnosti kulture sogovornika.« (Prebil 2009)

V strokovni literaturi se pogosto uporabljajo izrazi, kot so vera/religija, duhovnost/spiritualnost, rasa, nacionalnost (etničnost) in kultura. Definicije se pogosto spreminjajo in s tem odražajo zahtevnost tega občutljivega področja.

¹⁵ Medkulturno komuniciranje pomeni interakcije, odnose, stike, samopredstavljanje, oblikovanje samopodobe drugih med člani različnih socialnih, kulturnih skupin. Zato predstavlja večjo težavo odnosni vidik komuniciranja kot sporočevalski. Tu prihaja do usodnejših motenj in nesporazumov, saj jezikovne nesporazume lažje rešimo in jezikovne spodrsaljake lažje opravičimo (Ule 2005).

3.2.1 Religija

Izraz *religija* opredeljuje SSKJ (2005) na dva načina, in sicer kot zavest o obstoju boga, nadnaravnih sil; vera, verovanje ter nazor, prepričanje, ki velja kot najvišja, najpomembnejša vrednota. Haralambos in Holborn (1999, 454) jo opredeljujeta kot »verovanje v nadnaravno«. Po statističnih podatkih popisa prebivalstva Slovenije iz leta 2002 (SURS 2002) «se je za verujoče izreklo 67,1 odstotka prebivalcev. Največji delež verujočih (57,8 odstotka vseh) se je opredelil, da pripada katoliški veroizpovedi; 10,1 odstotka oseb se ima za ateiste; 15,7 odstotka pa na vprašanja o veroizpovedi ni želelo odgovoriti«.

3.2.2 Duhovnost

Duhovnost je po SSKJ (2005) definirana kot »usmerjenost k nematerialnim vrednotam ter od telesa neodvisni, samostojni del človekovega bistva«. Vedno več ljudi se zateka k tako imenovani duhovnosti oz. spiritualnosti. To se kaže z rastjo številnih sodobnih sekt in kultov, različnih prerokovalcev oz. jasnovidcev ter ljudi, ki medijsko nastopajo in »zdravijo« na mistične načine (t. i. šarlatani in prevaranti). Tudi ateisti iščejo duhovne vrednote in razlage, zato duhovnost predstavlja pomembno področje vrednot vsake družine. Pravzaprav vsaka družina predstavlja svojo malo kulturno enoto, o kateri je treba pridobiti čim več informacij, če je namen družino vključiti v proces zdravljenja.

3.2.3 Rasa

Haralambos in Holborn (1999, 659) navajata:

Biološke teorije o rasi poskušajo vzpostaviti odnos med fenotipom ali fizičnimi značilnostmi, kot so lasje in barva kože, in genotipom ali genskimi razlikami med skupinami ljudi. Z razvojem znanosti se je prevladujoče mišljenje o tem odnosu spremenilo.

V 18. in 19. stoletju so ameriški in britanski avtorji redko uporabljali izraz rasa, čeprav so nekateri menili, da so nekatere rase več vredne od drugih.¹⁶ Na samo pojmovanje rase je vplivalo več različnih teorij, kot so *poligenska teorija*, ki je zagovarjala prepričanje, da ljudje nimajo skupnega izvora. Najbolj pa je postala ideja rase aktualna v času kolonializma, ko so ljudje evropskega porekla prišli v stik z ostalimi skupinami. Po *Darwinovi evlucijski teoriji* pa je rasa dobila pomen podvrste.¹⁷ Darwinovo videnje evolucije kot počasnega procesa, ki je

¹⁶ Leta 1748 je npr. angleški filozof Hume trdil, da so črnci »edina rasa, ki ni nikoli razvila pomembnejše civilizacije, kar kaže, da so po naravi inferiorni belcem« (Haralambos in Holborn 1999, 659).

¹⁷ Ideja »rase« kot podvrste združuje prvine pojmov »rase« kot rodu in »rase« kot tipa (Haralambos in Holborn 1999, 660).

posledica naravnega izbora, so mnogi implicirali na človeške rase.¹⁸ Pri tem je bil najbolj uspešen angleški sociolog Spencer, ki je razvil idejo o družbeni evoluciji. Najbolj pomembno je njegovo »spoznanje«, da družbeno življenje in evolucijski proces vključujeta »preživetje najsposobnejšega.« Od *biološkega pristopa k rasi* je treba omeniti še *modernejšega, genetskega*, ki naj bi dokončno razblinil dvome o biološki predpostavki rase. Genetik Jones, ki je proučeval teorije ras na osnovi človeške genetike, meni, da z genetiko ni mogoče upravičiti ločevanje ras.¹⁹ Tudi Richardson in Lambert kritizirata biološki pristop k rasi. Na raso namreč gledata kot družbeni konstrukt - na to, kako ljudje opredeljujejo rase in na njihova stališča do različnih ras, vpliva prevladujoči sistem verovanja v družbi, v kateri živijo. Stereotipi o določenih skupinah se npr. razlikujejo od kraja do kraja in od časa do časa²⁰ (Haralambos in Holborn 1999, 659–713).

3.2.4 *Kultura*

Kultura je sistem skupnih prepričanj, vrednot, navad in obnašanj, ki jih uporabljajo člani družbe ali skupnost pri življenju v svetu ter drug z drugim.

Kultura oblikuje osebna doživljanja, poglede na zdravje in bolezen ter kako premagati slednjo. Večina kultur goji različna prepričanja do žensk in moških, kar izhaja iz stereotipov ženske ter moške spolne vloge in postavlja različne regulative za ženske (neredko skupaj z otroki) na eni ter moške na drugi strani. V tem smislu je tudi vedenje, povezano z boleznijo, navadno bolj dopustno za ženske, kot za moške (Selič b. l., v Kersnik 2004, 13–15).

Splošno znano je tudi, da se vse kulture stalno spreminjajo - prilagajajo in vključujejo, oblikujejo pa jih dejavniki, kot so družina oz. družba, izobraževanje, spol in starost.

Zdravstveno osebje poleg svoje osebne kulture deli tudi drugo posebno kulturo - »zdravstveno«. Določene poglede in stališča o tem lahko poimenujemo »zdravstvena« kultura. Pri medkulturnih stikih se je pomembno zavedati vplivov svoje lastne kulture in možnih biomedicinskih »predsodkov« ali (omejenih) predstav zaradi zdravstvene kulture. Zaradi tega so posebej zahtevna srečanja s pacienti iz drugih kultur, saj ima lahko vpliv kulture pomembno vlogo pri razumevanju zdravljenja.²¹ Med ta lahko uvrstimo teme,

¹⁸ Različne človeške rase so se lahko razvile na enak način kot različne podvrste živali (Haralambos in Holborn 1999, 661).

¹⁹ Prišel je do spoznanja, da splošna genska razlika med rasami - npr. med Afričani in Evropejci ni nič večja kot med različnimi državami znotraj Evrope in Afrike. Posamezniki - ne narodi in ne rase - so glavni vir človeških variacij (Haralambos in Holborn 1999, 664).

²⁰ »V nekaterih družbah prepisujejo le malo teže raskim razlikam, medtem ko v drugih okoljih najdemo intenzivno sovražnost ter jasne vzorce rasknega izključevanja in vključevanja« (Haralambos in Holborn, 1999).

²¹ Tujci zaradi kulturno pogojenega pojmovanja etiologije bolezni (npr. slabost živcev, zapora energije »či«, napaka v ravnovesju z naravo) in nezaupanja v zahodno medicino večkrat pri zdravljenju ne

povezane z avtoriteto, s telesnim ali z očesnim stikom, načini komuniciranja, s spolom, spolnostjo, z družino, odnosom do smrti, s pravili oblačenja itd.²² (Car in Rifel b. l., v Kersnik 2004, 4–5).

Kulturne razlike med zdravnikom in tujcem kot pacientom lahko povzročijo napačen izid obiska, zato je dobro, da zdravnik pozna kulturne značilnosti populacije, ki jo obravnava (Belec b. l., v Kersnik 2004, 114).

Komunikacija med zdravnikom in pacientom v različnih kulturah poteka različno. Pacientovo kulturno in etnično ozadje oblikuje njihove poglede na bolezen ter blagostanje tako v fizičnem kot tudi v duhovnem smislu in vpliva na ocene zdravstvene nege ter izidov terapije²³ (Ribera s sodelavci 2008).

Car in Rifel (b. l., v Kersnik 2004) razlagata:

Veliko kultur ima razvite modele, ki razlagajo zdravje in bolezen ter se močno razlikujejo od zahodnega znanstvenega modela.²⁴ Da bi bili zmožni pogajati se med kulturami, npr. glede na razlago bolezni, je treba ugotoviti, koliko se pacientov model razlage bolezni razlikuje od biomedicinskega in kako trdno pacient stoji za svojim modelom. Zelo pomembno je, da zdravnik opiše znanstveni model bolezni in njenega nadzora v preprostem ter razumljivem jeziku in ugotovi pacientovo stopnjo razumevanja ter sprejemanja.

Ko pomagamo pacientom sodelovati pri sklepanju odločitev in postavljanju vprašanj, jih aktivno vključimo v nadzor bolezni, ki jo bodo na koncu koncev morali sami nadzirati večino časa oz. vsaj med obiski zdravstvenih delavcev (Prebil, Mohar in Fink 2010).

sodelujejo z zdravnikom in jih je zato težko prepričati v nujnost jemanja zdravil, kot npr. antibiotikov, saj se jim to zdi nepomembno.

²² Npr., v nekaterih kulturah ni vljudno postavljati človeku z avtoriteto (npr. zdravniku) nobenih vprašanj. Prikimavanje z glavo in smehljanje lahko daje zdravniku vtis, da so pacientu navodila jasna, čeprav mu niso. Ponekod ni sprejemljivo vzdrževati očesnega stika s človekom z avtoriteto, zato se v tem primeru človek izogiba očesnega stika, čeprav je zainteresiran za pogovor. V mnogih kulturah je praksa, da zdravnik pove diagnozo pacientovim svojcem in ne njemu samemu, kar je v nasprotju s prakso v našem okolju.

²³ Tujci pogosto izražajo psihične težave s somatskimi simptomi, saj je v nekaterih kulturah bolj sprejemljivo biti telesno bolan, kot imeti psihične težave. Medtem, ko je določene kulturne značilnosti treba spoštovati in jih upoštevati, pa je zdravstvena vzgoja nujna sestavina celostne obravnave pacienta - tujca (Belec v Kersnik 2004, 116).

²⁴ Težave se pojavijo tudi takrat, ko so potrebni določeni medicinski posegi, saj so v določenih kulturah določeni deli telesa »posvečeni«, ali pa je prepovedano prejemanje tuje krvi pri krvavitvah (npr. pri Jehovih pričah). Prav tako je primer pomembne kulturne razlike, npr., obrezovanje žensk v nekaterih afriških državah, ki ga srečujemo pri afriških begunkah. Vsaka kultura ima svoje lastno razumevanje bolezni. Ponekod ljudje verjamejo, da bolezni povzročajo fizične, metafizične ali nadnaravne sile. V jugovzhodni azijski kulturi, npr., je del normalnega procesa žalovanja, kadar žalujoči »sliši glasove«, kar bi pri nas lahko tolmačili kot bolezensko stanje (Avtor neznan).

