

Teoretični in praktični vidiki komuniciranja med bolnikom, farmacevtom in ostalimi zdravstvenimi delavci

Mirjana Ule

1 Uvod

Komuniciranje je *osrednja* družbena dejavnost ljudi. Naše dobro počutje je pomembno odvisno od sposobnosti upravljati s komuniciranjem in odnosi na konstruktiven in učinkovit način. Učinkovito komuniciranje in odnosi se »ne zgodijo kar tako«. Komuniciranje je proces, s pomočjo katerega ljudje skupno kreiramo in upravljamo socialno realnost.

Da je realnost produkt komuniciranja, ima še druge posledice. To, kar ustvarimo s komuniciranjem, dalje usmerja, nadzoruje naše vedenje. Komuniciranje ima moč nadzora nad našim mišljenjem in zunanjim vedenjem. Komuniciranje zahteva sodelovanje. Ni samo kultura tista, ki definira pravila komuniciranja, pravila definiramo tudi intersubjektivno v procesu komuniciranja.

2 Vsebinski in odnosni vidik komuniciranja

Bateson in Ruesch (1967) sta prva uvedla razlikovanje med sporočevalno in odnosno funkcijo komuniciranja. Do nje sta prišla v svojih raziskavah duševnih patologij, zlasti shizofrenije. V poteku komuniciranja po eni strani sporočamo drug drugemu informacije o določenih dogodkih, o tem, kar vemo, mislimo. Temu pravimo *sporočevalna funkcija komuniciranja*. Obenem pa v vsaki komunikacijski situaciji skušamo opredeliti odnos med partnerji. To pa je *odnosna funkcija komuniciranja*.

Sporočevalna funkcija komuniciranja označuje semantično vsebino sporočila, nanaša se na to, kaj sporočamo, odnosna funkcija komuniciranja pa določa pragmatično vrednost sporočila. Ta določa, kako moramo na podlagi obstoječega odnosa med sporočevalcem in poslušalcem interpretirati sporočilo. Odnosni vidik določa, kako razumeti sporočilo, in sicer glede na odnos med udeleženci komunikativne situacije. Odnosni vidik komuniciranja torej določa, kako bomo razumeli in sprejeli vsebino komuniciranja, zato predstavlja tudi neke vrste metakomuniciranje (Ule, 2005).

3 Vloga komuniciranja v zdravljenju in terapiji

O vlogi komuniciranja, o temeljnem in nezamenljivem pomenu pogovora v terapiji in zdravljenju je pisal že Sigmund Freud, ki pravi: »Besede lahko neizmerno dobro denejo ali pa prispevajo k strašnim poškodbam« (Freud, 1940). *Terapevtsko komuniciranje* je bistveno več kot zgolj izmenjava besed. Je nadvse zapleten proces medsebojne udeležnosti.

Čeprav uživa v moderni družbi in v zdravstvenih strokah prioriteto znanstveno-racionalna predelava realnosti, v tem primeru bolezni in njenih znakov, pa je vendarle veliko vsakdanjih dokazov za to, da poleg nje obstaja še mnogo bolj elementarna čustvena raven zaznavanja realnosti. Posebej pri eksistencialnih izkušnjah, kot so bolečina, trpljenje, negotovost, je lahko čustvena raven zaznavanja odločujoča. In na to smo slabo pripravljeni. »Bolečina ima to bistveno lastnost, da jo vsakdo občuti drugače, zato je mnogokrat ni mogoče primerjati«, pravi dr. Natrinder Rawai, generalni sekretar evropskega združenja za bolečinsko terapijo (Delo, 2001).

4 Vloga zaupanja v terapevtskem komunicanju

Negotovost je osrednja značilnost medicinske oskrbe, če vzamemo, da je objekt skrbi občutljivo človeško telo. Terapevtsko komuniciranje pomeni zato tudi upravljanje z negotovostmi (Lupton, 1996). Negotovost ni nikjer sprejemljiva, še posebej ne v bolezni, saj je že sama navzočnost bolezni zastrašujoča. *Zaupanje* je ena najosnovnejših strategij, ki naj bi odpravile paralizirajočo negotovost. Zdravstveno osebje (vključno s strokovnjaki, kot so farmacevti) zaupa, da bo bolnik sodeloval in se podredil potrebnemu postopku. Odnos med zdravstvenim osebjem in bolnikom mora biti torej udoben in varen, obenem pa vedno ustvarja čustva odvisnosti in nejasnega strahu. Za zaupanje med zdravstvenim osebjem in bolnikom je vedno značilna določena ambivalentnost, negotovost, *strah* in občutek tvegovanja, ker ta odnos vsebuje visoko stopnjo ranljivosti in odvisnosti.