3.2.5 Etničnost oziroma nacionalnost

Haralambos in Holborn (1999, 682) v svojem delu izpostavita veliko avtorjev in njihovih mnenj oz. pogledov o etičnosti. Eriksen npr. poudarja, da »etniija izhaja iz grške besede *ethnos*,²⁵ ki je sama nastala iz besede *ethnikos*, kar pomeni brezverec«. Yingerjeva definicija etničnosti je, da etnična skupina oz. etniija obstaja v polnem pomenu besede, ko drugi obravnavajo segment širše družbe kot drugačen v neki kombinaciji naslednjih značilnosti - jezika, religije, rase in domovine prednikov s svojo kulturo; tudi člani se vidijo na ta način in sodelujejo v skupnih aktivnostih, zgrajenih okoli njihovega skupnega porekla ali kulture.

Nekdo, ki sploh ne govori slovensko, se še vedno lahko opredeli za Slovenca. Etnično in kulturno ozadje je težko meriti in opisati, zato je najbolje čim več izvedeti o človeku ter njegovem kulturnem okolju. Pri tem se je treba izogibati predsodkom in stereotipizaciji.

²⁵ Pomeni narod, ljudstvo, pleme.

4 PREMAGOVANJE KOMUNIKACIJSKIH TEŽAV IN OVIR Z UČINKOVITO KOMUNIKACIJO

Komunikacija je del procesa zdravljenja. Komuniciranje kot zdravljenje temelji na vzajemnosti in obojestranskem angažiranju, na pomirjanju drugega. Zdravljenje in bolezen nista samo pacientov problem, temveč tudi problem zdravstvenega osebja, ki s svojimi empatičnimi sposobnostmi rešuje probleme pacienta. S tem osrečuje ne samo pacienta, temveč tudi sebe, kar vodi v kvalitetne komunikacijske odnose med njima (Ule 2003).

Učinkovitost komuniciranja v zdravstvu je odvisna od več dejavnikov. V prvi vrsti je pomembno, da se pacienta spoštuje, posluša njegova mnenja in stališča. Med pogovorom s pacientom je potrebna pozornost, treba ga je gledati v oči, pritrjevati tako z besedami kot z nebesedno komunikacijo. Vzeti si je treba čas za poslušanje in ga ne prekinjati prehitro. Stvari mu je treba razložiti odkrito, nefiltrirano, naravno, dovolj preprosto, da bo razumel. Ne sme se uporabljati kompliciranih strokovnih izrazov, ki jih ne razume, a tudi ne poenostavljati preveč in ga ne obravnavati kot majhnega otroka, ker se ga s tem užali. Dobro je, npr., če ZD poizkušajo ugotoviti, ali je pacient razumel njihova navodila. Pacienta morajo prositi, da navodila ponovi ali obnovi s svojimi besedami. Za to, da bo zdravljenje uspešno, je treba zagotoviti, da zdravstveno osebje zna potrebne informacije in navodila posredovati pacientu tako, da jih bo pacient uspešno ter učinkovito uporabil in tako ustrezno sodeloval. Iz tega sledi, da je za učinkovito zdravljenje potrebna učinkovita komunikacija (Prebil, Mohar in Fink, 2010).

Po raziskavah Sheile Payne in Jana Walkerja (1996) komunikacijo med pacientom in zdravstvenim osebjem ovira več stvari. Nekatere ovire izhajajo iz še ne preseženega klasičnega pojmovanja odnosa zdravstveni delavec - pacient, po katerem je prvi avtoriteta, da je aktiven in prenaša svoje informacije ter navodila na neproblematičnega pacienta, ki pasivno sprejema informacije in jim sledi. V resnici pa je tako, da enostranski avtoritativen in pokroviteljski odnos prej ovira pripravljenost za sodelovanje. Pacient ni pasiven, ima svoja lastna mnenja o situaciji in zdravljenju, ki so lahko tudi neustrezna. Vse to je treba upoštevati in le z dobro komunikacijo je te ter druge ovire mogoče tudi odpraviti. To pomeni, da je treba klasično pojmovanje odnosa nadomestiti z drugačnim pojmovanjem, ki jemlje odnos kot partnerski odnos. Partnerski koncept predpostavlja učinkovito komunikacijo s pacientom, upoštevanje in obdelavo njegovih lastnih mnenj in na ta način odpravlja ovire ter povečuje zadovoljstvo pacienta in njegovo pripravljenost za sodelovanje.

Izreden tehnološki razvoj, čas računalništva in mobilne telefonije, velik izbor komunikacijskih sredstev, kakor se zdi čudno nasprotujoče si, ljudi vendarle med seboj odtuja, predvsem na področju prisotnosti medsebojnega komuniciranja. Vendar to ne sme biti izgovor za ZD, da ne bi pristno, odkrito in hkrati prijazno komunicirali s pacienti ter z njihovimi bližnjimi. Tudi napeti normativi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki narekujejo časovne normative za zdravniške preglede, ne bi smeli vplivati na

zdravnikov odnos in način komuniciranja s pacientom. Vendar pa to še kako vpliva na kakovost zdravnikovega dela in tudi na način komuniciranja. Že samo dejstvo, da je zdravnik pod primežem administrativnih normativov, slabo vpliva na njegovo delo. Zdravnik je humanist, včasih nekaj umetnika, drugič malo obrtnika, pa vendarle predvsem človek, ki ima občutek za težave, fizično in psihično trpljenje pacienta, ki mu želi pomagati. Tako bi vsaj moralo biti (Ule 2000).

Izkušnje in tudi raziskave so jasno pokazale, da pacienti bolje razumejo in si tudi bolje zapomnijo zdravstvena navodila, če je slog komuniciranja z njimi učinkovit. Bolje sledijo samemu zdravljenju, tako v bolnišnici, kot pozneje doma. In ne nazadnje, bolje se počutijo v svoji stresni situaciji in bolj uspešno se soočijo z njo (Ule 2003).

»Medicinska prihodnost bo komunikacijska medicina, ali pa bo izgubila ljudi, zaradi katerih je pravzaprav tu.« (Ule 2003, 111)

5 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu naloge so predstavljeni namen in cilj raziskave, metodologija, vzorec ter analiza pridobljenih rezultatov.

5.1 Namen in cilji raziskave

Namen in cilj raziskave je oceniti ter opredeliti zadovoljstvo pacientov z načinom komuniciranja in odnosom, ki ga ima do njih zdravstveno osebje. Pozornost je usmerjena predvsem na komunikacijo, odnose in na zadovoljstvo pacientov z administratorji ter ostalim zdravstvenim osebjem. Podobnih raziskav doslej ni bilo mogoče zaslediti.

5.2 Metodologija

Uporabljeni metodi za doseganje ciljev sta bili metoda opazovanja ter intervju oz. pogovor s pacienti. Pri metodi opazovanja je bila uporabljena metoda opazovanja z udeležbo, in sicer v vlogi popolnega opazovalca. Pogovor je bil združen z metodo opazovanja, pri čemer je uporabljen polstrukturiran vprašalnik. Pacientom so bila zastavljena vprašanja, pri odgovorih na ta pa so bili opazovani. Cilj tega je bil pridobiti širši pogled na ozadje odgovorov. Vsi odgovori in opazke so bili zabeleženi. Pogovor je sestavljen iz petih raziskovalnih (ključnih) vprašanj s podvprašanji. Razdeljena so na dva dela. V prvem delu so obravnavani pacienti s slovenskim državljanstvom in priseljenci, ki živijo v Sloveniji že več kot 20 let. V drugem delu so obravnavani le tujci (tujci študenti in sezonski delavci), ki so morali poiskati zdravstveno pomoč. Pri tem je bila osredotočenost predvsem na paciente, ki prihajajo iz držav nekdanje skupne države SFRJ. Razlogi za to so: a), ker imajo več težav v družbi oz. jih družba sprejema drugače (predsodki, stereotipi ...) in b), v Sloveniji jih je veliko več kot drugih tujcev, npr., iz Anglije, Nemčije, Italije ...

Osredotočenost je predvsem na tiste paciente, ki so imeli v letu 2010 več različnih preiskav, zaradi česar je mogoče sklepati, da so bile njihove ocene dobrih in slabih strani dela ZD realne. Celotna raziskava je potekala v prijetnem klepetu.

Pri predstavitvi odgovorov je bila, tam, kjer je bilo to mogoče, uporabljena frekvenčna porazdelitev, s pomočjo katere je pridobljeno število in odstotek vprašanih pri posameznem možnem odgovoru. Rezultati so predstavljeni tudi s pomočjo slik in preglednic.

5.3 Vzorec

Pogovori so bili opravljeni v mesecih med junijem in septembrom 2010. V raziskavi je sodelovalo 476 ljudi; med njimi jih je bilo izbranih 100 oseb,²⁶ od tega 60 s slovenskim državljanstvom in priseljenci, ki živijo v Sloveniji že več kot 20 let, ter 40 tujcev (tuji študentje in sezonski delavci), ki so med bivanjem v Sloveniji morali poiskati zdravstveno pomoč. Med tujci je bila osredotočenost na paciente, ki prihajajo iz nekdanje skupne države SFRJ. Izbrani so bili zato, ker se pacienti iz teh držav soočajo s predsodki, stereotipi, z diskriminacijo ipd., pa tudi zato, ker jih je bistveno več kot tujcev iz drugih držav, npr., Anglije, Nemčije in Italije. Pogovor s tujci je potekal v mešanici slovenskega jezika in srbohrvaščine.

Večina raziskovalnih oseb je bila starih med 30 in 50 leti, torej gre za aktivno delovno populacijo, ki je bolj informirana in kritična do opravljenih zdravstvenih storitev, s tem pa tudi bolj zahtevna v komunikaciji z zdravstvenimi delavci. V raziskavi je bil cilj zajeti čim več različnih kultur oz. veroizpovedi.

Vprašanja so si sledila v smiselnem vrstnem redu. Tako so bila najprej postavljena demografska vprašanja, ki se nanašajo na spol, starost, veroizpoved in državo izvora. Sledili so tematski sklopi vprašanj, ki so se osredotočali na: a) zadovoljstvo pacientov s komunikacijo, b) ustreznost informacij, ki jih dobijo od zdravstvenih delavcev, c) spremembe v zdravstvenem sistemu, d) to, ali paciente moti, če jih zdravi tujejezični zdravnik in e), težave, s katerimi se soočajo tujci, ko zbolijo.

²⁶ Pacienti so bili izbrani ker so imeli v letu 2010 več različnih preiskav, so bili pregledani v različnih zdravstvenih ustanovah po Sloveniji (v samoplačniških in v splošnih ambulantah), so podajali bolj »realne« odgovore, saj so imeli stik oz. so komunicirali z večjim številom zdravstvenih delavcev, ki so zaposleni v javnem zdravstvu ali v zasebnem zdravstvu, so aktivni udeleženci pri zdravljenju (sodelujejo in iščejo oz. želijo informacije o svojih boleznih) in želijo narediti nekaj več za svoje zdravje ...

5.4 Analiza rezultatov

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati intervjuja oz. pogovora, pa tudi natančnejša analiza rezultatov.

5.4.1 Demografski podatki udeležencev v raziskavi

Iz preglednice 4 je razvidno, da je zdravniško pomoč med slovenskimi državljani in priseljenci potrebovalo približno enako število žensk in moških. Pri tem je bilo 55 odstotkov vprašanih ženskega spola in 45 odstotkov moškega spola. Največ vprašanih, 30 odstotkov, je bilo starih od 30 do 39 let; 27 odstotkov od 50 do 59 let; 25 odstotkov od 40 do 49 let; 17 odstotkov od 20 do 29 let ter 60 let in več let 1 odstotek. Povprečna starost je od 30 do 50 let, torej gre za delovno aktivno populacijo. Glede na veroizpoved prevladujejo ateisti, s 33 odstotki. Sledijo kristjani, s 25 odstotki, pravoslavci, z 22, muslimani z 12, protestanti s 7 in Jehove priče z 1 odstotkom.

Preglednica 4: Demografski podatki - slovenski državljani in priseljenci (N = 60)

<i>Skupaj</i>	<i>Število</i>	<i>Delež (v %)</i>
<i>Spol</i>		
Ženski	33	55,0
Moški	27	45,0
<i>Starost</i>		
Od 20 do 29 let	10	17,0
Od 30 do 39 let	18	30,0
Od 40 do 49 let	15	25,0
Od 50 do 59 let	16	27,0
Od 60 let in več	1	1,0
<i>Versko prepričanje*</i>		
Ateisti	20	33,0
Kristjani	15	25,0
Pravoslavci	13	22,0
Muslimani	7	12,0
Protestanti	4	7,0
Jehove priče	1	1,0

* Razporejeni glede na prevladovanje veroizpovedi (kulture) v državi.

Iz preglednice 5 je razvidno, da je zdravniško pomoč med tujci potrebovalo več vprašanih moškega spola, in sicer 62,5 odstotka, ter le 37,5 odstotka pripadnic ženskega spola. Največ vprašanih, 35 odstotkov, je bilo starih od 30 do 39 let; s 30 odstotki sledijo starosti od 20 do 29 let ter 40 do 49 let; 5 odstotkov je bilo starih od 50 do 59 let; 60 let in več pa ni bil star

nihče. Povprečna starost tujcev se giblje od 20 do 49 let. Prihajajo predvsem iz držav na območju nekdanje SFRJ: Bosne in Hercegovine 25 odstotkov; Hrvaške 18 ; Makedonije 15 in Srbije 22 odstotkov. Iz Albanije jih je bilo 20 odstotkov.

Preglednica 5: Demografski podatki - tujci (N = 40)

<i>Skupaj</i>	<i>Število</i>	<i>Delež (v %)</i>
<i>Spol</i>		
Ženski	15	37,5
Moški	25	62,5
<i>Starost</i>		
Od 20 do 29 let	12	30,0
Od 30 do 39 let	14	35,0
Od 40 do 49 let	12	30,0
Od 50 do 59 let	2	5,0
Od 60 let in več	0	0
<i>Država*</i>		
<u>Država*</u>		
Albanija	8	20,0
Bosna in Hercegovina	10	25,0
Hrvaška	7	18,0
Makedonija	6	15,0
Srbija	9	22,0

* Tujci iz teh držav imajo več težav v družbi, zato je bila na njih dana večja osredotočenost pri intervjuju.

5.4.2 Slovenski državljani in priseljenci

V tem delu naloge so predstavljeni odgovori oz. rezultati, ki so pridobljeni z vprašanji, namenjenimi slovenskim državljanom in priseljencem. Skupno je bilo 60 anketiranih.

Prvo vprašanje: Ali so pacienti zadovoljni s komunikacijo in samim odnosom v zdravstvenih ustanovah?

Komunikacija in odnos nista eno in isto, sta pa zelo tesno povezana. Slaba komunikacija namreč vodi v slab odnos in obratno, če je slab odnos tudi ni prave komunikacije. Oboje pa je zelo pomembno za uspešno zdravljenje pacientov (Slika 1).

Spremljevalec pacientke je dejal:

Pripeljal sem svojo mamo v bolnico in sem začel opazovati, da je začela vidno hujšati, njeno zdravstveno stanje pa se poslabšuje. Bila je večino časa brez pravega nadzora. Kadar koli smo z družino prišli na obisk, smo noro iskali sestre in zdravnike, da so nam povedali, kaj je narobe z njo ... pa še to so se izmikali odgovorom ... Prav tako smo jo morali mi pogostokrat očediti, ker

so se sestre izgovarjale, da še niso uspele ... Ponoči jo je zadela možganska kap in če ne bi njeni sobolniki zagnali hrupa, bi lahko umrla, ker se dežurnemu osebju ni dalo hitro priti ... Zelo sem bil nezadovoljen z zdravniki in ostalim osebjem ... Nadzor in nega so slabi, vsi skupaj so izredno arogantni in vzvišeni ter zelo grobi do bolnika in svojcev.

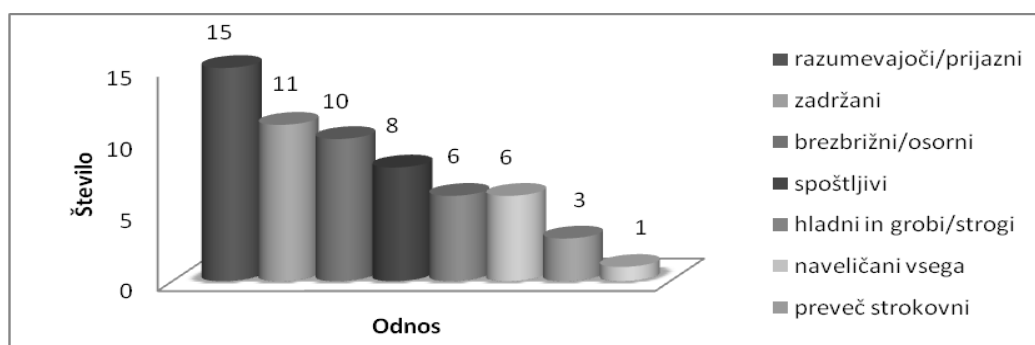
Iz rezultatov raziskave je razvidno, da pacienti s komunikacijo niso zadovoljni, saj menijo, da ji zaposleni namenijo premalo časa. Prevladuje partnerski odnos v komunikaciji z zdravstvenimi administratorji (v nadaljevanju ZA) in MS, pri komuniciranju z zdravniki pa pragmatični odnos; pacienti se namreč lažje in bolj odkrito zaupajo ZA oz. MS kot zdravniku, ker čutijo, da jih zdravnik ne posluša in da jih ne jemlje resno, pa tudi, da zaradi prevelike »gneče« v čakalnici hiti s pregledom. Pacienti pričakujejo hiter in prijazen sprejem od ZA oz. MS, vendar pa se ta pričakovanja ne izpolnijo vedno. Večino pacientov moti, če ZA med pogovorom z njimi sprejme telefonski klic.

Opaziti je bilo mogoče, da pacienti vedno bolj postajajo aktivni koristniki zdravstvenih storitev in so aktivni soudeleženci pri sprejemanju odločitev pri poteku zdravljenja, poznajo, pa tudi zahtevajo svoje pravice, vedno pogosteje posegajo po pravnih sredstvih, grozijo s tožbo ali sredstvi javnega obveščanja.

Iz navedenega je mogoče zaključiti, da se morata obe strani bolj potruditi za uspešno komunikacijo.

Kakšni se vam zdijo zdravstveni delavci, ko komunicirate z njimi?

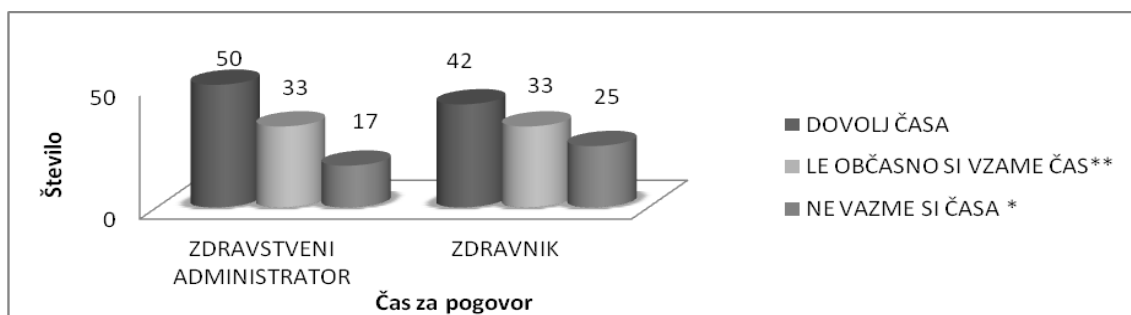
Iz slike 7 je razvidno, da so po oceni pacientov ZD razumevajoči. Tako meni 15 pacientov, 11 pacientov meni, da so zadržani, 10 pacientov, da so brezбриžni/osorni, 8 pacientov pa jih meni, da so spoštljivi. Nadalje 6 pacientov meni, da so hladni/grobi in strogi, 6 pacientov pa, da so ZD naveličani vsega. Trije pacienti menijo, da so preveč strokovni, da so arogantni, pa meni 1 pacient.



Slika 7: Odnos zdravstvenega osebja pri komuniciranju

Ali sta si zdravstveni administrator in zdravnik vzela čas za pogovor z vami?

Iz slike 8 je razvidno, da 50 odstotkov (30) pacientov meni, da si ZA ne vzame dovolj časa za pogovor z njimi; 33 odstotkov (20) jih meni, da si vzame dovolj časa in le 17, odstotkov (10) jih meni, da si ZA vzame le občasno čas za pogovor z njimi. Večina pacientov, 42 odstotkov (25), pa jih meni, da si zdravniki vzamejo le občasno čas za pogovor z njimi. Nadalje 33 odstotkov (20) pacientov meni, da si zdravnik vzame dovolj časa za pogovor z njimi in 25 odstotkov (15) pacientov jih meni, da si zdravnik ne vzame časa za pogovor.



* Pacienti dodajo, da jih zdravnik pregleda v petih minutah in jih odslovi, zato pogosto niti ne povedo, kaj jih muči.

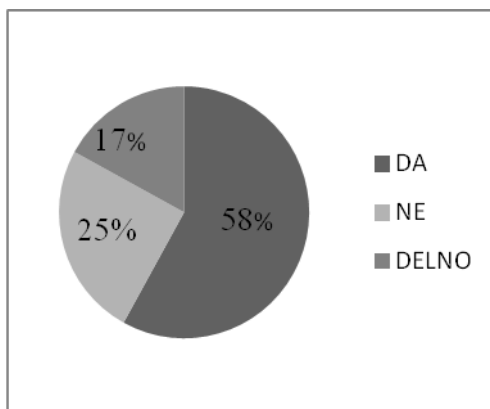
** Pacienti dodajo, da si zdravnik vzame čas zanje le, če v čakalnici ni preveč ljudi oz., če pregled plačajo.

Slika 8: Čas za pogovor z zdravstvenim administratorjem in zdravnikom

Ste pri pogovoru z zdravstvenim administratorjem imeli možnost brez strahu pokazati, da se z določeno stvarjo ne strinjate?