Zaupanje v zdravstvu počiva na karizmatični avtoriteti, ki jo bolniki investirajo v zdravnike, medicinske sestre, farmacevte in fizioterapevte, ki »včasih vzamejo naša življenja v svoje roke«. Zaupanje v navzočnosti negotovosti je ključno za odnos med zdravstvenim osebjem in bolnikom. Težava pa je v tem, ker se v sodobni porabniški družbi človek jasno ali nejasno zaveda nevarnosti zaupanja v drugega. Giddens na primer govori o simbiotičnem odnosu med zaupanjem in tveganjem (Giddens, 2000). Odpreti se drugemu, kar je del zaupanja v odnosu, samo po sebi spremljata strah in dvom.

5 Instrumentalizacija odnosov v zdravstvu

Zaradi visoke stopnje potencialne emocionalne ekspresije v odnosih med zdravstvenim osebjem in bolnikom, se pogosto na obeh straneh uporabljajo strategije, ki zaustavijo preveč emocionalnih napetosti. K vzpostavljanju distance nehotе pomaga tudi sodobno porabniško gibanje, ki z nagovarjanjem k porabniškemu odnosu do zdravstvenih storitev instrumentalizira te odnose. Instrumentalizacija in objektivizacija sta zelo vprašljivi in v nasprotju z nujnim empatičnim obratom v terapevtskem komuniciranju. Instrumentalizacija odnosov v zdravstvu se kaže v »*lepem videzu odnosov*«, kvaziempatičnosti na eni strani in nezaupanju na drugi strani, kar generira dvome, sumničenja, tožbe (Ule, 2003).

Odnosi v zdravstvu so torej močno ambivalentni; razpeti so med potrebo po pomoči, zaupanju, sodelovanju na eni strani in instrumentalizacijo ter *rutino* na drugi strani. V takem komuniciranju so izključene emocionalne vsebine o počutju, strahovih, prihodnosti, ki bi bolnika opogumile in okrepile njegove lastne sposobnosti samozdravljenja. Prav tako tak odnos nima nobenega povratnega učinka na družbo in na njene sposobnosti ravnanja z boleznimi in bolečino. Instrumentalno in *asimetrično komuniciranje* pa se ne uveljavlja samo v odnosu med zdravnikom in bolnikom, ampak tudi med zdravnikom in drugimi udeleženci v zdravstvu kot so medicinske sestre, fizioterapevte, pa tudi farmacevte.

6 Komplementarni in simetrični odnosi v zdravstvu

Eden izmed osnovnih aksiomov komuniciranja pravi, da je medosebno komuniciranje lahko komplementarno ali simetrično. *Komplementaren odnos* izhaja iz razlik med partnerji v komuniciranju in te razlike tudi utrjuje. To pomeni, da ima v komplementarnem odnosu en sogovornik večjo moč, več možnosti, da vodi komunikacijsko situacijo, da definira vsebino in potek komuniciranja, da sprejema odločitve (Ule, 2005). Problem odnosov v zdravstvu je, da ni samo odnos med zdravnikom in bolnikom tipično komplementaren, ampak da tak komplementaren odnos zdravniki uveljavljajo tudi do drugih strok, s katerimi so v mnogo bolj soodvisnem položaju.

Komplementaren odnos med zdravnikom in bolnikom temelji na legitimni in strokovni premoči zdravnika nad bolnikom in odvisnosti bolnika od zdravnika in je v tem upravičen. Komplementarnost med zdravnikom in strokovnjaki, s katerimi je v soodvisnem položaju pa ni z ničemer upravičena in vodi do blokad, distance, prestiža, tekmovalnosti, ki ovira komuniciranje in (so)delovanje vseh vpletenih, tudi zdravnikov.