Iz slike 9 je razvidno, da jih je od 60 pacientov 35 (58 odstotkov) odgovorilo, da so imeli možnost brez strahu pokazati nestrinjanje z določeno stvarjo; 15 (25 odstotkov) si jih ni upalo pokazati nestrinjanja, 10 (17 odstotkov) pa si je nestrinjanje upalo izraziti le delno (včasih). Dejali so, da se ne želijo zameriti osebjem, saj ga bodo morda še rabili.

Več kot 50 odstotkov vprašanih ni bilo navdanih s pretiranim strahom in občutki nemoči, kar bi dodatno povzročilo težave s sprejemanjem in pomnjenjem informacij. To dokazuje, da v zdravstvenih ustanovah prevladuje partnersko-komunikacijski stil, ki omogoča enakopravno komuniciranje.



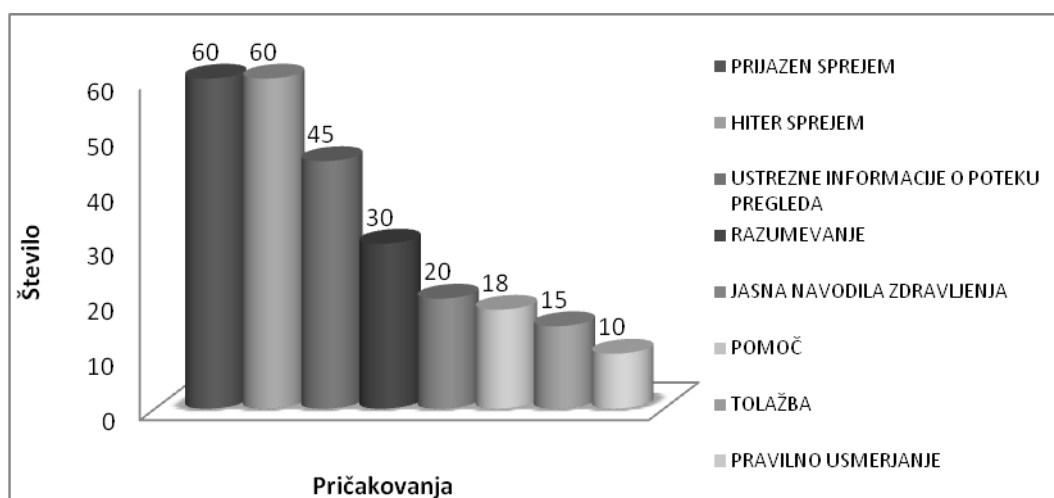
Slika 9: Strah pred izražanjem nestrinjanja

Kaj ste pred prihodom v ambulanto pričakovali od zdravstvenega administratorja?

Iz slike 10 je razvidno, da vsi pacienti (60) od ZA ob sprejemu pričakujejo prijazen in hiter sprejem, sledijo pa ustrezna informiranost (45), razumevanje (30), jasna navodila o zdravljenju (20), pomoč (18), tolažba (15) in pravilno usmerjanje (10).

Pri tem vprašanju je ugotovljeno, da sta prijazen in hiter sprejem izredno pomembna, saj so ju vsi pacienti brez pomisleka najprej izrekli. Prijazen sprejem je zelo pomemben za učinkovito in sproščeno komuniciranje, saj se tako pacient bolje počuti in lažje vzpostavi stik z zdravstvenim osebjem, pa tudi lažje postavi vprašanja, če česar ne razume.

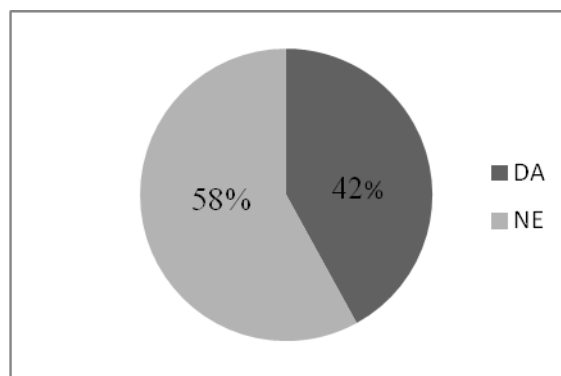
Hitrost sprejema izredno vpliva tudi na počutje pacienta. Če pacient na pregled čaka več kot 1 uro, postane nemiren in nezadovoljen, kar privede do tega, da se z zdravstvenim osebjem ne bo dobro razumel oz. se bo začel z njim prepirati. Opazno je tudi, da pacienti lažje komunicirajo z ZA kot z zdravnikom. Do ZA imajo bolj partnerski odnos, saj se z njimi lažje poistovetijo, kot z zdravnikom, za katerega menijo, da je »nekaj več« (sindrom bele halje).



Slika 10: Pričakovanja pacientov od zdravstvenega administratorja

Ali so se vaša pričakovanja do zdravstvenega administratorja izpolnila?

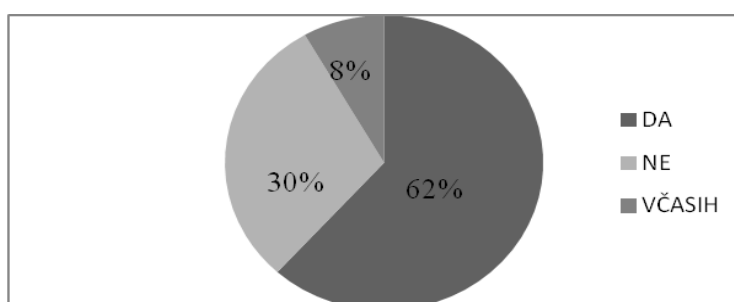
Iz slike 11 je razvidno, da več kot polovica pacientov (35 oz. 58 odstotkov vseh) meni, da njihova pričakovanja niso bila izpolnjena, saj so naleteli na neprijazen odnos, na pregled so čakali več ur, slabo so bili informirani, niso razumeli navodil ipd. Preostalih 25 (42 odstotkov vseh) pacientov pa je odgovorilo, da so bila njihova pričakovanja izpolnjena.



Slika 11: Izpolnitev pričakovanj

V administraciji se pogovarjate z zdravstvenim administratorjem o vaših težavah, nakar zazvoni telefon. Zdravstveni administrator odgovori na klic, ali vas to moti?

Zdravstveni administrator v ambulanti odgovarja na telefonske klice, pogostokrat med pogovori s pacienti. Iz slike 12 je razvidno, da večino pacientov (62 odstotkov vseh) moti, če zdravstveni administrator sprejme telefonski klic med pogovorom z njim. Nadalje je 30 odstotkov pacientov odgovorilo, da jih to ne moti, le 8 odstotkov pacientov pa je dejalo, da jih to moti le včasih.



Slika 12: Prekinitev pogovora z zdravstvenim administratorjem

Drugo vprašanje: Ali dobijo pacienti dovolj informacij od zdravstvenega osebja?

»... za vse informacije smo morali loviti zdravnike in jih prositi, da nam sploh kaj povedo ...«
(Odziv nekaterih pacientov na zastavljena vprašanja).

Kopčavar Guček (b. l., v Kersnik 2004, 157–158) navaja:

Razvoj tehnologije prenosa informacij, pa tudi temeljite sociološke spremembe nudijo dostop do medicinskih informacij vsem zainteresiranim uporabnikom. Večja informiranost pacienta ugodno vpliva na njegovo sposobnost soodločanja v procesu zdravljenja, če so podatki zanesljivi. Informacije, posredovane znotraj zdravstvenih sistemov, je treba prilagoditi zanimanju, zdravstveni pismenosti in ravni razumevanja uporabnikov. Nekateri dostopni podatki, predvsem tisti na medmrežju, niso vedno strokovno pregledani in so zato lahko nezanesljivi ali celo škodljivi. Pacienti pogosto razpolagajo z množico podatkov, ki jih vnašajo v konzultacijo z izbranim zdravnikom. Zdravniki se lahko spričo množice pacientovih podatkov počutijo ogrožene in se bojijo za svoj profesionalni status, zato je pogovor s presojo pridobljenih podatkov ali celo posredovanje zanesljivih virov informacij postal neogibni del modernih komunikacij med pacientom in njegovim izbranim zdravnikom.

Vsak pacient potrebuje drugačno količino informacij. Kar zadostuje eni osebi, je za drugo osebo nezadostna informacija in za tretjo preobremenjenost z informacijami. Zato je nujna individualizirana sodba potrebe po informacijah (npr.: pacienta vprašamo, če ima dovolj informacij oz., če želi vedeti še kaj). Učinkovito podajanje informacij je povezano s pacientovim zadovoljstvom in z njegovo privolitvijo v zdravljenje (Payne in Walker 2002).

Payne in Walker (2002) navajata:

Pacienti so bolj zadovoljni, kadar njihov zdravnik a) posreduje čim več informacij, b) predloži pomembne »tehnične« podatke, c) s pacientom vzpostavi partnerski odnos in z njim nasploh veliko komunicira. Moški zdravniki dajejo krajše in manj strokovne odgovore pacientkam kot pacientom, medtem ko se zdravnice dalj časa kot zdravniki posvečajo pacientom, vzpostavljajo boljše medosebne odnose in pridobijo boljše poslušalce.

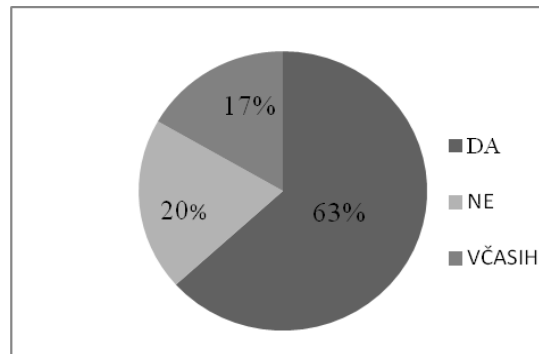
Rakovec Felser (2009) v svojem delu izpostavlja, da so ženske aktivnejše iskalke informacij. Bolj pasivni so pacienti iz nižjih socialnih slojev, bolj potrošniško usmerjeni pacienti iščejo več informacij in so zahtevnejši. Zdravniki posredujejo več informacij mlajšim pacientom in z višjo izobrazbo. Pacienti s kronično boleznijo (npr. pacienti z rakom) iščejo več informacij o njihovi bolezni in zato od zdravnika pričakujejo, da bo z njimi komuniciral. Del zdravljenja in doseganja dobrega počutja pomeni tudi to, da je pacient pomirjen.

Po opravljeni raziskavi pacienti dobijo od zdravstvenega osebja in od zdravnika »dovolj« informacij o bolezni in poteku zdravljenja. Večina pacientov bolje razume prejete informacije od zdravnika, kot od ZA/MS. Za zdravstveno-vzgojno gradivo ni posebnega zanimanja med pacienti. Večina jih meni, da so ta gradiva le reklame farmacevtskih podjetij za razna zdravila in zdravstvene pripomočke. Največ informacij so pacienti dobili od specialistov, h katerim so bili napoteni, nato sledijo še osebni zdravniki, internet, knjižnice, televizija, družinski člani in prijatelji, na koncu pa še zdravstveno-vzgojno gradivo. Večina pacientov želi prejemati informacije o poteku zdravljenja oz. o izvidih preiskav po pošti (pacienti namreč pravijo, da pisne informacije razumejo bolje in si jih lažje zapomnijo kot tiste, ki so izrečene ustno in

osebno med pregledom/preiskavo). Zanimiv je tudi podatek, da je le pet pacientov izrazilo željo po tem, da bi jim informacije posredovali po elektronski pošti.