Nasprotje komplementarnemu komuniciranju je *simetrično komuniciranje*, to je komuniciranje med enakopravnimi sogovorniki in partnerji. Temelji na izravnanim odnosu med osebami in na sklenjenem toku informacij med njimi. Simetričnost in komplementarnost komuniciranja nista vrednostni sodbi, kot so: dobro ali slabo, normalno ali nenormalno in podobno. Gre enostavno za dve kategoriji, v kateri lahko razdelimo medčloveško komuniciranje. Komplementarno komuniciranje je pogosto nujno potrebno, zlasti tam, kjer ena oseba predstavlja drugi osebi avtoriteto (ekspert, svetovalec, zdravnik, učitelj). Potrebno pa je paziti, da se komplementarno komuniciranje ne spremeni v odnos, kjer je podrejeni partner postavljen v tak položaj, da le potrjuje in krepi avtoriteto in socialno moč nadrejenega partnerja, sam pa je prisiljen potlačiti svoja čustva in občutke. Tedaj pa govorimo o *trdi komplementarnosti*.

7 Odnosi moči v zdravstvu

Komuniciranje vedno vsebuje socialni vpliv. Vpliv pa je povezan s socialno močjo in nadzorom. Komunikacijski vpliv lahko temelji na informacijah (informacijski vpliv) ali na normah, statusih (normativni vpliv). *Informacijski vpliv* je posledica komuniciranja med enakopravnimi partnerji, ki temelji na spoštovanju drugega in vodi v *odnose soodvisnosti* in vzajemnosti. *Normativni vpliv* pa je posledica težnje po moči, obvladovanju odnosa, nadzoru drugega, prestižu in vodi v *odnose odvisnosti* (Ule, 2004).

Moč se v odnosu med zdravnikom in farmacevtom na eni strani ter bolnikom na drugi strani, pa tudi v medsebojnih odnosih v zdravstvu, lahko hitro opraviči. Moderna medicina in farmacija temeljita na znanju, vednosti, ki je javnosti skoraj nedostopno. Odnos med zdravnikom in farmacevtom ter bolnikom mora torej nujno temeljiti na ekspertski avtoriteti in moči zdravnika in farmacevta in skoraj brezprizivnem zaupanju v legitimnost zdravnikove in farmacevtove avtoritete, zaupanju v njegovo ekspertsko znanje in ga sprejeti kot referenčno moč na področju zdravljenja. Problem nastane zato, ker je moč izrazito protisloven fenomen, ker moč sugerira izrazito enosmeren odnos in komuniciranje in vodi v komplementaren odnos in ker na poseben način deluje na nosilce moči in na tiste, ki so ji podrejeni.

Sodobni analitiki zdravstva poudarjajo, da zelo »ezoterično«, učeno in težko dostopno medicinsko in farmacevtsko znanje prispeva k veliki socialni moči medicine in farmacije. Čim težje je neko znanje dostopno javnosti in čim bolj je omejeno na ozek krog posvečenih poznavalcev, tem večja je moč nosilcev znanja. V medicini in farmaciji relativno majhna in homogena skupina profesionalcev skrbi za razvoj strokovnega znanja in za njegovo uporabo v praksi. Ti profesionalci, ki posedujejo znanje, obenem razpolagajo tudi s sredstvi za zdravljenje. Ker je zdravljenje bolezni vitalnega pomena za vsako družbo in ker je zdravje v sodobnih družbah postalo tako zaželjena dobrina, je seveda moč zdravnikov in farmacevtov velika in ekskluzivna. Posedovanje moči pa vpliva tudi na prestižne boje znotraj nosilcev moči na primer med različnimi zdravstvenimi strokovnjaki, med zdravniki in farmacevte.

8 Partnerski nasproti paternalističnemu modelu odnosov v zdravstvu

V sodobni zdravstveni praksi razlikujemo tri pglavitne modele odnosa med zdravnikom in bolnikom. Avtorji so jih poimenovali kot *paternalistični, pogodbeni in partnerski model* (Wolff, 1989; Flis, 1998). Vsi trije modeli so vsak na svoj način funkcionalni v sodobni zdravstveni praksi.

Ni mogoče spregledati zgodovinske in kulturne podobnosti paternalističnega modela odnosa med zdravnikom in bolnikom s tistimi, ki so po prepričanju ljudstva tradicionalno imeli »moč« zdravljenja (ljudski zdravilci, vrači, šamani). Kolikor bolj se razširja medicinsko znanje med laike, kolikor višja je izobrazba ljudi in splošna kulturna raven, toliko manj zaželen je paternalistični model.