Ali vam je zdravstveno osebje pripravljeno nuditi informacije npr. o bolezni?

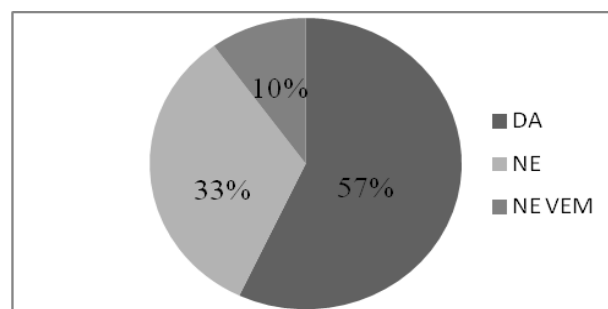
Iz slike 13 je razvidno, da je 38 (63 odstotkov vseh) pacientov izjavilo, da jim zdravstveno osebje nudi dovolj informacij. Nadalje 12 (20 odstotkov) pacientov meni, da niso bili dovolj informirani, 10 (17 odstotkov vseh) pa jih pravi, da so le včasih dovolj informirani.



Slika 13: Nudnje informacij

Ali menite, da dobite dovolj informacij o izvidih preiskav v pogovoru z zdravnikom?

Iz slike 14 je razvidno, da večina pacientov (34 oz. 57 odstotkov vseh) meni, da jim je zdravnik posredoval dovolj informacij o izvidih preiskav. Nadaljnjih 20 (33 odstotkov) pacientov pa jih meni, da ne dobijo dovolj informacij, 6 (10 odstotkov vseh) pacientov pa jih ne ve, če dobi dovolj informacij o izvidih preiskav od zdravnika.

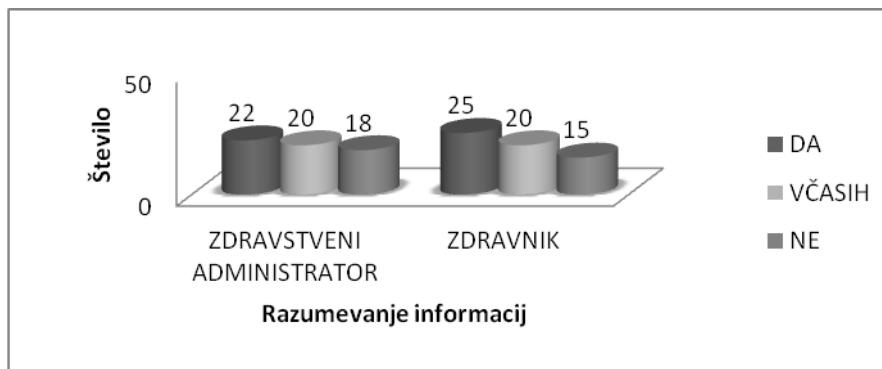


Slika 14: Dobra informiranost o izvidih preiskav, prejete od zdravnika

Ali ste informacije, ki ste jih prejeli od zdravnika in od zdravstvenega administratorja, razumeli?

Iz slike 15 je razvidno, da 22 pacientov razume informacije, ki jim jih posreduje zdravstveni administrator, 20 pacientov jih razume le občasno, pacientov pa jih ne razume. Informacije,

prejete od zdravnika, razume 25 pacientov, 20 pacientov jih razume le občasno in le 15 pacientov informacij ne razume.

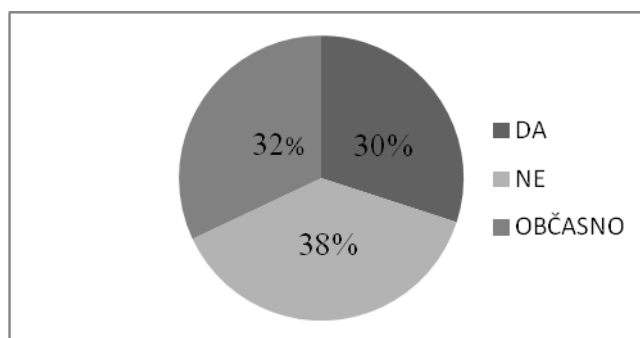


Slika 15: Razumevanje informacij

Iz podatkov je razvidno, da pacienti prejete informacije razumejo bolj od zdravnika kot od ZA. Zdravstveni administratorji namreč prevečkrat hitijo z razlagami informacij, to pa zato, ker naslednji pacienti že čakajo pred vrati in večkrat prekinejo pogovor med ZA in pacientom, ki je v administraciji. Tako so ZA prisiljeni skrajšati čas pogovora le na bistvene informacije.

V čakalnicah je na voljo dovolj zdravstveno-vzgojnega gradiva (zloženke, revije, plakati ...), ali si ga ogledate oz. vzamete domov?

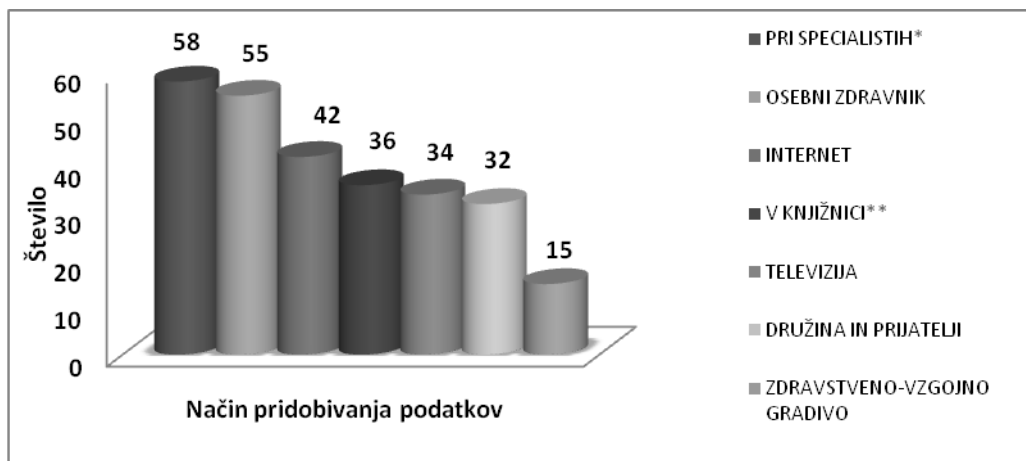
Iz slike 16 je razvidno, da za zdravstveno-vzgojno gradivo ni posebnega zanimanja, saj ga pogleda oz. vzame domov le 18 pacientov (30 odstotkov vseh). Nadaljnjih 19 (32 odstotkov) pacientov to pogleda le občasno, 23 (38 odstotkov) pacientov pa tovrstnega gradiva ne pogleda in ga niti ne vzame domov. Pacienti namreč menijo, da so ta gradiva le reklame za določena zdravila in zdravstvene pripomočke, zato jih niti ne pritegne, da bi jih pogledali. Po eni strani so res samo reklame, saj jih izdajajo farmacevtska podjetja, po drugi strani pa pacientu prinašajo pomembne informacije o novostih oz. ugotovitvah o določeni bolezni in kako se z njo soočiti. Ta gradiva vsebujejo torej tudi koristne informacije.



Slika 16: Ogled/odvzem zdravstveno-vzgojnega gradiva

Kje ste dobili največ informacij o svoji bolezni?

Iz slike 17 je razvidno, da večino informacij o bolezni dobijo pacienti pri specialistih, h katerim so bili napoteni (58), sledijo osebni zdravnik (55), internet (42), knjižnica (36), televizija (34), družina in prijatelji (32) ter zdravstveno-vzgojno gradivo (15).



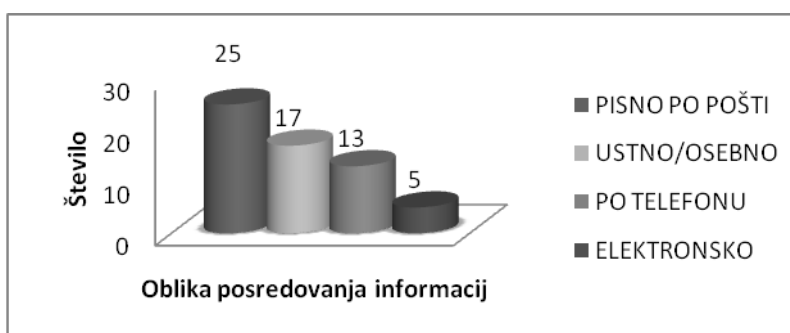
* H katerim sem bil/a napoten/a.

** Branje zdravstvenih knjig.

Slika 17: Način pridobivanja podatkov o bolezni

V kakšni obliki bi želeli, da vam posredujejo informacije o poteku zdravljenja?

Iz slike 18 je razvidno, da večina pacientov (25) želi prejeti informacije o poteku zdravljenja po pošti, 17 pacientov pa jih želi prejeti ustno oz. osebno. Nadalje je 13 pacientov odgovorilo, da želijo informacije dobiti po telefonu, le 5 pa jih je izrazilo željo po elektronskem sporočilu.



Slika 18: Oblika posredovanja informacij

Tretje vprašanje: Kaj pacienti pogrešajo v našem zdravstvu?

To vprašanje je bilo zastavljeno pacientom na podlagi slišanege dela zelo zanimivega pogovora med dvema pacientoma, ko sta dolgo časa čakala na pregled:

- Pacient, 36 let: »Sistem je katastrofalno zbirokratiziran in to je idealno za večino zdravnikov, da se počutijo še bolj močni in vplivni, velika večina jih to tudi zlorablja ... Stvari, ki bi jih v resni zasebni bolnišnici (v tujini) uredil v eni uri, se pri nas urejajo po 2 do 3 mesece ...»
- Pacientka, 28 let: »Sistem v zdravstvu je slab, ker se zdravniki ukvarjajo z organizacijo dela in procesov, namesto, da bi to prepustili strokovnjakom - obstaja cel kup orodij za planiranje, razvrščanje ... zaposlenih in delovnih procesov v storitvenih organizacijah ... Problem je, ker se imajo zdravniki in zdravstveni delavci za preveč pametne, da bi poslušali nasvete nekoga, ki se spozna na organizacijo.«

Po raziskavi pacienti pogrešajo pri ZD predvsem dosegljivost in boljšo (njim razumljivo) komunikacijo; izpostavljajo pa tudi empatijo/ustrežljivost/zanesljivost in boljši občutek varnosti. V zdravstvenem sistemu pa bi želeli krajše čakalne dobe ter boljšo organiziranost prostorov, sistema naročanja/čakanja ...

Kaj pogrešate (katere lastnosti) pri zdravstvenih delavcih?

Iz preglednice je razvidno, da vsi (60) pacienti pogrešajo pri zdravstvenih delavcih lažjo dosegljivost in boljšo, njim razumljivo, komunikacijo; 56 pacientov pogreša empatijo/ustrežljivost/zanesljivost/varnost; 53 pacientov pogreša vljudnost in verodostojnost, 35 pacientov pa ne pogreša ničesar.