Pogodbeni model nastopi tedaj, ko se zdravnik in farmacevt pojavljata kot ponudnika, bolnik pa kot povpraševalec po določenih storitvah, pri čemer je potrebno zelo malo osebnega odnosa in stika. Primer zato so na primer laboratorijske storitve, rentgenska diagnostika, farmacevtske storitve. Sodobno zdravstvo in farmacija sta razvila bogat repertoar tovrstnih storitev, ki jih ponuja morebitnim »uporabnikom«, zato so podvržene tržnim zakonitostim. Ta odnos je bolj enakopraven kot paternalističen, temelji na etiki pogodbe in nalaga zdravniku in farmacevtu zgolj strokovno odgovornost za njegove storitve. Nevarnost pa je, da lahko zdrkne v *pasti komercializacije in potrošništva*. Bolnik se odloči za storitev in zato tudi plača po zakonih svobodne pogodbe. Zdravnik ali farmacevt pa ravnata kot kak uradnik, ki zadovolji želje svojih strank. Druga pogosta deviacija pogodbenega odnosa je brezprizivno zaupanje tako strokovnjakov kot bolnikov v moč tehnike, diagnostike, zdravljenja z zdravili, skratka dosežkov medicine in farmacije.

Če je v paternalističnem odnosu prisotna predvsem vera v moč zdravnika kot osebe in osebnosti, tu vlada vera v moč tehnike. Ta vera ni problematična sama po sebi. Problematično je predvsem slepo zaupanje vanjo tako s strani zdravnikov kot bolnikov. Slepo zaupanje se prav tako pogosto hitro sprevrne v svoje nasprotje, v slepo zavračanje in nezaupanje predvsem bolnikov v sodobno medicino in farmacijo, če niso zadovoljni s storitvami, če jih je tehnika razočarala. Temu razočaranju pa prav tako pogosto sledi podobna slepa vera v kake druge »alternativne« zdravstvene pripomočke in storitve.

Sodobna pričakovanja in standardi medicine in farmacije se najbolje realizirajo v partnerskem modelu odnosov. Ta model odnosov je tudi

najuspešnejši v razmerjih med različnimi strokami v širšem območju zdravstva, vključno s farmacijo. O partnerskih odnosih govorimo tedaj, ko tako zdravnik in farmacevt kot tudi bolnik skupaj sodelujejo pri doseganju končnega cilja - zdravlja in dobrega počutja. V tem odnosu zdravnik in farmacevt delujeta kot izkušena strokovnjaka, bolnik pa kot dejaven, samoodgovoren sodelavec. Od tega, kako bolnik sodeluje z zdravnikom in farmacevtom in kako natančno se drži dogovorjene discipline in poteka zdravljenja, je odvisno, kako uspešna bo terapija. Seveda mora bolnik v tem odnosu tudi poznati vsa pomembna dejstva o bolezni in terapiji in vzroke svoje bolezni.

Dejstvo, da se partnerski odnos med bolnikom ter zdravnikom in farmacevtom vse bolj prebija v ospredje pozornosti strokovne javnosti, dokazujejo tudi številne resolucije in predpisi o pravicah bolnikov. Ravno farmacevti lahko veliko pripomorejo k vzpostavljanju bolj simetričnih in partnerskih odnosov v zdravstvu. Farmacevti niso namreč tako obremenjeni z odgovornostjo in avtoriteto nasproti pacientu kot zdravniki, obenem pa lahko s svojimi nasveti pomembno razbremenijo odnos med zdravnikom in pacientom.

9 Literatura

1. Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S. C. (ur.) (2000): *Social Studies in Health and Medicine*. Sage, London.
2. Bateson, G., Ruesch, J. (1967): *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*. Norton, New York.
3. Flis, V. (1998): *Doktrina o zavestni privolitvi*. V: Polajnar-Pavčnik, Wedam-Lukič (ur.): *Pravo in Medicina*. CZ, Ljubljana.
4. Freud, S. (1940) *Die Frage der Leienanalyse*. Ges. Werke XIV, London.
5. Giddens, A. (2000). *Preobrazba intimnosti*. *cf. Ljubljana.
6. Lupton, D. (1994): *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. Sage, London.
7. Lupton, D. (1996). *Your life in their hands: trust in medical encounter*. V: James,V., Gabe,J. (ur.). *Health and the Sociology of Emotions*. Oxford, Blackwell.
8. Ule, M. (2003): *Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor, Aristej.
9. Ule, M. (2004): *Socialna psihologija*. Zbirka Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana, Založba FDV.
10. Ule, M. (2005): *Psihologija medosebnega komuniciranja*. Zbirka Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana, Založba FDV.
11. Wolff, H. P. (1989): *Arzt und Patient*.V: Sass, H. M. *Medizin und Ethik*. Reclam, Stuttgart.