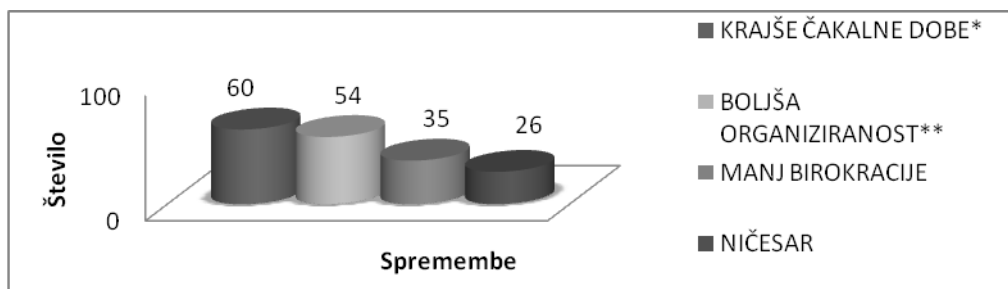
Preglednica 6: Lastnosti, ki jih pogrešajo pri zdravstvenih delavcih

<i>Lastnosti</i>	<i>Število</i>
Dosegljivost*	60
Razumljiva (boljša) komunikacija	60
Empatija/ustrežljivost/zanesljivost/varnost	56
Vljudnost in verodostojnost	53
Ne pogrešam ničesar	35
Pozornost	22

* Dosegljivost - lažji dostop do zdravnika in zdravstvenega administratorja, ko jih potrebujejo; vsi pacienti namreč pravijo, da nikakor ne morejo vzpostaviti zveze prek telefona, ker se osebje ne odziva nanj.

Kaj pogrešate oz. kaj bi spremenili v zdravstvenem sistemu?

Iz slike 19 je razvidno, da vsi pacienti (60) želijo krajše čakalne dobe; 54 pacientov želi boljšo organiziranost (npr. prostore, sistema naročanja/čakanja, boljše označbe poti); 35 pacientov pravi, da bi sistem bolje deloval, če bi bilo manj birokracije; 26 pacientov pa ne bi spremenilo nič oz. ne pogrešajo ničesar.



* Čakanje od 3 do 8 mesecev na določen pregled oz. določeno preiskavo se jim zdi absolutno predolgo.

** Prostorov, samega sistema naročanja, boljše označbe poti ...

Slika 19: Spremembe v zdravstvenem sistemu

Četrto vprašanje: Ali vas moti, če vas zdravi tujec/tujejezični zdravnik?

Pri tem vprašanju 16 pacientom ni všeč, da jih zdravi tujejezični zdravnik, bodisi zato, ker mu ne zaupajo, bodisi zato, ker ga ne razumejo. Nadaljnjih 39 pacientov ne moti, da jih zdravi tujejezični zdravnik, saj imajo ob sebi tolmača (sorodnika ali prijatelja) ali pa govorijo tuji jezik. Da jih moti le občasno, če zdravnika ne razumejo, pravi 10 pacientov.

Iz preglednice 7 je razvidno, da 18 pacientov ne moti, da jih zdravi tujejezični zdravnik, saj govorijo tuji jezik; 11 pacientov ima ob stiku s tujejezičnim zdravnikom tolmača; 10 pacientov moti, če jih zdravi tujejezični zdravnik, ker ga ne razumejo; 6 pacientov ne zaupa tujim zdravnikom in jih zato motijo tujejezični zdravniki; 10 pacientov pravi, da jih moti le včasih, če zdravnika res ne razumejo in se z njim ne morejo nikakor sporazumeti, da jih to ne moti, pa je odgovorilo pet pacientov.

Preglednica 7: Moti me, če zdravi tujejezični zdravnik

Odgovori*	Število
Ne, govorim tuji jezik.	18
Ne, imam ob sebi tolmača (sorodnika/prijatelja).	11
Včasih, če ga res ne razumem.	10
Da, ker ga ne razumem.	10
Da, ne zaupam tujcem.	6
Me ne moti.	5
Skupaj	60

* Zapisani so zgolj tisti odgovori, ki so jih podali pacienti sami.

5.4.3 Tujci (sezonski delavci in študentje)

V tem delu empirične raziskave so predstavljene težave, s katerimi se soočajo tujci pri nas, ko zbolijo. Skupno je bilo 40 anketiranih oseb.

Prvo vprašanje: S kakšnimi težavami se soočajo tujci, ko zbolijo?

Ugotovljeno je, da se vsi tujci (ne glede na državo izvora), poleg diskriminacije, ksenofobije, raznih predsodkov in stereotipizacije od pacientov v čakalnicah in bolniških sobah, kot tudi od nekaterih zdravstvenih delavcev, soočajo še z drugimi neprijetnimi situacijami, kot so²⁷:

- nepoznavanje jezika in kulture;
- nepoznavanje delovanja našega zdravstvenega sistema;
- nepoznavanje svojih dolžnosti, ki jih imajo kot pacienti;
- nepoznavanje sistema plačevanja stroškov zdravstvenih storitev;
- drugačno dojetje bolezni in nepoznavanje zdravil (ker imajo v njihovi državi drugačno ime oz. takšnih zdravil nimajo).

Na študente in sezonske delavce iz držav na območju nekdanje SFRJ gledajo nekateri slovenski pacienti ter nekatero zdravstveno osebje drugače, kot na študente in sezonske delavce iz bolj razvitih držav, kot npr. iz Anglije, Nemčije, Francije ali Kitajske. Soočajo se z večjim odklonilnim vedenjem ljudi.

Z raziskavo je ugotovljeno, da se zdravstveno osebje (z nekaterimi izjemami) precej potrudi v komunikaciji s tujimi pacienti. Pacienti običajno pridejo na preglede oz. preiskave v spremstvu sorodnikov oz. prijateljev, ki jim pomagajo pri tolmačenju njihovih težav; saj večina pacientov ne ve, da imajo pravico do uradnega (zdravstvenega) tolmača. Pacienti ne vedo niti tega, kje jih poiskati. Zdravstveno osebje, ki to ve, pa razen v primeru, ko je izražena želja po uradnem tolmaču, tega ne priskrbi. Prav tako večina pacientov pravi, da so imeli ZD do njih spoštljiv odnos in da se niso počutili odrinjene oz. niso imeli občutka, da bi se jih ZD izogibali. Zdravniki so se potrudili in jim pomagali pri razlagi njihovih težav. Seveda obstajajo tudi izjeme, saj so nekateri pacienti imeli izredno slabe izkušnje z našimi ZD in našim zdravstvenim sistemom.

Pacienti pravijo, da se v naših zdravstvenih ustanovah ne znajdejo, ker niso dobro označene smeri do, npr., ambulant, laboratorijev (predlagajo, da bi bil večjezični zemljevid organiziranosti zdravstvene ustanove zelo dobrodošla pomoč pri iskanju). Nadalje so navedli, da ne dobijo nobenega ZD, da bi jim pokazal smer oz. so dobili vtis, da se jih ZD izogibajo. Izpostavili so tudi, da je v čakalnicah slab prezačevalni sistem in da so čakalne dobe predolge, pa tudi, da je treba izboljšati dostopnost do zdravstvenih ustanov, saj ni dovolj

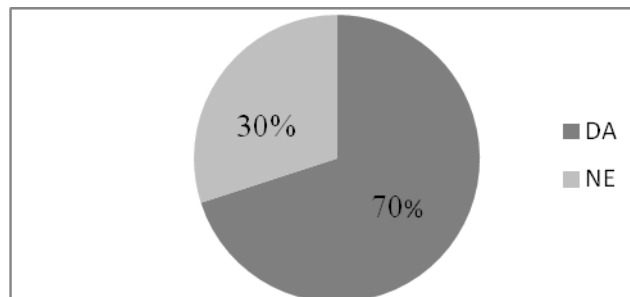
²⁷ Pri tem se je treba postaviti v vlogo tujke ali tujca v neki državi, ki je prisiljena ali prisiljen poiskati zdravniško pomoč.

parkirnih mest v bližini, kaj šele, da bi bile zdravstvene ustanove dostopne z javnimi prevoznimi sredstvi.

Boljše izkušnje z zdravstvenim osebjem imajo ženske, kot moški. Na podlagi tega je mogoče sklepati, da na ženske pacientke zdravstveno osebje gleda drugače in bolj spoštljivo kot na moške paciente. Mogoče jih nekatero zdravstveno osebje gleda kot »žrtev«. Vprašanje je, zakaj je temu tako? Najverjetnejši odgovor je, da zaradi tega, ker se ženske prilagodijo vsaki situaciji in niso vzkipljive kot moški. Ker še niso dovolj dolgo v Sloveniji in še ne znajo jezika, pridejo v spremstvu moža oz. njihovih sorodnikov (tolmačev), kar pomeni, da jim je že takoj onemogočeno pojasniti, kaj je dejansko vzrok za njihove zdravstvene težave oz., kaj jih muči²⁸, hkrati so prestrašene, ker ne vedo, kako deluje naš sistem in kaj naj pričakujejo za vrati čakalnice. Z bolj spoštljivim in prijaznim odnosom se tako vzpostavi zaupanje med zdravnikom in pacientko, kljub prisotnosti tretje osebe, kar je izredno pomembno za učinkovito zdravljenje.

Ali se je zdravstveno osebje potrudilo pri komunikaciji, da ste jih razumeli?

Iz slike 20 je razvidno, da večina tujih pacientov (28 oz. 70 odstotkov) pravi, da se je zdravstveno osebje potrudilo pri komunikaciji. Nadaljnjih 12 (30 odstotkov) pacientov pa pravi, da se niso potrudili.



Slika 20: Razumevanje zdravstvenega osebja

Ali je zdravstveno osebje priskrbelo tolmača?

Iz preglednice 8 je razvidno, da je večina pacientov (15) imela s seboj sorodnika/prijatelja; 12 pacientov pravi, da jim je prevajal nekdo iz osebja, če niso razumeli; 10 pacientov pravi, da ni

²⁸ Npr.: Nekatero ženske so lahko podvržene psihičnemu ali fizičnemu nasilju v družini; lahko imajo resne intimne težave, pa jih zaradi »sramu« (ker je prisotna tretja oseba in ker se zaradi kulture o intimnostih ne govori) ne upa omeniti, kar lahko resno ogrozi njeno zdravljenje. Zato se morajo zdravniki še bolj potruditi, da vzpostavijo zaupanje oz., da poskušajo sami komunicirati s pacientko in da tretja oseba ni navzoča tudi med pregledom.

bilo potrebe po tolmaču, ker razumejo jezik; to, da niso vedeli, da imajo lahko zraven tolmača oz., da zdravstveno osebje lahko priskrbi tolmača, pa so odgovorili trije 3 pacienti.

Preglednica 8: Priskrba tolmača

<i>Odgovori*</i>	<i>Število</i>
S seboj sem imel/a sorodnika/ prijatelja ...	15
Prevajal je nekdo od osebja.	12
Ni bilo potrebe, smo se sporazumeli.	10
Nisem vedel/a, da ga lahko priskrbijo; nisem ga imel/a.	3
Skupaj	40

* Navedeni so tisti odgovori, ki so jih pacienti navedli sami.

Ali ste dobili vtis, da se vas zdravstveno osebje izogiba oz., da se vam niso v celoti posvetili?

Iz preglednice 9 je razvidno, da je zdravstveno osebje ustrežljivo in da pacienti niso dobili vtisa, da bi se jim ZD izogibali. Tako meni 26 pacientov, 14 pa jih je odgovorilo, da so dobili takšen vtis, kot da se jim ZD izogiba in da so nezaželeni.

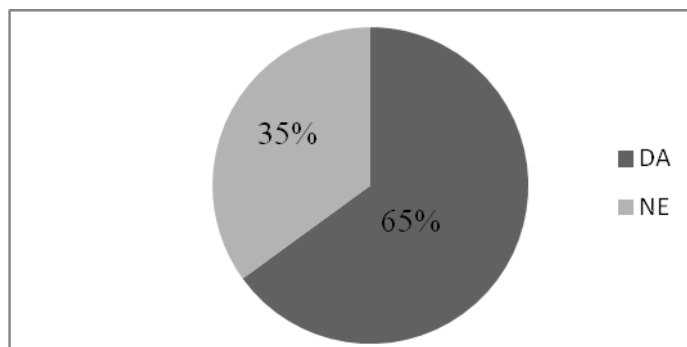
Preglednica 9: Vtis, da se zdravstveno osebje izogiba/ne posveča

<i>Odgovor*</i>	<i>Število</i>
Ne, osebje je bilo zelo ustrežljivo in sem bil/a temeljito pregledan/a.	26
Da, dobil/a sem vtis; kot da sem nezaželen/a oz., da se me izogibajo, ker sem tujec/tujka.	14
Skupaj	40

* Podani so le odgovori, ki so jih pacienti podali sami.

Ali vam je zdravnik pomagal pri razlagi vaših težav?

Iz slike 21 je razvidno, da je zdravnik pomagal 26 (65 odstotkom) pacientom pri razlagi njihovih težav. Nadalje pa je 14 (35 odstotkov vseh) pacientov odgovorilo, da jim zdravnik ni pomagal pri razlagi njihovih težav.



Slika 21: Pomoč zdravnika pri razlagi

Kaj vas moti, ko pridete v prostore naših zdravstvenih ustanov in kaj bi spremenili?

Iz preglednice 10 je razvidno, da si tuji pacienti želijo predvsem krajši čakalni čas v čakalnicah, z boljšim prezračevalnim sistemom, pa tudi, da bi ZD stvari manj oteževali z birokracijo, ker niso državljani Slovenije (40). Nadalje 32 pacientov omenja, da jih moti, ker ni urejene ustrezne dostopnosti do zdravstvenih ustanov, saj zelo težko dobijo prosta parkirna mesta, javni prevozi pa so v teh primerih neuporabni. Nadaljnjih 28 pacientov jih pravi, da se v prostorih zdravstvenih ustanov ne znajdejo najbolje (ker ne razumejo navodil) in da ni nikjer ZD, da bi ga vprašali za smer. Preostalih 24 pacientov si želi bolj prijazno in ustrezljivo zdravstveno osebje, 22 pa jih meni, da jih ZD ne obravnavajo enako kot slovenske paciente. Preostalih 6 pacientov je odgovorilo, da imamo v naših ustanovah slabo označene smeri (oznake so napisane le v slovensko/angleškem jeziku, ki pa ga vsi ne razumejo). Dodali so, da bi si želeli imeti večjezične zemljevide organiziranosti same zdravstvene ustanove.

Preglednica 10: Motnje in spremembe v prostorih zdravstvenih ustanov

<i>Odgovori</i>	<i>Število</i>
Krajši čakalni čas v čakalnicah in boljše prezračevanje prostorov.	40
ZD preveč otežujejo stvari, če nisi slovenski državljan.	40
Boljša dostopnost do zdravstvenih ustanov.**	32
V prostorih zdravstvenih ustanov se ne najdem in ko želim vprašati kakšnega ZD, jih ni nikjer oz. bežijo mimo mene ...	28
Bolj prijazno in ustrezljivo zdravstveno osebje.	24
Zdravstveno osebje me ne obravnava enako, kot slovenske paciente.	22
Boljše oznake prostorov (večjezične oznake)* oz. večjezični zemljevidi organiziranosti zdravstvene ustanove bi bili zelo priročni.	16

* Pacienti pravijo, da so v nekaterih zdravstvenih ustanovah le slovensko/angleške oznake prostorov, kar jim včasih povzroča težave, saj vsi ne razumejo angleškega jezika; slovenskega pa ne razumejo dobro.

** Pacienti pravijo, da ni mogoče dobiti parkirnega prostora pred zdravstvenimi ustanovami; dodajo še, da si tudi z javnimi prevozi ne morejo pomagati, saj morajo potem prehoditi še daljšo pot in ko si bolan, ne moreš prehoditi takšnih razdalj.

6 SKLEP

Komuniciranje ni le govorenje in poslušanje, izmenjava informacij s sobesednikom, križanje mnenj, je tudi govorica telesa, gibov rok, drže, izraza na obrazu ter očeh. Pa vendarle je govor glavno in najpomembnejše orodje ter orožje uspešnega človeka. Pomankljivo znanje jezika, malomarna in napačna izgovorjava, prepogosta raba tujk, uporaba žargona, nejasno ter nerazumljivo izražanje so napake, ki vodijo k neuspehu. Lepa govorica je del kulturnega vedenja in bontona. H govorenju sodi tudi poslušanje sogovornika, saj le s tem dosežemo, da nas zanimata tako sogovornik kot tudi tisto, o čemer govori (Ule 2005).

Komuniciranje ima v svetu zelo pomembno vlogo. Za zahodne države, ki se ukvarjajo z ohranjanjem zdravja, preprečevanjem in zdravljenjem bolezni, velja silno paradoksen odnos do zdravja ter zdravljenja bolezni. Zdravje postaja vse večja vrednota, z njo pa se spreminja tudi odnos do ljudi in do medicine. Pacientu naj bi bile informacije, ki jih potrebuje za zdravljenje in razumevanje njegove bolezni, vselej dostopne po različnih komunikacijskih poteh. Pacienti postajajo vse bolj enakovredni uporabniki zdravstvenih storitev in na nepravilnosti v zdravstvenem sistemu vedno bolj kritično reagirajo (Payne in Walker 2002; Rakovec Felser 2009).

Odgovori na zastavljena raziskovalna vprašanja so pokazali:

- Iz raziskave je razvidno, da pacienti niso zadovoljni s komunikacijo v zdravstvenih ustanovah, z odnosom zdravstvenih delavcev pa so relativno zadovoljni. Prevladuje partnerski odnos v komunikaciji z zdravstvenimi administratorji in medicinskimi sestrami, pri komuniciranju z zdravniki pa pragmatični odnos. Pacienti namreč lažje in bolj odkrito zaupajo zdravstvenim administratorjem oz. medicinskim sestram kot zdravniku, ker čutijo, da jih zdravnik ne posluša in jih ne jemlje resno, pa tudi, da zaradi prevelike »gneče« v čakalnici hiti s pregledom.
- Pacienti glede na opravljeno raziskavo dobijo dovolj informacij o bolezenskem stanju in poteku zdravljenja. Pri tem se je treba zavedati, da vsak pacient potrebuje drugačno količino informacij. Kar zadostuje eni osebi, je za drugo osebo nezadostna informacija in za tretjo preobremenjenost z informacijami. Izredno pomembno je tudi pacienta vprašati, če ima dovolj informacij oz., če želi izvedeti še kaj.
- Razvidno je tudi, da pacienti s slovenskim državljanstvom in priseljenci, ki živijo v Sloveniji že več kot 20 let, v našem zdravstvu pogrešajo predvsem boljšo dostopnost do zdravstvenih delavcev (lažji dostop do zdravnika in zdravstvenega administratorja, ko jih potrebujejo; vsi pacienti namreč pravijo, da nikakor ne morejo vzpostaviti zveze prek telefona, ker se osebje ne odziva nanj) in boljšo (njim razumljivo) komunikacijo. Pacienti izpostavljajo tudi, da zdravstvenim delavcem primanjkuje občutka za empatijo, ustrežljivost in zanesljivost. V zdravstvenem sistemu pa si želijo krajše čakalne dobe na določene preglede/preiskave in boljšo organiziranost prostorov ter sistema naročanja na preglede in preiskave.

- Iz raziskave je tudi razvidno, da večino slovenskih pacientov ne moti, če jih zdravi tujejezični zdravnik. Pacienti večinoma govorijo vsaj en tuji jezik (npr. angleški) ali pa pridejo na pregled/preiskavo v spremstvu sorodnika ali prijatelja. Tolmača v zdravstvenih ustanovah priskrbijo le na izrecno željo pacienta (stroške tolmačenja plača organizacijska enota (npr. zdravstveni dom), ki je tolmača naročila, ker pa pacienti mislijo, da ga morajo plačati oni, pridejo rajši s sorodniki oz. prijatelji.
- Iz raziskave je tudi razvidno, da se poleg diskriminacije, ksenofobije, raznih predsodkov in stereotipizacije od slovenskih pacientov v ambulantnih čakalnicah in bolniških sobah, kot tudi nekaterih zdravstvenih delavcev, tuji pacienti soočajo še z drugimi neprijetnimi situacijami, kot so:
 - nepoznavanje jezika in kulture;
 - nepoznavanje delovanja našega zdravstvenega sistema;
 - nepoznavanje svojih dolžnosti, ki jih imajo kot pacienti;
 - nepoznavanje sistema plačevanja stroškov zdravstvenih storitev;
 - drugačno dojetje bolezni in nepoznavanje zdravil (ker imajo v njihovi državi drugačno ime oz. takšnih zdravil nimajo).

Študente in sezonske delavce iz držav nekdanje SFRJ gledajo nekateri slovenski pacienti in nekatero zdravstveno osebje drugače, kot na študente in sezonske delavce iz bolj razvitih držav, kot npr. Anglije, Nemčije, Francije ali Kitajske. Soočajo se tudi z večjim odklonilnim vedenjem ljudi. Večina tujih pacientov (predvsem ženske) je imela po raziskavi z zdravstvenim osebjem dobre izkušnje. Komunikacija je potekala ob prisotnosti tolmača, ki pa je bil nekdo od osebja ali pa sorodnik/prijatelj. Prav tako večina pacientov pravi, da jim je zdravnik pomagal pri razlagi simptomov bolezni. Pacienti omenjajo tudi, da se v naših zdravstvenih ustanovah ne znajdejo, ker ne razumejo usmeritvenih oznak (table s smerokazi so označene v slovensko/angleškem jeziku), ko pa želijo nekoga vprašati za smer, dobijo občutek, da se jim tako zdravstveno osebje kot tudi drugi ljudje (pacienti) izogibajo.

Obstaja premajhno zavedanje o tem, kako pomembno je komuniciranje v zdravstvu, saj se vse začne in konča, torej tudi rešuje, s primerno komunikacijo. Tuje raziskave kažejo, da se kljub povečanem globalnem komuniciranju in kljub uporabi interneta ugotavlja upad komuniciranja med pacienti ter zdravstvenim osebjem. Pomanjkanje komunikacije vodi v nezadovoljstvo med zaposlenimi v zdravstvu in pacienti ter večjo uporabo alternativnih metod zdravljenja. Pacienti postajajo aktivni koristniki zdravstvenih storitev in so tudi aktivni soudeleženci pri sprejemanju odločitev pri poteku zdravljenja. Poznajo in zahtevajo svoje pravice, zaradi česar posegajo po pravnih sredstvih ali pa o nepravilnostih zdravstva seznanjajo medije. Na storjenih napakah posameznega zdravstvenega osebja je pri reševanju problemov zdravstveno vodstvo spoznalo, kako pomembna je komunikacija s pacientom (npr.: posvetiti posamezniku nekoliko več časa, ga seznaniti z možnostjo zdravljenja, morebitnimi zapleti pri zdravljenju, pričakovanji po zdravljenju ...). Zaradi tega so na vseh nivojih začeli izobraževati zaposlene in tako uspešno reševati konfliktne situacije med pacienti in zdravstvenimi delavci. To

poročajo tudi mediji, saj je vse več pozitivno rešenih konfliktov in tudi poravnav med zdravstvom ter pacienti.

LITERATURA IN VIRI

- Adler, B. R. 1994. *Understanding Human Communication*. Fort Wort: Harcourt Brace College Publlishers.
- Adler, B. R. in G. Rodman. 2006. *Understanding Human Communication*. 9 ed. New York: Oxford University Press.
- Baur, C. 2000. Limiting factors on the transformative powers of e-mail in patient-physician relationships: a critical analysis. *Helath Communication* 12 (3): 239–259.
- Belec, D. B. 1. *Delo v multietični ambulanti*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD
- Boben Bardutzky, D. 2001. *Pomen dobrih odnosov v zdravstvu*. [Http://www.zdravniskazbornica.si/admin/categories/magazines/pdf/ISIS-2001-04.pdf](http://www.zdravniskazbornica.si/admin/categories/magazines/pdf/ISIS-2001-04.pdf) (12. 6. 2011).
- Clark, D. 2002. *Between hope and acceptance: the medicalisation of dying*. [Http://www.bmj.com/content/324/7342/905.1.full](http://www.bmj.com/content/324/7342/905.1.full) (12. 6. 2011).
- Car, J. in J. Rifel. B 1. *Učinkovito sporazumevanje v medkulturnih srečanjih med bolnikom in zdravnikom*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Emanuel, E. J. in L. L. Emanuel. 1992. *Four models of the physician-patient relationship*. *Jama* 267 (16): 2221–2227.
- Evans, R. G. 2003. *Patient centred medicine: reason, emotino, and human spirit? Some philosophical reflections on being with patients*. *Journal of Medical Ethics* 29 (1): 8.
- Gadžijev, E. 2000. *Celostni pogled na bolnika*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor.
- Gadžijev, E. M. 2001. *Nekaj misli o komunikacijah v zdravstvu*. [Http://www.zdravniskazbornica.si/admin/categories/magazines/pdf/ISIS-2001-02.pdf](http://www.zdravniskazbornica.si/admin/categories/magazines/pdf/ISIS-2001-02.pdf) (12. 6. 2011).
- Govc Eržen, J. B. 1. *Zdravniki z drugačnimi vrednotami*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Grant, C. H., K. N. Cissna in L. B. Rosenfeld. 2000. Patient's perceptions of physicians communication and outcomes of the accrual to trial process. *Helath Communication* 12 (1): 23–39.
- Hampers, L. C. in J. E. McNulty. 2002. *Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department*. [Http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/156/11/1108.pdf](http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/156/11/1108.pdf) (25. 10. 2010).
- Haralambos, M. in M. Holborn. 1999. *Sociologija: teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
- Kersnik, J. in V. Vipotnik Zupanc. 2001. *Čas čakanja na pregled pri zdravniku splošne medicine in zadovoljstvo bolnikov*. [Http://www.vestnik.szd.si/st5/275-278.pdf](http://www.vestnik.szd.si/st5/275-278.pdf) (11. 12. 2010).
- Kersnik, J., ur. 2004. *Družinska medicina na stičišču kultur: 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Klančič, M. 2009. *Etika in komuniciranje - zdravstvena nega - izobraževanje odraslih*. [Http://www.srednjazdravstvenaljubljana.si/o_soli/Lists/Klani%20Maja/Attachments/1/ETIKA%20IN%20KOMUNIKACIJA.pdf](http://www.srednjazdravstvenaljubljana.si/o_soli/Lists/Klani%20Maja/Attachments/1/ETIKA%20IN%20KOMUNIKACIJA.pdf) (18. 3. 2011).

- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. *Uradni list RS*, št. 4/02.
- Kopčavar Guček, N. B. I. *Čezmerne informacije in odnos do zdravja*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD
- Latković, B. 2002. *Bolnik in zdravnik – partnerja v komuniciranju*. Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov Slovenije.
- Lahe, M. in B. M. Kaučič, ur. 2004. Medosebna komunikacija in kontaktna kultura. V *Zbornik predavanj s strokovnega srečanja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov*, Maribor, 22. april. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Little, P., H. Everitt, I. Williamson, G. Warner, M. Moore, C. Gould, K. Feirier in S. Payne. 2001. *Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study*. [Http://www.bmj.com/content/322/7284/468](http://www.bmj.com/content/322/7284/468) (15. 5. 2011).
- Lorber, J. 1997. *Gender and the social construction of Illness*. London: Sage.
- Lupton, D. 1994. *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*. London: Sage.
- Marriner-Tomey, A. 2000. *Nursing management and leadership*. Saint Louis: Mosby.
- Možina, S. 1998. *Management kadrovskih virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- MedInt. 2009. *Strokovno tolmačenje v zdravstvu in socialnem varstvu: informativna zloženska za medicinsko osebje, zdravnike ter zdravstvene ustanove in urade*. B.k.: Alpeadria.
- Multimedijski zdravstveni portal. 2011. *Terapevtska komunikacija*. [Http://www.zdravstvena.info/vsxnj/terapevtska-komunikacija/](http://www.zdravstvena.info/vsxnj/terapevtska-komunikacija/) (26. 1. 2011).
- Payne, S. in J. Walker. 1996. *Psihologija v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educy.
- Payne, S. in J. Walker. 2002. *Psihologija v zdravstveni negi: humanistična znanost v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educy.
- Petek, D. B. I. *Premagovanje jezikovnih ovir*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Prebil, A. 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Prebil, A., P. Mohar in A. Fink. 2010. *Etika in zakonodaja v zdravstvu: učbenik za modul kakovost v zdravstveni negi v programu Zdravstvena nega*. 1. izd. Ljubljana: Grafenauer.
- Rakovec Felser, Z. 2009. *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja: razumeti in biti razumljen*. 1. izd. Maribor: Pivec.
- Ribera, J. M., K. P. Grietens, E. Toomer in S. Hausmann. 2008. *Is the use of interpreters in the medical setting justified?* [Http://pass-international.org/site/images/stories/files/Poster_A3_Trialog_PASS.pdf](http://pass-international.org/site/images/stories/files/Poster_A3_Trialog_PASS.pdf) (25. 1. 2011).
- Rungapadiachy, D. M. 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy.
- SSKJ – Slovar slovenskega knjižnega jezika*. 2005. Ljubljana: DZS.
- SURS – Statistični urad Republike Slovenije. 2002. *Prebivalstvo*. [Http://www.stat.si/popis2002/gradivo/2-169.pdf](http://www.stat.si/popis2002/gradivo/2-169.pdf) (30. 3. 2011).
- SURS – Statistični urad Republike Slovenije. 2011. *Prebivalstvo*. [Http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/Dem_soc.asp](http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/Dem_soc.asp) (30. 3. 2011).

- Selič, P. B. 1. *Družinska medicina na stičišču kultur - učenje veščin sporazumevanja*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD
- Trček, J. 1998. *Medosebno komuniciranje – kontaktna kultura*. Ljubljana: Korona Plus.
- Turk, Z. 1997. Veš zdravnik svoj dolg- ali moji pogledi na aktualni trenutek v medicini. *ISIS* 6 (8/9): 29–31.
- Ule, M. 2000. *Spregledana razmerja*. Maribor: Aristej.
- Ule, M. 2003. *Spregledana razmerja o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
- Ule, M. 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Waitzkin, M. H. 1984. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific reaserch. *Jama* 252 (1984): 2441–2446.
- Wanzer, M. B., M. Booth Butterfield in K. Gruber. 2004. Perceptions of health care provider's communication: relationships between patient. centered communication and satisfaction. *Health Communication* 16 (3): 363–383.
- Zakon o zdravniški službi. *Uradni list RS*, št. 98/99.
- Zdravniška zbornica Slovenije. 2007. *Pravilnik o dodeljevanju licence*. [Http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=391](http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=391) (21.7.2011)
- Židanik, M. 2000. Odnos med bolnikom in njegovim terapevtom. *Vice versa* 2000 (30): 26–34.

PRILOGA

Priloga 1 Vprašalnik intervjuja

Prvi sklop vprašanj, ki so namenjeni slovenskim državljanom in priseljencem.

1. Ali so pacienti zadovoljni s komunikacijo?

- Kakšni se vam zdijo zdravstveni delavci, ko komunicirate z njimi?
- Ali sta si zdravstveni administrator in zdravnik vzela čas za pogovor z vami?
- Ste pri pogovoru z zdravstvenim administratorjem imeli možnost brez strahu pokazati, da se z določeno stvarjo ne strinjate?
- Kaj ste pred prihodom v ambulanto pričakovali od zdravstvenega administratorja?
- Ali so se vaša pričakovanja do zdravstvenih administratorjev izpolnila?
- V administraciji se pogovarjate z zdravstvenim administratorjem o vaših težavah, na kar zazvoni telefon. Zdravstveni administrator odgovori na klic, ali vas to moti?

2. Ali dobijo pacienti dovolj informacij od zdravstvenega osebja?

- Ali vam je zdravstveno osebje pripravljeno nuditi informacije, npr. o bolezni?
- Ali menite, da dobite dovolj informacij o izvidih preiskav v pogovoru z zdravnikom?
- Ali ste informacije, ki ste jih prejeli od zdravnika ali od zdravstvenega administratorja, razumeli?
- V čakalnici je na voljo dovolj zdravstveno-vzgojnega gradiva (revije, zloženke, plakati ...), ali si ga ogledate oz. vzamete domov?
- Kje ste dobili največ informacij o bolezni?
- V kakšni obliki bi želeli, da vam posredujejo informacije o poteku zdravljenja?

3. Kaj pacienti pogrešajo v našem zdravstvu?

- Kaj pogrešate (katere lastnosti) pri zdravstvenih delavcih?
- Kaj pogrešate oz. kaj bi spremenili v zdravstvenem sistemu?

4. Ali vas moti, če vas zdravi tujec/tujejezični zdravnik?

Drugi sklop vprašanj, ki je namenjen le tujcem (tujim študentom in sezonskim delavcem).

1. S kakšnimi težavami se soočajo tujci, ko zbolijo?

- Ali se je zdravstveno osebje potrudilo pri komunikaciji, da ste jih razumeli?
- Ali je zdravstveno osebje priskrbelo tolmača?
- Ali ste dobili vtis, da se vas zdravstveno osebje izogiba oz., da se vam niso v celoti posvetili?
- Ali vam je zdravnik pomagal pri razlagi vaših težav?
- Kaj vas moti, ko pridete v prostore naših zdravstvenih ustanov in kaj bi spremenili?